



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 8
“GUILLERMO FLORES IZQUIERDO”

“ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD EN
MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF 28 GABRIEL
MANCERA”

T E S I S

M E D I C I N A F A M I L I A R

PRESENTA

DR. HERNANDEZ MARINA GEOVANNI ANTONIO

ASESOR CLINICO
DR. DONOVAN CASAS PATIÑO

ASESOR METODOLOGICO
DR GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ/UMF 8

DR GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
PROFESOR TITLAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR DEL
HGZ/UMF 8



MÉXICO, D.F. 2010

NUMERO DE REGISTRO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD EN
MEDICOS REDIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR HGZ UMF 28 GABRIEL MANCERA”**

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“GILBERTO FLORES IZQUIERDO” IMSS

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO” IMSS

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO” IMSS

AUTORIZACIONES:

DR. DONOVAN CASAS PATIÑO
ASESOR CLINICO DE TESIS

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A MI QUERIDA MADRE ADELA

Por darme la herencia más valiosa que se le puede dar a un hijo: una profesión; por estar a mi lado en los momentos difíciles, por todo su amor. No pude tener mejor madre que ella.

A MI AMIGO ERIK

Por inspirarme en la realización de esta tesis, por todo su apoyo y cariño. Siempre te recordaremos, y en nuestro corazón siempre estarás con nosotros. †

A MI AMIGA MARIBEL

Por su infinita paciencia y amistad incondicional. Sin su apoyo, no hubiera sido posible este proyecto.

A MIS AMIGAS RUBI Y ALEJANDRA

Por estos tres años de amistad y de compañía en este camino de crecimiento, sin ellas no hubiera sido lo mismo. Por más años de amistad.

A JORGE LUIS

Por llegar en el momento adecuado.

A MIS ASESORES

Por su apoyo y enseñanza, por creer en el valor de este proyecto que sin su gran ayuda nunca hubiera visto la luz.

A MIS CAMARADAS DE RESIDENCIA

A mis queridos residentes de segundo y primer año, con los que compartí una etapa importante de mi vida, gracias por ayudarme a crecer profesional y humanamente.

A LOS MEDICOS

Por sus enseñanzas y por compartirme sus conocimientos en las clases, rotaciones y guardias, gracias por ser parte de mi formación académica en esta especialidad.

ÍNDICE

	PAGINAS
RESUMEN	1
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
JUSTIFICACIÓN	33
OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICO	34
HIPÓTESIS	35
METODOLOGÍA	36
TIPO DE ESTUDIO	36
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	37
POBLACIÓN Y MUESTRA	38
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	39
TIPOS DE VARIABLES	40
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	41
INSTRUMENTO DE EVALUACION	44
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS	46
DISEÑO ESTADISTICO	47
MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS	48
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FÍSICOS	49
CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
RESULTADOS	51
CONCLUSIONES	73
DISCUSION	74
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS	79

“ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD EN MEDICOS REDIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR HGZ UMF 28 GABRIEL MANCERA”

AUTOR: Dr Hernández Marina Geovanni Antonio.

ASESORES: Dr Donovan Casas Patiño, Dr Gilberto Espinoza Anrubio

OBJETIVO: Identificar las actitudes hacia la homosexualidad en los residentes de medicina familiar de la UMF 28.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio a realizar según el nivel de intervención es observacional (no experimental) de tipo descriptivo, cualitativo, de corte transversal. Se aplicó el Instrumento de Actitudes hacia la Homosexualidad de Pérez y Urriola (1985), validada por Juárez (2003) a 48 médicos residentes de medicina familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N. 28 en sus tres grados académicos y en ambos sexos, para identificar la actitud hacia la homosexualidad, su dirección (positiva o negativa) y su intensidad, así como si hay diferencias significativas entre los diferentes grados académicos que se hayan modificado durante su residencia médica. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS en su versión 17.

RESULTADOS: Se estudió 48 médicos residentes de Medicina Familiar observando un predominio de 30 (62.5%) mujeres y en menor cantidad, 18 (37.5%) hombres de la población total de estudio. Con una edad media de 28.10 años, con un valor mínimo de 25 años y máximo de 34 años, con desviación estándar de 2.25 años. Donde 20 (41.7%) residentes eran de primer grado, en segundo grado 19 (39.6%) y 9 (18.8%) del tercer grado. La actitud hacia la homosexualidad en general encontrada en los médicos residentes fue de 1 (2.1%) actitud desfavorable, 20 (41.7%) indiferentes, 26 (54.2%) favorables y 1 (2.1%) actitud positiva. Por grado académico, los residentes de primer año se encontraron con una actitud más positiva a comparación de los demás grados. Por sexo, las mujeres obtuvieron una actitud más positiva, y en los hombres se encontraron las negativas. Por indicadores de actitud, en el componente social y como concepto de normalidad se manifestaron las actitudes negativas.

CONCLUSIONES: Los médicos residentes de Medicina Familiar de esta unidad mantienen una actitud general positiva hacia la homosexualidad, observándose algún grado de homofobia hasta el 19% de los casos en los componentes social y de normalidad, y esta, no se modifica en el proceso de instrucción académica. Una gran proporción de los médicos residentes mantienen una actitud indecisa o indiferente al respecto lo cual puede ser resultado de una falta de información sobre el tema por lo que es necesario reforzar esta parte del entrenamiento del médico familiar con base a su formación como especialista.

PALABRAS CLAVE: Homosexualidad, actitud, medicina familiar, normalidad, residente.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Se estima que un médico de familia o de atención primaria realiza, a lo largo de su vida profesional (40 años), entre 200.000 y 400.000 consultas, constituyéndose esta en la intervención utilizada con más frecuencia en la práctica médica. Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en un día típico se atienden 437,892.34 consultas a nivel nacional, y de estas 305,022.67 corresponden a Medicina Familiar; tan sólo en la delegación Sur del Distrito Federal existen 1, 027,479 personas adscritas a algún médico familiar dentro del IMSS. Existe un amplio consenso con respecto a que la relación médico-paciente es uno de los pilares del cuidado de la salud de las personas. A pesar de esto, en nuestro país, la formación en este aspecto, tanto en pregrado y como en posgrado, ha sido fragmentada, sin sistemática e incluso considerada como una parte “blanda” del entrenamiento, en comparación con la formación en otras áreas como anatomía, semiología o farmacología. (22)

La efectividad del tratamiento se asegura si el médico de familia está entrenado en estimular la participación del paciente y su familia en el diseño de los planes de cambio y los involucra en las decisiones por tomar. Un buen entrevistador no nace, sino que se hace a sí mismo en un proceso continuo de autocrítica, complementando sus conocimientos y habilidades de comunicación con un auténtico interés por sus semejantes. La actitud negativa en general, hacia las minorías, y en particular hacia los homosexuales puede afectar la relación médico paciente y deteriorar la atención que se brinda a este grupo de pacientes. Es frecuente que personas homosexuales o bisexuales reciban un trato poco amigable o francamente discriminatorio en algunos servicios médicos. No se cuenta en el IMSS con un registro sobre consultas médicas dirigidas hacia homosexuales y además no se tiene registro sobre conductas sexuales en pacientes del IMSS. (32)

La **homosexualidad** es una orientación sexual y se define como la interacción o atracción sexual, emocional, sentimental y afectiva hacia individuos del mismo sexo. Etimológicamente, la palabra *homosexual* es un híbrido del griego *homós* (*igual*) y del adjetivo latino *sexualis*, lo que sugiere una relación sexual y sentimental entre personas del mismo sexo. El término fue empleado por primera vez en 1869 por Karl-Maria Kertbeny, y el libro *Psychopathia Sexualis* de Richard Freiherr von Krafft-Ebing popularizó el concepto en 1886. La palabra *gay* es un adjetivo o sustantivo que identifica a las personas homosexuales sin importar su género. Desde 1973 la comunidad científica internacional considera que la homosexualidad no es una enfermedad. Sin embargo, la situación legal y social de la

gente que se autodenomina homosexual varía mucho de un país a otro y frecuentemente es objeto de polémicas. (2)

La homosexualidad se ha convertido en objeto de intenso estudio y debate: inicialmente se catalogó como una enfermedad, trastorno o patología que había que curar, pero actualmente se entiende como parte integral necesaria para comprender la biología, psicología, política, genética, historia y variaciones culturales de las identidades y prácticas sexuales de los seres humanos. Al estudiar la homosexualidad, no sólo se estudia la orientación sexual de un grupo de personas, si no el mismo origen de la orientación sexual, incluyendo del mismo modo a la heterosexualidad.

TEORÍAS DE ORIGEN Y CAUSAS DE LA HOMOSEXUALIDAD

Prácticamente hasta mediados de este siglo, excepto en algunas contadas excepciones, la mayor parte de las explicaciones sobre las causas de la homosexualidad no tenían una base científica. Partían del presupuesto fundamental de que la heterosexualidad, como destino divino, era lo único natural y bueno. Las demás orientaciones, entonces consideradas desviaciones, eran debidas a la actuación de fuerzas malignas, o bien como algo que se daba en personas pecadoras que libremente elegían ser malas o perversas (Allen, 1967; Greenberg 1984). Desde los años 50-60, y aunque posiblemente en muchos casos considerando la heterosexualidad como algo dado, es cuando los científicos han tratado de buscar una explicación de porqué hay personas homosexuales. (38)

MODELO	CAUSA	ESTUDIO REPRESENTATIVO
BIOLÓGICO	Genética Hormonal prenatal Hormonal postnatal Neuroanatómica	Kallman (1952) Dorner (1976) Kolodny y cols. (1971) Le Vay (1991)
INTERACCIONISTA (Biopsicosocial Postnatal)	Hormonal prenatal y sociocultural	Money y cols. (1972) Felman y McCulloch (1971)
CONDUCTUAL (Aprendizaje social)	Aprendizaje	Bandura (1969)
PSICOANALÍTICO	Intrapsíquico	Freud (1905-1915)

En cuanto a las distintas explicaciones teóricas, desde un punto de vista descriptivo, se puede diferenciar entre teorías biológicas y psicológicas. Las primeras se centran en el estudio de variables genéticas, fisiológicas y neuroanatómicas. Las segundas ponen el énfasis en variables experienciales y sociales como agentes causales de la homosexualidad. El siguiente esquema resume los diferentes paradigmas y el estudio más representativo de cada uno de ellos.

TEORIAS BIOLÓGICAS. Las teorías biológicas pretenden explicar el origen de la homosexualidad en base a factores etiológicos de naturaleza orgánica. Según el tipo de factores en los que se centran encontramos tres grupos. Las que ponen el énfasis en factores genéticos (Kallman, 1952), las que destacan el papel de las hormonas como elementos predisponentes de la futura orientación sexual

(Kolodny, Masters, Hendryx y Toro, 1971; Corner, 1976) y aquellas que pretenden demostrar la existencia de diferencias estructurales en el cerebro de homosexuales y heterosexuales (Swaab y Toman, 1990; Le Vay, 1991).

En 1991, el neurocientífico estadounidense [Simon LeVay](#), publicó un artículo llamado “Una diferencia en la estructura hipotálamica entre hombres homosexuales y heterosexuales”. En este artículo se describe una diferencia en el porcentaje del tamaño y volumen del tercer núcleo intersticial del [hipotálamo](#) anterior ([INAH3](#)) entre hombres homosexuales y heterosexuales, aclarando que este es más grande en heterosexuales en comparación al hallado en cerebros homosexuales. El INAH3 homosexual es similar en tamaño al encontrado en cerebros femeninos. Pero LeVay agregó que hay una reducida existencia de excepciones en la que el tamaño del INAH3 no se correlaciona directamente con la orientación sexual agregando que puede ser una importante variable mas sin embargo no puede ser la única variable.

El neurocientífico holandés, [Dick Swaab](#), fundador del [Banco de Cerebros de la Universidad de Amsterdam](#), menciona que en la orientación sexual interfieren gran cantidad de factores como [hormonas](#), factores genéticos y circuitos neuronales. Pero hace hincapié en que los seis primeros meses de vida gestacional se establece una impronta de carácter sexual en el [encéfalo](#) y que en dos etapas subsecuentes e importantes, durante los dos primeros años de vida y la [adolescencia](#), existen cambios de gran actividad hormonal que pueden consolidar la forma en que cada individuo ejerce su sexualidad.

Se mencionan controvertidos hallazgos con respecto al consumo de medicamentos en mujeres embarazadas, sobre todo dentro de los primeros dos trimestres de vida gestacional, como la utilización de [analgésicos](#) y [antiinflamatorios no esteroideos](#) pudiendo inhibir la síntesis y producción de [prostaglandinas](#) esenciales en la configuración neuronal [hipotalamica](#) fetal y que puede ser crucial para definir las características de la orientación sexual. Se menciona también otros factores importantes como el [estrés](#) y el consumo de [tabaco](#) durante el [embarazo](#) que se relacionan con cambios en la futura orientación sexual del producto.

La teoría predominante en la orientación sexual es que esta se desarrolla como resultado de la interacción de las hormonas sexuales con el cerebro en desarrollo. En este sentido y desde los estudios de Dorner y cols. (1975), el cerebro de homosexuales varones estaría diferenciado como el de las mujeres. Esta teoría ha sido apoyada por diversos estudios (Ehrhardt y cols., '85; Ehrhardt y Meyer-Bahlburg, 1981; Dorner, 1988; Dorner y cols., 1991; Gladue y cols., 1984) basados en el patrón de secreción de la hormona luteinizante (LH) y la depresión de los niveles de testosterona en varones homosexuales, y varones y mujeres heterosexuales tras la estimulación con estrógenos. El utilizar estas variables como marcadores biológicos de la orientación sexual ha sido, no obstante, discutido (Baum y cols., 1985). En general, la secreción hormonal está determinada en el genotipo del individuo, bien sea XX o XY. Las hormonas serían las responsables de imprimir su diferenciación biológica en las regiones (cerebrales o no) del dimorfismo sexual. Niveles altos de andrógenos en la época perinatal producirían heterosexualidad en varones y homosexualidad en mujeres (Rochellys-Diaz y cols., 1995). A la inversa, bajos niveles de testosterona perinatal producirían heterosexualidad en mujeres y homosexualidad en varones.

Los estudios de árboles familiares o de gemelos (monocigotos y/o dicigotos) trabajan con la idea de que rasgos genéticos se transmiten entre miembros de una misma familia y que existen bases genéticas que explican la personalidad y los comportamientos complejos del ser humano (Plomin y cols., 1994; Thomas, 1994). Recientemente, en estudios rigurosos del grupo de Bailey donde, además de gemelos mono y dicigotos, han incluido hermanos no gemelos y hermanos adoptados, se han establecido diferencias, aunque menores, en homosexuales, tanto en varones (Bailey y Pillard, '91) como en mujeres (Bailey y cols., 1993). Los hermanos monocigotos homosexuales compartían toda la Información genética y los dicigotos o los hermanos no gemelos compartían la mitad (50%). Por otra parte, la incidencia de homosexualidad entre hermanos de homosexuales adoptados era mayor (11%) que la de la población general (1-5%). De modo que, aunque exista una tendencia genética de la homosexualidad, las circunstancias ambientales son significativas para la consolidación de la orientación sexual, y viceversa, algunos factores de la personalidad y del temperamento pueden estar influidos por la herencia (genes) y/o los niveles hormonales (Cloninger, 1987).

En la misma línea de estudios genéticos, Hamer y cols. (1993) estudiaron marcadores del DNA en fragmentos del cromosoma X de varones homosexuales encontrando evidencias (discutibles) entre la región subtelomérica Xq28 del brazo largo del cromosoma X. Se llegó a hablar del "Gay Gen", pero se desconoce cual pueda ser dicho gen (la región Xq28 contiene cientos de genes, unos 4 millones de pares de bases). La crítica a este trabajo radica en que si bien los gemelos entre sí concuerdan en el gen implicado, este no es el mismo para todas las parejas de gemelos homosexuales. La mayor parte de los científicos, con los datos de que se dispone en la actualidad, no creen pueda establecerse que un gen determine la orientación sexual *per se* (Plomin y cols., 1994).

En definitiva, y como conclusión, de las teorías biológicas cabe afirmar que por el momento no se puede afirmar que la homosexualidad, o mejor la orientación sexual, sea determinada ni por factores genéticos, ni hormonales, ni tampoco neuroanatómicos únicamente. Es posible, eso sí, que alguno o quizás más de uno pueda predisponer, para que en interacción con factores de otro tipo, muy posiblemente de naturaleza psicosocial, la orientación sexual se especifique en uno u otro sentido.

TEORIAS PSICOLOGICAS. Al igual que sucede con las teorías biológicas, desde el ámbito de la psicología han aparecido distintas explicaciones sobre las causas de la homosexualidad. Todas ellas, aunque con notables diferencias, postulan que ésta es adquirida, y la clave fundamental se encuentra en factores del entorno de la persona o en el propio aprendizaje.

Teniendo en cuenta el paradigma desde el que surgen y concretamente desde el que surgen y concretamente el tipo de factores en los que se centran, podemos diferenciar entre teorías psicodinámicas, que ponen el énfasis en variables intrapsíquicas (Freud, 1905) y teorías conductuales o aquellas que destacan el papel de variables experienciales o sociales como agentes causales de la homosexualidad (Bandura, 1969; Saghir y Robins, 1973).

La psiquiatría incluyó inicialmente la homosexualidad entre los [trastornos](#) que podían y debían ser tratados. [Richard von Krafft-Ebing](#), uno de los padres de la [psiquiatría](#) moderna y a quien el propio [Sigmund Freud](#) reconocía como su autoridad, la consideró incluso una enfermedad degenerativa en su *Psychopathia Sexualis* de [1886](#). Los trabajos científicos de Freud, tras la llegada del psicoanálisis

dieron como resultado una postura que consideraba patológicas no sólo las prácticas sino incluso la mera condición homosexual. A juicio de Freud, la homosexualidad era una manifestación de falta de desarrollo sexual y psicológico que se traducían en fijar a la persona en un comportamiento previo a la "madurez heterosexual". Con el tiempo, reconsideró su posición al afirmar que la homosexualidad "no es un vicio, ni un signo de degeneración, y no puede clasificarse como una enfermedad". Señaló que perseguir la homosexualidad era una "gran injusticia y una crueldad", y que el análisis a lo sumo serviría para devolver la armonía a una persona si se sentía infeliz o [neurótica](#), independientemente de si era homosexual o no.

[Psicoanalistas](#) como [Alfred Adler](#) y [Carl Gustav Jung](#), en discordancia con Freud, se pronunciaron de manera más estricta. Los posteriores psicoanalistas no sólo no modificaron estos juicios, sino que los acentuaron a la vez que aplicaban la [terapia reparativa](#). Por ejemplo, en los años cuarenta del siglo XX, [Sandor Rado](#) afirmó que la homosexualidad era un [trastorno fóbico](#) hacia las personas del sexo opuesto, por lo que se consideró susceptible de ser tratada como otras fobias. Ya en los años [sesenta](#) [Irving Bieber](#) y otros [psiquiatras](#), partiendo del análisis derivado de la experiencia de trabajar con un considerable número de homosexuales, afirmaron que la homosexualidad era un trastorno psicológico derivado de relaciones familiares patológicas durante el [período edípico](#). En esa misma década, [Charles Socarides](#) defendía, por el contrario, la tesis de que la homosexualidad se originaba en una época pre-edípica y que, por lo tanto, resultaba mucho más patológica de lo que se había pensado hasta entonces. Socarides es considerado una figura cuestionable dentro del movimiento gay. La posterior relativización y negación de esos juicios médicos procedió de científicos como el doctor [Alfred C. Kinsey](#), cuyas tesis fueron severamente criticadas por la ciencia psiquiátrica de aquel entonces.

En relación a las causas de la homosexualidad vemos como por el momento a pesar de múltiples factores biológicos como psicológicos que se han analizado, es necesario admitir no sólo que se desconoce el agente o agentes causales de la homosexualidad, sino que tan siquiera se está en condiciones de afirmar cual es su naturaleza. No obstante, como ya se indicó al concluir las teorías biológicas, los estudios más recientes (Byne y Parsons, 1993; Pillard y Bailey, 1995) parecen estar indicando que muy posiblemente para explicar el origen de la orientación sexual sea necesario plantear un modelo interaccionista en el que se incluyan factores tanto biológicos, como psicológicos y socio-culturales que pueden influir de muy diversas formas y en distinto grado.

La homosexualidad no tiene una única causa o conjunto de causas que invariablemente la determine en todos los casos. Seguramente se puede ser homosexual, al igual que heterosexual bisexual, por diversas razones, y el que influyan unas u otras, o en mayor o menor medida, dependerá de las características particulares de cada persona.

CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD HOMOSEXUAL

Analizaremos como la homosexualidad se ha desarrollado en el marco histórico social en busca de una identidad, y como la sociedad ha visto estas relaciones y como ha influenciado y viceversa en la construcción de la pareja homosexual.

El concepto de identidad desarrollado por Stuart Hall en 2002 la engloba en dos dimensiones: la primera se refiere a una generalidad históricamente construida en la que un cierto número de individuos se reconocen, esto es el pasado común de un grupo y el sentimiento de pertenencia a un sector específico de la sociedad. En segundo lugar incluye un proceso de identificación, que es el encuentro e interacción de los “iguales”; el proceso de articulación de un grupo. Siempre esta en proceso, puede ser lograda, perdida, sostenida o abandonada, y nunca logra borrar las diferencias entre los miembros de un grupo pero crea la fantasía de semejanza e incorporación, pues los sujetos creen encontrarse a sí mismo mediante lo que excluyen.

Todo ser humano es muchas cosas a la vez, sin embargo, las identidades sociales nos definen como personas. Jeffrey Weeks señala que aunque las identidades son ambiguas, las necesitamos por el sentido de armonía y coherencia que nos proporcionan, por la ubicación que dan a nuestras vidas. Constituyen nuestras más preciadas pertenencias y nos perturban, las defendemos, y las cuestionamos, pero no prescindimos de ellas. Nos permiten vivir, tener un lugar en el mundo. Es por esta cuestión tan importante, que antes de meternos en el aspecto amoroso de las parejas homosexuales, es necesario entender el proceso de identidad que han desarrollado y experimentado a lo largo de los años, para comprender el marco social en donde se desenvuelven. (26)

El antecedente más antiguo, de los tiempos modernos, lo encontramos en Karl H. Ulrich (1825-1895), jurista alemán considerado el primer activista gay de la historia y el primer gay de los tiempos modernos; presentó ante el Congreso Alemán la propuesta de abolir el estatuto penal de sodomía, él afirmaba que los homosexuales constituían un tercer sexo, su condición era innata y, por lo tanto, no podía afirmarse que fuera anormal. La palabra homosexual se acuñó en 1869 (Miller, 1995), motivado por los esfuerzos de la ciencia para categorizar y curar esta “anormalidad”. En 1898, la palabra heterosexual fue inventada por un escritor K. M. Kertbeny, la relaciono con la homosexualidad, la monosexualidad (masturbación) y la heterogeneidad (actos sexuales practicados con animales). Todos estos actos de finalidad erótica, se definen en función de la pareja, que puede ser uno mismo, una persona del mismo sexo, una persona del sexo opuesto o un animal. Considerando la heterosexualidad como la norma: la forma normal de obtención del placer compartida por la mayoría de la población. (29)

La siguiente figura importante del movimiento de liberación gay fue Magnus Hirschfeld (1868-1935), médico alemán, neurólogo y psicoterapeuta. Fundó la Sociedad Médica para la Ciencia Sexual y la Eugenesia, y a su muerte ya se le consideraba como “el Einstein del sexo”. Su mayor contribución al movimiento gay fue su trabajo para eliminar el Párrafo antihomosexual del Código Penal Alemán, el Párrafo 175, causante de chantaje, discriminación y suicidios entre la población gay alemana. Dedicó gran parte de su tiempo a un amplio programa de investigación y de educación a la comunidad sobre la homosexualidad, enfatizando la participación de los hombres y mujeres gay en todos los aspectos de

la sociedad alemana. El decenio del 20 fue un periodo de optimismo hasta que aparecieron los nazis, considerando estas ideas “no alemanas” y enemigas de la patria. Fue el fin del instituto, y de su influencia, así como de muchos grupos de liberación gay en Alemania. Entre 1933 y 1945, los nazis enviaron a campos de concentración a 5000 hombres por el delito de homosexualidad bajo el símbolo del triángulo rosa.¹

En el siglo XX se desarrollaron estudios sobre el comportamiento sexual del individuo, concepto definido por A. Kinsley al final de los años 30 y que toma como criterio los actos más que las disposiciones sexuales.

Hasta principios del siglo XX no existía una identidad sexual autoconcebida, los homosexuales hasta antes de los años 50 solamente poseían los estigmas legitimadores de la identidad heterosexual² En la construcción de una identidad, Goffman (1986) hace una diferencia entre la identidad virtual y la identidad real, siendo hasta entonces en el caso de los homosexuales, una identidad virtual, un pretexto para castigar lo diferente. Así mismo, la ciencia aún la clasificaba como enfermedad y la sociedad la castigaba como delito, esta ambigüedad dejaba en entredicho la lógica de es delito estar enfermo. En el periodo que siguió a la segunda guerra mundial, la vida gay se centro en bares, saunas, playas, parques y en reuniones privadas, generalmente de personas de alta clase social. El bar gay se convirtió en la principal institución social y en el sitio de reunión de la naciente comunidad homosexual. Tales bares eran perseguidos por la policía, y los clientes eran sometidos a chantaje y extorsión. Los nombres de las personas que habían sido arrestadas por estar en un bar gay se publicaban en los periódicos, y a raíz de ello la persona podía perder su empleo, ser despreciado por su familia o sentirse forzado a iniciar un juicio de divorcio. (16)

La primera ocasión en que la palabra gay salió a la luz pública fue en 1969, la palabra gay se usó para borrar el estigma ocasionado por otras palabras y sus connotaciones. Con la palabra gay, los homosexuales se hicieron de una identidad.³ La liberación gay sucedió un 28 de junio de 1969, considerado por algunos el día de la independencia gay. Los homosexuales ya eran visibles en Estados Unidos desde el siglo XIX, pero sólo como grupos separados y marginados, sin ninguna influencia social pero todo cambio después de ese día. La situación de la vida gay en Estados Unidos se escribió en un bar llamado Stonewall, Preston la describe (1991) de la siguiente manera: (2)

“Antes de las manifestaciones de Stonewall de 1969, ser gay en Estados Unidos implicaba habitar en un closet árido. Solo había unas pocas organizaciones que servían de voceros de la vida gay como una alternativa razonable de existencia. Lo mas frecuente era el odio hacia uno mismo, el desden de la sociedad, si no su odio directo, y la condenación religiosa. Al comienzo, el aislamiento fue un hecho de la vida gay, Aislamiento no solo significaba soledad. También significaba vulnerabilidad e impotencia. Una población que no esta en contacto con sus propios miembros no puede defenderse, excepto a nivel

¹ McNeil (1979: 125; citado de González Pérez 2001) habla de más de 220 mil homosexuales asesinados en los campos de concentración, bajo un decreto que Himmler promulgo en 1936: “Al igual que hemos vuelto a la antigua postura germana respecto a los matrimonios interraciales, en nuestro juicio de la homosexualidad (síntoma de degeneración que podía destruir nuestra raza) hemos de volver al principio nórdico de exterminio de los degenerados.”

² La cultura heterosexista (creencia inherente de superioridad de un modelo para amar, y por consiguiente, su derecho de ser impuesto), se impuso en el orden social apoyado por la Iglesia Cristiana, quienes tuvieron mucho peso en la configuración de la homofobia. Para entonces el ser homosexual estaba manchado de estigmas como la perversión, la pedofilia, el afeminamiento, la amachada, y otros términos devaluados.

³ El historiador John Boswell en 1992, con respecto a la palabra gay (del ingles “alegre”) se utiliza para designar un individuo que tiene una orientación erótico-afectiva hacia personas de su mismo sexo, conciente de esta inclinación sexual. Esto es, que comparte una identidad.

individual....Cuando entendimos que enfrentábamos injusticias comunes, pudimos formar organizaciones para protestar contra esas desigualdades. Los derechos civiles es el campo mas obvio para la actividad gay colectiva.”

En la noche del 27 al 28 (viernes a sábado) de junio de 1969. Stonewall In, un bar de Nueva York sin gran importancia. Era el único bar gay donde el baile entre hombres estaba permitido. Ese día la policía irrumpió entre la 1 y las 2 de la madrugada, tratando de arrestar a varios clientes del lugar. Cuando llevaban un grupo grande de presos, otros clientes empezaron a gritarle a la policía, a insultarla y a tirarle monedas. Muchos incidentes sucedieron simultáneamente y comenzó una furia colectiva de intensidad creciente. Los insultos contra la policía, los golpes y los gritos hicieron que la situación se tornara caótica. En las calles se gritaba “Poder gay”. Los medios de comunicación y los grupos activistas pronto entraron en juego y afirmaron que se trataba de una verdadera revolución. La llegada de los grupos antimotines de la policía solo logro aumentar la furia de la multitud. Hubo incendios y motines que duraron gran parte de la noche.

Al siguiente día, la tarde parecía día de carnaval. Los grupos de liberación gay trataron de reunirse e insistieron en que una situación como la humillación de la noche del viernes no iba a repetirse nunca. Los problemas continuaron varios días mas. Las asociaciones de liberación gay emitieron comunicado, publicaron panfletos y convirtieron el evento en un magno acontecimiento. Esto se prolongo durante mucho tiempo. Las consecuencias de las manifestaciones de Stonewall fueron muy importantes y perduraron a los largo del tiempo. Stonewall se celebra en todo el mundo el 28 de junio, o el ultimo domingo del mes para facilitar las celebraciones.

Se creo el Frente Homosexual de Acción Revolucionaria (FHAR), en paralelo de los movimientos feministas que luchan contra la dominación masculina, cuya manifestación más aceptada, y por ende peligrosa, se da en el marco de la familia, a menudo patriarcal. Durante todos estos años prosiguen las investigaciones de sexología, y sexólogos como Masters y Jonson abogan por el reconocimiento de una equivalencia entre todas las formas de contacto sexual, Así como por la consideración de la pareja conyugal como uno de los modos de vida posibles de los homosexuales. Aunque la heterosexualidad, practica erótica o reproductiva, aparece en el mundo social como la forma mas extendida y la norma dominante de la actividad sexual, puede dejar espacio a otros comportamientos sexuales. La homosexualidad se retiro en 1981 de la lista de enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud.

La homosexualidad no solo difiere de la heterosexualidad en la identidad de pareja, sino también, hasta los años ochenta, en el modo de vida propugnado por los homosexuales gays, que se basa en los encuentros, el ligue, una apología del instante presente y un rechazo de la pareja estable. Este modo de vida, visible y discordante, se hace insostenible a partir de la irrupción del sida a mediados de los ochenta. La comunidad termina sentando cabeza, adoptando prácticas de sexo mas seguro, eludiendo las practicas de alto riesgo. El sida cambia la forma de ver la homosexualidad, y como los homosexuales se ven así mismos, ya no tanto como adeptos del placer, cuanto como sujetos que sufren, solidarios con sus amigos enfermos. El homosexual ya no se considera diabólico, o al menos ya no tanto.

LA HOMOSEXUALIDAD EN MÉXICO

Una de las características más importantes de nuestro país, que incluso es reconocida a nivel internacional, es su apertura a otras culturas respetando las diferencias de las otras naciones, e incluso acunándolos dentro del terreno nacional. No es mal sabido que ha sido destino de muchos refugiados. Sin embargo, toda esta solidaridad se ve contraída en la forma en que trata a sus homosexuales, que al igual que a sus indígenas, esta historia está escrita con rechazo, persecución, hostigamiento y sangre. México es un país homófono, que mata a sus homosexuales y donde muchas veces las garantías sociales no se cumplen con todas las personas.



La historia de la homosexualidad en México empezó en noviembre de 1910 cuando la policía irrumpió arbitrariamente en una fiesta particular y detuvo a 42 hombres, de los cuales la mitad vestían de mujer. Detuvieron, impusieron a trabajos forzados y exiliaron a la peor cárcel de México a 41 de ellos. El número 42, Ignacio de la Torre y Mier, era yerno del entonces presidente de la República, Porfirio Díaz.⁴

La palabra “gay”, comenzó a difundirse en todo el mundo después de Stonewall, desafiando la tradicional estigmatización de los homosexuales. En las grandes ciudades latinoamericanas comenzó a propagarse con rapidez a finales de la década de 1960 e inicios de la de 1980 (Murria, 1995). La liberación gay alcanzó a nuestro país en el año de 1978. El Frente Homosexual de Acción Revolucionaria (FHAR), de la cual el Colectivo Sol es su heredera directa, dio origen al movimiento gay mexicano que salió a las calles por primera vez el 26 de julio de 1978. El acento ideológico de izquierda, buscaba cerrar filas entre las distintas agrupaciones de homosexuales para trabajar en pro de los derechos civiles. Los lemas planteaban los cambios políticos e ideológicos que marcaban la época, “socialismo sin sexismo”, “nadie es libre hasta que todos seamos libres”, “ni enfermos ni criminales, simplemente homosexuales” (26)

El FHAR incluso formó parte de uno de los contingentes de las organizaciones políticas de izquierda mexicana, como el Partido Comunista Mexicano o el Popular Socialista, ese día, marcharon juntos para conmemorar la Revolución Cubana y los 10 años del inicio del movimiento estudiantil de 1968. Se había denunciado la discriminación en todo el país hacia las minorías sexuales, lo que generaba un estado permanente de represión que abarcaba la marginación social, familiar y laboral hasta la detención arbitraria, la extorsión, el maltrato físico y moral, e incluso el asesinato.

Pero el sueño se vio interrumpido por una de las mayores tragedias de los años ochenta, la plaga del SIDA y el desconocimiento total de esta enfermedad. Las organizaciones civiles no supieron que

⁴ En el libro Tradiciones y conflictos. Historias de la vida cotidiana en México e Hispanoamérica (El Colegio de México y El Colegio Mexiquense, 2007) aparece un apartado titulado “Las nuevas minorías”, y en dicho apartado hay un capítulo titulado “Crónica de un baile clandestino”, mismo que fue escrito por Milada Bazant quien describe ampliamente este hecho y su connotación en la sociedad mexicana de esa época.

hacer y se replegaron, mientras que la sociedad se encargó de estigmatizarlos doblemente como los causantes y propagadores del virus. Pronto, el FHAR se desmanteló y sus esfuerzos se dispersaron.

En América Latina, particularmente en México, el significado de las prácticas homosexuales adquirió sentido conforme al binomio activo/pasivo con estigmatización del individuo del que se presume el rol anal asociado con lo femenino (Almaguer, 1993), en sintonía con el prejuicio extendido sobre las mujeres se crearon las palabras “joto” y “puto” con el fin de ridiculizar y lastimar (Alonso y Koreck, 1993), mientras que al *penetrador* se le asignó el término “mayate”, quien no resulta estigmatizado por el encuentro homosexual. La identidad gay ha ido desplazando esta reproducción de los roles tradicionales de género. Quienes en México se han definido como gays han adoptado los patrones homosexuales estadounidenses, convertidos ya en modelo cultural dominante a escala mundial. Esto significa que tienden a considerarse simplemente como gays sin importar los roles sexuales (pasivos/activos) que desempeñen en un encuentro sexual. (Almaguer, 1993). Esto forma parte de un proceso de expansión en curso en el que los bares gays, como espacios de sociabilidad privilegiados, han tenido un papel destacado. Si bien a principios de la década de 1980 el desarrollo de establecimientos para la población homosexual era muy limitado (Sanchez, 2002), Mauricio List (2001) ha notado que a partir de la década de 1990 se ha dado una importante proliferación de estos espacios de diversión en la Ciudad de México. Los bares son los lugares de reunión gay más populares de la ciudad (Sanchez y López, 2000), donde se pueden entablar relaciones amistosas o conocer posibles parejas sexuales. La organización gay de la homosexualidad, que se ha vuelto predominante a escala global se caracteriza por la formación de redes sociales y el establecimiento de lugares en los que los individuos participan por un interés homosexual mutuo. Como afirma Edgard T. Hall (2001), los espacios que el hombre construye son productores de distintos tipos de personas, son a la vez creaciones y creadores del ser humano. Los individuos aprenden a ser gays en gran medida dentro de los bares, adquieren una forma de comportarse y determinados estilos al vestir, se familiarizan con ciertas formas de usar y pensar sus cuerpos, adoptan elementos lingüísticos específicos. En este proceso, los individuos no sólo adquieren la libertad de hacer ciertas cosas sino que aprenden a ser de cierta forma. Y esto último se puede extrapolar a las organizaciones actualmente existentes, como centros de diversidad sexual, clubes deportivos y recreativos, y asociaciones políticas y estudiantiles específicos para la comunidad homosexual. Pero, ¿por qué la necesidad de crear estos espacios?, como explica Marina Castañeda, el homosexual que se asume como tal no tiene modelos, ni experiencia, ni aprendizaje previos: no conoce las reglas del juego. De repente descubre que ha incursionado en un país desconocido, sin mapas ni indicaciones, en el que, sin embargo, tendrá que vivir. Precisamente porque no existen reglas del juego ni modelos obligatorios, los homosexuales tienen cierta libertad de movimiento que es poco común en la heterosexualidad. Es por ello, que en mayor o menor medida, estos espacios son de gran ayuda en la construcción de su identidad. Además, hay más de una forma de vivir esta identidad, dentro de una enorme variedad de estilos de vida y de pareja que ofrece el mundo homosexual. (17)(20)(26)

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PAREJA.

En definitiva, a la hora de trabajar con parejas del mismo sexo, es necesario tener presente el contexto en que se dan estas relaciones y que en mayor o menor medida, pero de forma inevitable, está influyendo en ellas. Hondaremos en la importancia de la identidad en el desarrollo de una pareja homosexual. Estas no son en ningún caso más propensas a problemas ni dificultades relacionales que las heterosexuales, sin embargo es preciso tener presentes algunas cuestiones que sólo son relevantes en las relaciones entre personas del mismo sexo.

EL DESARROLLO INDIVIDUAL DE ACEPTACIÓN DE LA PROPIA HOMOSEXUALIDAD. En cualquier caso, para que una persona pueda comprometerse en una relación de pareja es necesario que reconozca, asuma y admita sus sentimientos y deseos afectivo-sexuales. Esto no esta muy claro al principio en todas las personas homosexuales. Requiere de un largo proceso desde el descubrimiento hasta la aceptación para poder vivir la homosexualidad de forma positiva. Soriano (1996), detalla de forma simplificada este proceso en cinco fases: (31)

- Sensibilización. Se reconocen los sentimientos de atracción que no corresponde con el esquema esperado, aparece la confusión y sentimientos negativos.
- Toma de conciencia. Se hacen concientes estos sentimientos, aunque no se admite la denominación homosexual. Se piensa como una etapa pasajera que es necesario ocultar mientras se espera que estos sentimientos y deseos cambien.
- Reconocimiento y autodefinición. Existe la necesidad de conocer y estar en contacto con otras personas homosexuales. Existen ambivalencias de lo que significa ser homosexual, y se vive una doble vida.
- Aceptación. Se concede un significado positivo al hecho de ser homosexual. Se empieza a crear una identidad y la persona de reafirma. El ocultar la propia homosexualidad se vive con mucho malestar, es importante que las personas del entorno lo sepan.
- Integración. Se integra como parte de la identidad personal y social, sitúa su orientación en el lugar que debe, sin interferir ni mediatizar las relaciones interpersonales ni la propia vida.

Por las propias características y dinámica del proceso, cuando se esta en una relación de pareja que no es igualitaria en cuanto a la aceptación de la propia homosexualidad y al deseo de ocultarla, aparecen muchos problemas, llegando a hacer difícil que ésta de pueda mantener. (10)(35)

LA PAREJA INVISIBLE. Quizás el segundo problema más importante, ya que se tiene que vivir la relación al margen de la norma social, sin poder describirse ni expresarse como pareja por el rechazo de la sociedad quien no acepta siquiera su existencia. La condición de ser invisible constituye la condición ordinaria de la pareja homosexual, y es por ello que buscan compañía en grupos de homosexuales para sencillamente, hablar de su vida en términos normales, como cualquier otra gente.

En nuestro país, hasta hace poco, se aprobó de la Ley de Sociedades de Convivencia para el Distrito Federal (26 de octubre del 2006), la que tutela jurídicamente la libre asociación de personas físicas de diferente o del mismo sexo para establecer un hogar común, con voluntad de permanencia y de ayuda

mutua. Tres meses después, una ley de mayor alcance se promulgo en la provincia del norte del país: Coahuila. La legalización de la unión de personas del mismo sexo aprobó un paquete de reformas al Código Civil y a la Ley del Registro Civil, para abrir la puerta a la convivencia legal entre homosexuales con la garantía jurídica de protección al patrimonio en común. Aunque aún con muchas limitantes⁵ (ya que no confiere las garantías dadas en un matrimonio como la posibilidad de heredar o el seguro social) con esta ley, se logra avanzar un escalón en cuanto a la visibilidad de la pareja y la creación de un modelo social, pero esta visibilidad también da la oportunidad a un mayor rechazo y odio, poniendo incluso en peligro su integridad mientras no se impulsen medidas legales en contra de la homofobia y se vigile su cumplimiento. (14)

HOMOFOBIA INTERNALIZADA. Son los pensamientos negativos conscientes o inconscientes que tiene el propio homosexual sobre su condición. En la construcción de la identidad pueden quedar remanentes de los estigmas impuestos de la sociedad, muchas veces de forma inconciente, sobre todo en la formación de una pareja. La infidelidad, la falta de compromiso y un individualismo exacerbado son fenómenos sociales que amenazan en la actualidad a todas las parejas. Pero es más fácil para un homosexual rendirse y dejar de hacer el esfuerzo necesario, porque está convencido de que las parejas gay son efímeras de todos modos. Una cosa es que las parejas homosexuales tengan problemas reales y otra es que saboteen ellas mismas su relación por no creer en ella.

AISLAMIENTO SOCIAL DE LA PAREJA. La pareja heterosexual, desde un punto de vista emocional, al casarse adquieren el apoyo, si no irrestricto, si por lo menos automático de las dos familias. Ingresa en un mundo afectivo, familiar y social que siempre será su sustento. En la pareja homosexual toda esta dimensión familiar se pierde. La pareja se tiene que sostener por sí sola., y poco a poco tomaran conciencia de estas carencias, y en un proceso igualmente natural, buscarán o inventarán sustitutos.

EL CICLO EVOLUTIVO DE FAMILIA. Los eventos importantes en la vida de un matrimonio heterosexual le dan continuidad a su ciclo de pareja. Sin embargo, para los homosexuales no existen los eventos marcadores, ni la ratificación social, ni los apoyos, ni el instructivo que dan orden y el ritmo de la vida en lo personal, lo familiar y lo social. La lucha por los derechos civiles también representa un esfuerzo por ingresar al proyecto de vida, al ciclo evolutivo, de la sociedad en su conjunto.

EL FUTURO DE LA PAREJA. Toda pareja necesita un proyecto de vida para sobrevivir, necesita un tiempo, un lugar y un futuro compartido. En la pareja heterosexual, el futuro ya viene incluido en el contrato matrimonial, con todas sus funciones, metas, derechos y obligaciones. En cambio, su contraparte carece de este futuro, como si el contrato los mantenga unidos mientras la sigan pasando bien, lo que nos dará una relación muy frágil ya que esta basada únicamente en la vida cotidiana. Es por ello, que las parejas homosexuales estables y duraderas mantienen un proyecto de trabajo o negocio conjunto con el fin de dar dimensión a futuro y consolidar un futuro a largo plazo a menos que se tengan o se adopten hijos⁶.

⁵ Esta forma de convivencia puede ser similar a las uniones de hecho no legalizadas (unión libre), pero a diferencia de los heterosexuales que pueden elegir entre las diferentes formas de unión que la sociedad les aprueba, los homosexuales no pueden.

⁶ Para mayor información sobre el tema, consultar la obra de Marina Castañeda, 2000, *La Experiencia Homosexual*, en el capítulo *La pareja homosexual en general*.

AUSENCIA DE MODELOS ESTABLECIDOS. La falta de modelos culturales para estas relaciones hace que las parejas tengan que definir sus propias reglas, roles, expectativas y metas. La heterogeneidad es la característica más importante al encontrarse una enorme variedad de patrones y modelos de parejas homosexuales. Existen dos parámetros que se le pueden estudiar: la dinámica de la relación (Peplau 1991) y las normas sexuales (Bell y Weinberg, 1978)(31).

Estas son algunas dificultades a las que se enfrenta una pareja gay. Es por ello que no es muy común ver parejas estables de este tipo en la vida cotidiana, y mucho menos conociendo la invisibilidad en la que se desenvuelven. Al estar fundamentada la relación prácticamente en un vínculo de orden afectivo se puede tornar en su mayor debilidad o incluso, en su fortaleza. Al estar lejos de patrones o modelos rígidos como en el caso del matrimonio heterosexual⁷, se tiene la oportunidad de reinventar constantemente la pareja y revitalizarla, así como su forma de comunicación y solidaridad muy particular permite una relación igualitaria donde se puedan sentir cómodos, auténticos y realizados.

Ya se ha revisado como los estereotipos y los estigmas pueden dañar a la persona homosexual, y como ha cambiado el trato desde el aspecto científico y social, ahora analizaremos como esto afecta al estudio de la relación de pareja gay. Debido a su ocultamiento, da la impresión que queda es que gays y lesbianas (especialmente los primeros) no desean comprometerse, y si lo hacen sus parejas son poco duraderas e inestables. Existe información basada en estos preceptos, asegurando que “los homosexuales viven en forma ambivalente, pues buscan las relaciones por si solos, pero tratan de ratificar sus necesidades emocionales en relaciones parcas, defensivas, limitantes y de uno a uno. Las relaciones de pareja homosexuales funcionan habitualmente con base a expectativas no realistas, debido a su posesividad. Con gran frecuencia se caracterizan por demandas excesivas en la mayoría de los casos, los participantes están envueltos en vínculos emocionales turbulentos y dañinos, según consta en la práctica clínica. Tales uniones evidencian gran exaltación inicial, que remite a pensar en un gran amor, en el cual aparecen pronto angustia, coraje y depresión, ya que sus expectativas mágicas resultan inevitablemente frustradas.” Bajo estas circunstancias, la Iglesia y algunos actores políticos impiden la legalización de las uniones homosexuales declarando que ponen en peligro la institución de la familia, además de que son incapaces de establecerla. Sin embargo, los estudios en los que se basan están realizados en personas homosexuales que acuden a centros de intervención psiquiátrica por la dificultad que acarrea la obtención de la muestra, siendo esta no representativa de los homosexuales que viven en la sociedad. (12)

Pero, ¿de dónde proviene esta idea de amor pasional y fugaz en los homosexuales?, ¿caso la promiscuidad es un atributo inherente al homosexual? La respuesta esta en los años sesenta, donde tanto homosexuales como heterosexuales se abocaron a la exploración del amor libre, la pareja abierta y otras formas de relación sexual libre y sin compromiso. Pero mientras este divertimento sexual se interpretó como una etapa pasajera de la generación de la posguerra, en los homosexuales se consideró un atributo esencial. Los heterosexuales eran rebeldes, bohemios, contestatarios y traviosos. Sin embargo a los homosexuales se les etiquetó de promiscuos, degenerados, confundidos, frívolos, inmaduros, incapaces de controlar sus impulsos y de mantener un compromiso amoroso a

⁷ Al contrario de lo que generalmente se piensa, muchas parejas homosexuales se mantienen lejos de los roles de género del matrimonio heterosexual, no existe la limitación de actividades particulares para determinado género, ni se tienen que amoldar a ella. La denominación del homosexual “hombre” y “mujer” esta determinado más por el estereotipo que da la sociedad como otra forma de estigmatizar este tipo de relación.

largo plazo que ha permanecido hasta la actualidad. Si bien es cierto que los homosexuales tienen una actividad sexual mucho más intensa que los heterosexuales, no quiere decir que sus relaciones sean efímeras e inestables. Una de las causas es la dificultad al encontrar pareja. En casi todo el mundo es difícil conocer a otros homosexuales en el contexto de la sociedad heterosexual, que mucha gente recurre a lugares de reunión especializados. El problema es que muchos de esos lugares concentran personas que no tienen prácticamente nada en común en salvo su homosexualidad. En consecuencia, a veces se forman parejas de hombres o de mujeres muy dispares, y por ello ser efímeras. De alguna forma, las relaciones clandestinas y rápidas sin una relación de compromiso son un remanso de la historia de la homosexualidad, al ser forzados a no expresarse libremente en la sociedad y en cuanto menos visible se fuera, mejor. En la actualidad contamos con países que han legalizado el matrimonio gay o han creado similares, y sus resultados contrastan con lo anteriormente dicho.

Durante el mes que duró el matrimonio gay en San Francisco en el 2004 se casaron alrededor de 4000 parejas, 57% mujeres y 74% mayores de 35 años. En Massachussets, el periódico *The Boston Globe* encontró que la gran mayoría eran parejas de larga duración 29% llevaban entre 5 y 10 años, el 19% entre 10 y 15 años, 12% entre 15 y 20 años, 9% entre 20 y 25 años y 6% más de 25 años. Sólo 26% llevaban menos de 5 años. El gobierno británico considera que para 2010 habrá entre 11000 y 22000 parejas gays en unión civil. Lo que sí se puede decir es que hay muchas más parejas gays y lésbicas de lo que dejaban suponer los juicios homofóbicos de mucha gente. Cifras como éstas, y las estadísticas que ya existen acerca del matrimonio gay, revelan que se trata de una población no sólo numerosa, sino deseosa de formalizar relaciones de pareja “de por vida”(1)(11)

Es altamente probable que los homosexuales continúen luchando por sus derechos y obteniendo importantes logros hasta bien entrado el siglo XXI. El camino por recorrer es sumamente largo, e implica aspectos jurídicos, económicos, psicológicos y de aceptación social.

El estudio de la homosexualidad tiene mucho que ver con la diversidad humana y no con la psicopatología. Los derechos de los gay deben integrarse dentro de la lucha por los derechos humanos, al igual que los derechos de la mujer, de las diversas etnias, de los grupos minoritarios, etc. De esta manera, las investigaciones sobre la homosexualidad nos ayudaran a entender al ser humano en su conjunto y nos enriquecerán con los aportes que brindan los diversos grupos humanos que comparten nuestro hábitat y nuestro momento histórico.

ESTUDIO DE LAS ACTITUDES.

Se entiende por homofobia una actitud general negativa hacia personas homosexuales. A través de su actitud, el médico familiar tiene una posición preponderante para otorgar la atención inicial, brindar el apoyo psicosocial y cubrir las necesidades de información y educación hacia su paciente. Una actitud se puede entender como la suma total de inclinaciones, sentimientos, prejuicios y distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico; es una idea cargada de emoción que predispone a un conjunto de acciones. (4)(9)(33)

Para F. H. Allport “una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden” (Lerbinger, 1979). Las [actitudes](#) constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas y se puede referir a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana Las creencias o sentimientos están dotados de una carga afectiva a favor o en contra y puede predisponer a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. (36)

Se pueden reconocer tres componentes dentro de las actitudes, los cuales se encuentran en todas las definiciones sobre el tema, los cuales son el componente cognoscitivo, el afectivo y el conductual.

- COMPONENTE [COGNOSCITIVO](#): para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto aún cuando no corresponda a la realidad.
- COMPONENTE [AFECTIVO](#): es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo ya que carecen de este sentimiento.
- COMPONENTE [CONDUCTUAL](#): es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta se generan los motivos para el estudio de l relacionado con las actitudes, principalmente de la psicología social.

LAS FUNCIONES DE LAS ACTITUDES. En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los

procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas o de adaptación social.

Moya (1999), menciona cinco funciones que se le atribuyen a las actitudes:

1. **Función actitudinal.** Esta función es de carácter evaluativo, por lo que es aplicable en todos los demás tipos de actitudes.
2. **Función instrumental.** Esta se da cuando la persona en cuestión hace uso de sus actitudes para alcanzar objetivos los cuales le proveerán de beneficios o a juste a la situación (ajuste social).
3. **Función expresiva.** Es cuando la persona manifiesta lo que realmente piensa y siente o quiere que los demás conozcan de ella con el objetivo de proyectar una imagen social (exteriorización).
4. **Función ideológica.** Estas actitudes se manifiestan en función a actitudes prejuiciosas y etnocéntricas. Las actitudes ideológicas proporcionan una determinada explicación de las desigualdades existentes de la sociedad. Estas actitudes surgirán cuando existan condiciones crónicas de marginación y estigmatización de algunos grupos que son objeto de prejuicio. Para que se de esta función, el grupo vulnerable debe pertenecer a alguna institución o contar con un apoyo.
5. **Función de separación.** La actitud es muy similar a la anterior, con la excepción de que no se exige un respaldo institucional, por lo que dependerá de las condiciones de interacción grupal.

Este concepto resulta central porque tiene una aplicación en muchos campos distintos:

- Frente a objetos o conductas específicas con finalidad predictiva de la conducta. Para predecir con mayor exactitud la conducta a manifestar por parte del individuo se debe medir la actitud hacia la conducta específica que se espera que se manifieste conductualmente.
- Grupos o minorías étnicas, mediante el estudio de los prejuicios y de los estereotipos.
- Fines y objetivos abstractos, donde este tipo de actitud está definido como valor personal.
- La actitud en relación a si mismo, definida como autoestima

Las actitudes se consideran como preparaciones mentales o predisposiciones implícitas que se ejercen a través de la influencia general y continua. Sin embargo estas predisposiciones no deben ser entendidas como innatas sino aprendidas por el individuo. Al no ser momentáneamente transitorias, si son susceptibles de cambio, y este cambio puede llegar a producirse en forma duradera, y no momentánea, en el aspecto conductual.

El cambio de actitudes se da en el individuo cuando éste desarrolla nuevas creencias y se lleva a cabo un intercambio entre las nuevas y viejas creencias, lo cual da como resultado el surgimiento de nuevos sentimientos, positivos o negativos, hacia algún objeto social. Para que se den estos cambios es necesaria la persuasión o la influencia de otros para el cambio de actitudes. Hay dos tipos de claves persuasivas:

1. **CENTRALES** - se apela a la consideración de los argumentos y la evidencia en torno al asunto en cuestión.
2. **PERIFERICAS** - se procura el cambio de actitudes asociando el asunto con otros aspectos externos al mismo, ya sean positivos o negativos.

Algunos aspectos importantes en cuanto al uso de claves *centrales*:

1. *La repetición de un argumento es más favorable que adverso.* A pesar de que pudiera parecer que la gente le desarrolla apatía por oírlo tanto, lo cierto es que se logra que la persona se familiarice con el mismo, lo que a largo plazo es favorable.
2. Traer a colación argumentos es contra favorable si estos son comprensibles por la audiencia y pueden ser fácilmente refutados.
3. *Apelación al miedo* - Puede ser efectivo para el cambio de actitud si la persona cree que es posible que le suceda a si mismo y que puede hacer algo para prevenirlo.

En cuanto a las claves **PERIFÉRICAS**, se destacan los siguientes aspectos:

1. Aspectos relacionados a la fuente (o sea, el que lleva el mensaje) que resultan favorables en el cambio de actitudes:
 - Conocimiento de la materia
 - Credibilidad
 - Atractivo físico y prestigio social
 - Similitud con la audiencia.
2. El contexto.
 - Cuando estamos de buen humor evaluamos menos cuidadosamente una situación y solemos ser más susceptibles al cambio de actitudes.
3. La audiencia.
 - Una audiencia inteligente tiene sus pros y contras. Por un lado es favorable porque comprenden mejor; por otro lado es negativo porque cuestionan más.
 - Diferencias sexuales - Las mujeres son ligeramente más fáciles de persuadir que los hombres, principalmente cuando es sobre algún asunto que tienen poco conocimiento.

LA HOMOFOBIA

La **homofobia** es la aversión, el odio irracional, el miedo, el prejuicio o la discriminación contra hombres o mujeres homosexuales, aunque también suele incluirse a las demás personas que integran a la diversidad sexual, como es el caso de las personas bisexuales o transexuales.

Estas actitudes respecto al colectivo homosexual están muy extendidas por las diversas sociedades, siendo generalmente inversamente proporcional al desarrollo económico, democrático, cultural y urbano de una sociedad (de esta manera, encontramos que donde está menos extendida es en Europa occidental y en las ciudades del resto del mundo occidental, mientras que es mucho más acusada en las zonas rurales de los países en vías de desarrollo). La homosexualidad se expone a la pena capital en Arabia Saudita, los Emiratos Árabes Unidos, Irán, Mauritania, Nigeria, Pakistán, Sudán y Yemen, mientras que también es perseguida y castigada en otros estados: Bangladesh, Bhután, Guyana, India, las Maldivas, Nepal, Singapur y Uganda. (10)

En la actualidad el estudio de la homofobia es considerado un problema complejo cuyo desarrollo requiere definir variables de orígenes diversos. Al igual que la concepción de la homosexualidad ha cambiado con el paso de los años, así mismo se ha transformado el término homofobia. Lo que en un principio se entendía desde su estricto punto de vista etimológico como “el temor de estar cerca de homosexuales” (Weinberg 1972), se ha agregado a esta descripción una “reacción extrema de ira y temor hacia los homosexuales”, como una actitud de discriminación. En términos generales, para algunos autores, la homofobia es un prejuicio relacionado con lo diverso y lo diferente, como la xenofobia y el racismo, pero en este caso centrado sobre un aspecto de la identidad sexual, el de la orientación sexual. La homofobia puede representar múltiples prejuicios y por eso, un término más preciso podría ser “homofobias”. Los prejuicios se pueden clasificar en obsesivos, histéricos o narcisistas (Young-Bruehl, 1996). (6)

- **Prejuicio obsesivo.** Considera objetos como conspiradores omnipresentes, o enemigos que se empeñan en destruirlo, por consiguiente, tienen que ser eliminados.
- **Prejuicio histérico.** Contiene un componente de represión sexual. Interpreta a los individuos que se odian como “otros”, como inferiores o como una amenaza sexual.
- **Prejuicio narcisista.** No se puede tolerar la idea de que existan personas que no sean como ellos.

Se afirma que la homofobia es el único de todos los prejuicios que encaja en todas las categorías. Los homosexuales son, según expresa Young-Bruehl, “víctimas para uso general”: leales a su grupo y peligrosos “como” los judíos: obsesivos y depredadores sexualmente “como” las personas de color. Son “como” mujeres, y por consiguiente no como los verdaderos hombres, o son mujeres que “hacen lo que hacen los hombres, competir por las mujeres”. Para otros autores la homofobia es conceptualizada como una patología, fobia, de reacción frente a un objeto, el cual se significa como amenazante para la integridad psíquica o la estabilidad emocional.

En la actualidad las investigaciones más recientes profundizan en el conocimiento de los elementos que soportan la construcción de las actitudes homofóbicas. Cuya más inmediata consecuencia positiva es la posibilidad de mejorar la situación en la que se realiza el proceso de aceptación de la orientación homosexual. Así mismo se podría aportar información, argumentos y materiales para trabajar la mejora de las actitudes, en la población general, hacia las personas homosexuales.

TIPOS DE EXPRESIÓN DE LA HOMOFOBIA

La forma de expresión que puede alcanzar este temor homofóbico al que nos referimos es variada (Martín y Hetrick, 1988; Borhek, 1988; Sanford, 1989; Whitlock, 1989; Remafedy, 1990), pero principalmente se puede ver reflejado en dos bloques:

- Externalizado, en respuestas o conductas verbales, físicas y emocionales que, en ocasiones, conllevan algún tipo de abuso de igual estilo en su origen hacia las personas homosexuales. Reflejado en chistes, insultos, descalificaciones, etc.
- Internalizado, por la asimilación de las imágenes negativas que se presentan en la sociedad en general, en la familia, en el centro escolar, entre los compañeros de clase, en el grupo de iguales y todos aquellos lugares de socialización de la infancia y la adolescencia. Reflejado en baja autoestima, represión de la expresión y el sentimiento de los afectos, etc.

Evidentemente ambos canales de manifestación de la actitud homofóbica es percibida por el niño y la niña, en su entorno social, desde el principio de su desarrollo y conforma sus futuras actitudes.

ACTITUDES HOMOFÓBICAS FRENTE A LA HOMOSEXUALIDAD

Las actitudes que se observan, frente a las características de la orientación homosexual, se dividen en tres grandes bloques:

- Aquel que agrupa a las personas que son claramente negativas y rechazantes.
- Aquel que agrupa a las personas que adoptan posiciones neutras y que constituyen el grupo de los tolerantes.
- Aquel que agrupa a las personas que son claramente afines a la aceptación de la homosexualidad como una manera que tienen algunas personas de vivir su sexualidad y sus relaciones afectivas.

Dimensiones de la Exploración Sobre las actitudes hacia la homosexualidad (Soriano, 1995 y López y Fuertes, 1989), se decantan tres dimensiones y dos tendencias: dimensión cognitiva, afectiva y conductual, con dirección positiva o negativa.

- Dirección Negativa
 - cognitiva: es anormal, son peligrosos, son raros.
 - afectiva: ansiedad, incomodidad, malestar, asco, rechazo.
 - conductual: evitación, mofa, agresión.

- Dirección Positiva
 - cognitiva: es una orientación minoritaria, pero normal. Los homosexuales son como los demás, hay de todo.
 - afectiva: aceptación, nada especial.
 - conductual: convivencia normalizada.

BASES DE APOYO DE LAS ACTITUDES HOMOFÓBICAS

Según Bancroft (1989) la homofobia puede apoyar su fuerza y estabilidad en algunos de los mitos más trillados de la heterosexualidad como norma, tomando como referentes las siguientes ideas:

- Manifiesto rechazo hacia todo tipo de grupos minoritarios.
- Historia de las conductas consideradas como antinaturales.
- Justificación filogenética, por ser no procreadores.
- Defensa de los valores y las normas sociales.
- Mantenimiento de los estereotipos de rol de género heterosexual.
- Homosexualidad como enfermedad o vicio.

La base común más clara que aglutina a este ramillete de argumentos es la supuesta defensa de los valores sociales, que en realidad esconde la supremacía de la mayoría heterosexual y la negación de lo diferente.

ESTUDIOS PREDICTIVOS

Un avance más en el control de los aspectos implicados en la homofobia, es el realizado por Agnew, Thompson, Smith et al (1993). Importante esfuerzo teórico para tratar de definir una graduación entre factores próximos y distales en tres bloques de datos: familiares, personales y relacionales, graduación de niveles que les permite aventurar una predicción de la actitud homófoba del sujeto en cuestión:

FACTORES PREDICTIVOS

- Factores familiares distales: nivel educativo alcanzado, estabilidad familiar, tamaño de la comunidad en la que vive.
- Factores individuales distales: fundamentalmente los constructos de personalidad que se pudieran evaluar.
- Factores familiares próximos: actitudes parentales ante el tema, severidad religiosa o moral, nivel intelectual, nivel cultural.
- Factores individuales próximos: valor de las creencias religiosas, autoritarismo, fuerza en el valor de los roles de género, rigidez cognitiva.
- Relacional: no haber conocido a ninguna persona homosexual.

FACTORES NO PREDICTIVOS

- Factores familiares distales: tamaño familiar, mayor estatus social, madre trabajadora y con altos niveles de estudios.
- Factores individuales distales: agresividad, dominancia, flexibilidad, estilo general de relación interpersonal.
- Factores individuales próximos: autoestima general, conservadurismo, identidad tipificada.

SEXUALIDAD Y MEDICINA

La sexualidad varía de una cultura a otra y en el contexto socio-histórico en que se desarrolle. Durante la prehistoria existieron dos etapas: la monogamia natural y la monogamia que tenía como finalidad asegurar el patrimonio familiar. En el Antiguo Testamento, se señalan las normas que regulaban la conducta sexual de la época. En el judaísmo, el matrimonio tenía como finalidad la descendencia y la esposa hebrea tenía el “privilegio” de compartir los favores del esposo con otras esposas secundarias, pero si ella era infiel era apedreada.

En la cultura egipcia el incesto estaba permitido y la circuncisión, tenía un carácter ritual en la adolescencia. En Grecia, se toleraba la homosexualidad masculina entre adultos y adolescentes púberes dentro de un contexto educativo. En Atenas las mujeres no podían andar solas, privilegio exclusiva de las hetairas (prostituta fina). (40)

En la edad Media, la Iglesia refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoníaco. En 1530 la Reforma protestante de Martín Lutero admite el primer divorcio solicitado por Enrique VIII para separarse de Catalina y casarse con Ana Bolena.

A finales del siglo XV aparecen en Europa las enfermedades de transmisión sexual, que fueron consideradas como castigo celestial. Durante los siglos XVIII y XIX o época victoriana, conductas sexuales como la masturbación, eran consideradas inapropiadas. En 1882 apareció el trabajo de Richard Kraft-Ebing “Psicopatía Sexuales”, donde describe comportamientos sexuales patológicos.

Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés demostró la trascendencia de la sexualidad en los individuos. Su teoría de la personalidad, tiene como pivote el desarrollo sexual. Introdujo el término de “libido” como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres. Por la misma época de Freud, el médico inglés Havellock Ellis publicó su obra *Psychology of Sex*. El describe que el deseo sexual es igual para hombres y mujeres y refuta que la masturbación ocasionara insania.

Margaret Sanger inició el movimiento de control de la natalidad en los Estados Unidos y entre 1922 y 1927 publicó artículos sobre la sexualidad de la mujer. Geramine Creer, feminista activa, publicó su obra “El eunuco femenino”, que es considerada el baluarte del movimiento feminista. Alfred Kinsey inició el estudio sistemático de la sexualidad y en 1966 Masters y Johnson publican su libro “Respuesta Sexual humana”, anotando que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual.

El análisis histórico demuestra que el comportamiento sexual no es simplista, ya que éste dependerá del contexto sociohistórico y cultural en que se desarrolla. Es fundamental el papel de médicos en la aproximación integral de la salud física y mental. Además, pueden ayudar a padres, docentes y a la comunidad en general a una mayor comprensión de la diversidad en la orientación sexual. El médico está obligado conocer el proceso de adquisición de la identidad sexual, lo cual le ayudará a comprender y brindar apoyo a todo paciente homosexual, lesbiana o bisexual que asista a una consulta.(40) (41)

Identidad sexual

La identidad sexual es un concepto que abarca tres aseercciones: identidad de sexo, identidad de género y orientación sexual. Estos tres componentes están íntimamente relacionados; no obstante, mantienen una importante independencia. El concepto de identidad de sexo hace mención del componente biológico, de las características físicas de varones y mujeres, de la aceptación o el rechazo de las mismas. Por su parte, la identidad de género, conocida también como papel o rol sexual, invita a pensar en lo masculino y lo femenino a partir de lo que se conceptualiza dentro de un contexto social y cultural como propio de varones y de mujeres, respectivamente, es decir, el concepto de género es una construcción socio-cultural. Mientras que, finalmente, la orientación sexual alude a fantasías, sueños y conductas relacionadas con el sexo del sujeto que despierta atracción o deseos sexuales. (43)(44)

Se conceptualiza la orientación sexual como categorías excluyentes, los individuos pueden ser considerados o calificados como heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Por lo general, a los varones homosexuales se les llama simplemente homosexuales o “gays”; mientras que las mujeres homosexuales se les conoce como lesbianas. Habitualmente se espera que los varones muestren un comportamiento calificado como masculino por el grupo social y sean atraídos sexualmente por mujeres, mientras que para las mujeres aguarda una conducta considerada femenina y sean atraídas sexualmente por los varones. No obstante, esta congruencia esperada entre sexo, género y orientación sexual no se presenta en por lo menos el 10% de la población general. (45)

La formación de la identidad sexual es un proceso complejo que empieza en la concepción, pero que se vuelve clave durante el proceso de gestación e incluso en experiencias vitales tras el nacimiento. Existen muchos factores y bastantes combinaciones de los mismos que pueden llevar a la confusión, pero la tradición en la mayoría de las sociedades insiste en catalogar cada individuo por la apariencia de sus genitales

Algunos estudios indican que la identidad sexual se fija en la infancia temprana (no más allá de los 2 ó 3 años) y a partir de entonces es inmutable. Esta conclusión se obtiene generalmente preguntando a personas transexuales cuando se dieron cuenta por primera vez que la identidad sexual que les ha asignado la sociedad no se corresponde con la identidad sexual con la que se identifican. La formación de determinada identidad sexual, va a marcar el desempeño del rol ya sea femenino a masculino, es decir, va a guiar sus conductas.

Hasta hace unos 30 años, la homosexualidad, la orientación sexual más teorizada y estudiada de manera más reciente, era considerada técnicamente un trastorno mental. No obstante, en la actualidad se califica como una variante adaptativa de la conducta sexual. Si, por ejemplo, socialmente se le asigna a una persona la identidad sexual de un hombre, pero sus genitales son femeninos, esta persona puede experimentar lo que se ha venido a llamar disforia de género, es decir una profunda inconformidad con el rol de género que le toca vivir.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales* (DSM); éste describe los criterios diagnósticos y rasgos definitorios de todos los trastornos mentales formalmente reconocidos. Sirve de recurso definitivo para los profesionales de la salud mental. Aunque su influencia más grande es en los Estados Unidos, su impacto es global. Los

diagnósticos psiquiátricos afectan las decisiones sobre la custodia de los niños, la autoestima, si los individuos son contratados o despedidos, recibir autorizaciones de seguridad o ver acortados otros derechos y privilegios. Los criminales pueden encontrar que sus sentencias son mitigadas o aumentadas como resultado directo de sus diagnósticos. La equiparación de los intereses sexuales poco usuales con los diagnósticos psiquiátricos se ha utilizado para justificar la opresión de las minorías sexuales y para servir a las agendas del poder político. Una revisión de estas áreas no es solamente un asunto científico sino también un asunto de derechos humanos. El poder y el impacto del DSM no deberían ser subestimados. El DSM se revisa a intervalos regulares, los diagnósticos pueden añadirse o eliminarse y los criterios diagnósticos se reformulan con cada nueva edición. Ha habido seis ediciones hasta la fecha (APA, 1952; 1968; 1980; 1987; 1994; 2000). La actual edición se denomina DSM-IV-TR (APA, 2000). (42)

En 1973, la comunidad epistémica de la APA dejó de considerar a la homosexualidad como una enfermedad mental. Este hecho ocurrió sólo después de fuertes cuestionamientos de las ciencias, como cuestionar el orden simbólico y sus fundamentos (Bourdieu, 2000). El fundamento para suprimir la homosexualidad como diagnóstico en 1973 era que para ser considerada un desorden psiquiátrico, “debe producir regularmente angustia subjetiva o estar asociada regularmente con algún deterioro en la efectividad o funcionamiento social... Claramente la homosexualidad en sí misma no posee los requerimientos para un desorden psiquiátrico, debido, como se afirma más arriba, a que muchos están bastante satisfechos con su orientación sexual y demuestran no tener deterioro generalizado en la efectividad o el funcionamiento social.”. El argumento se vio reforzado por la carencia de investigación objetiva que apoyara su inclusión y por las investigaciones que no pudieron sostener la teoría de que los homosexuales encajaban en estereotipos sexuales psiquiátricos específicos. Sin embargo, algunos observadores creen que la eliminación de la homosexualidad fue fundamentalmente un acto político (Bayer, 1981). (46)

Con la publicación del DSM-III (1980), el foco del DSM cambió de un modelo psicoanalítico con base teórica de la enfermedad a un modelo descriptivo basado en la evidencia. En esta edición se diferencia entre una homosexualidad egodistónica, que es aquella en la cual la persona tiene conflictos con su tendencia homosexual y sufre por ello, de otra egosintónica, en la cual la persona no siente su situación como un padecimiento, sino como una elección y goza con ella. En 1987, la homosexualidad egodistónica no estaba incluida en el DSM-III-R después de una revisión similar. La APA clasifica ahora el persistente e intenso malestar sobre la orientación sexual propia como uno de los "trastornos sexuales no especificados" (42)

Actualmente, organizaciones estadounidenses e internacionales tales como la Asociación Médica Norteamericana (American Medical Association), la Asociación Norteamericana de Consejería (American Counseling Association), la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (National Association of Social Workers), la Academia Norteamericana de Pediatría (American Academy of Pediatrics), la Asociación Nacional de Psicólogos Escolares (National Association of School Psychologists), la Academia Norteamericana de Asistencia Médica (American Academy of Physician Assistants), y otras muchas también han dejado de considerar la homosexualidad como una enfermedad, siguiendo en parte la decisión de 1973 de la APA.

El 17 de mayo de 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) excluyó la homosexualidad de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud.[25] El gobierno del Reino Unido hizo lo propio en 1994, seguido por el Ministerio de Salud de la Federación Rusa en 1999 y la Sociedad China de Psiquiatría en 2001.

Pero entonces, ¿qué es lo que se entiende como una conducta normal? ¿Cómo establecer un criterio? Los conceptos de anormalidad y normalidad han evolucionado con el desarrollo de las ciencias. Existen explicaciones sistemáticas acerca de lo que es normal y anormal que reflejan las distintas orientaciones en el marco de las cuales se producen. (15)

1. CRITERIO ESTADÍSTICO. De acuerdo con él, se define la normalidad como lo que hace la mayoría de un conjunto de individuos o lo que está cerca del promedio de la conducta en términos cuantificables. Hay que emplearlo con mensura y asignarle solamente el carácter de un dato auxiliar de información.

2. CRITERIO SOCIOCULTURAL. Resulta de una sugerencia de la antropología y poco familiar en el marco de la psicología. Este punto de vista postula que la normalidad implica acatamiento de las reglas sociales por parte de los miembros de una agrupación social, en tanto que la anormalidad es propia de las minorías que trasgreden las disposiciones impuestas por la sociedad. Es fácil comprobar, no obstante, que en algunas circunstancias un grado notable de inconformidad, ejercido por las mayorías, puede ser considerado deseable y, por lo tanto, normal. No es una herramienta de evaluación o diagnóstico formal, sólo sirve para recordar que la conducta es siempre una función parcial del contexto donde se desarrolla.

3. CRITERIO IDEALISTA. Considera que la normalidad es un estado de salud mental positivo, de funcionamiento individual y social afectivo, y no simplemente la ausencia de enfermedad mental. Por situarse en dos extremos excluyentes, este modelo se considera impreciso al no evaluar una amplia gama de estados que se producen entre los polos opuestos.

Maslow hace notar que el individuo sano, equilibrado o normal es aquel que percibe la realidad en forma clara y eficiente, lo que es posible si su comportamiento se ajusta, entre otros, a los siguientes ideales de comportamiento: aceptarse a sí mismo y a los demás, ser espontáneo y natural, interesarse por los problemas del prójimo y comprometerse a participar en las soluciones, ser autónomo y creativo, ser capaz de entablar relaciones interpersonales estables y profundas, tener sentido del humor y orientar su vida de acuerdo a un sistema de valores éticos.

Erikson estima que es posible seguir el curso gradual del proceso de desarrollo y percibir la aproximación de la existencia humana a los ideales del crecimiento natural. La normalidad proviene de la resolución exitosa de las siguientes situaciones de crisis: confianza versus desconfianza, autonomía versus vergüenza, iniciativa versus culpa, laboriosidad versus inferioridad, intimidad versus aislamiento, generatividad versus estancamiento e integridad versus desesperación.

5. **CRITERIO CLÍNICO.** Es una expresión mixta del ideal y el estadístico. Contempla las capacidades individuales dentro del contexto social y retoma aspectos funcionales de la conducta que derivan en una forma concreta para diagnosticar lo normal/anormal. Lo normal se asocia con lo funcional, la adaptación, el equilibrio.

6. **CRITERIO MÉDICO.** Es uno de los más fuertes en la explicación de la normalidad y anormalidad. Considera lo normal como un estado de salud y equipara a la anormalidad con la enfermedad. Se deriva de la biología y pone énfasis en correlatos fisiológicos, la investigación empírica y la observación detallada de la conducta anormal para mejorar los propósitos de diagnóstico.

El criterio que cada persona o profesional (evaluador) tiene sobre la normalidad o anormalidad del comportamiento de otro puede variar y verse influido por variables contaminantes a la hora de establecer una valoración o un diagnóstico sobre la conducta de un sujeto. (47)

Algunas de estas variables contaminantes son:

1. El conflicto entre el evaluador y el sujeto en caso de que exista.
2. La conducta del sujeto y su efecto en el evaluador.
3. Las experiencias vitales del evaluador y su formación académica y personal.
4. Estructura, normativa y funcionamiento de las instituciones implicadas.
5. Omisiones o deficiencias del sistema legal.

Reflexionar y tener en cuenta estas circunstancias nos ayudará a ajustar nuestros criterios de normalidad/ anormalidad y mejorará nuestra capacidad para evaluar correctamente situaciones, comportamientos y trastornos. El marco conceptual de los profesionales de la salud mental está definido por su actuación en el campo de la psique y por su predominio en el manejo de las emociones; comparte un saber común y que se manifiesta de forma relativamente consensuada. Sin embargo, como cualquier grupo social, se organiza en torno a nociones compartidas, incorporando ideologías de su mundo racional que definen consensos que otorgan un sentido coherente a las significaciones normativas, científicas y culturales en su práctica social y profesional.

EL MEDICO FAMILIAR Y LA HOMOSEXUALIDAD.

La familia siempre está en evolución. Eso lo han entendido los sociólogos, los psicólogos, los historiadores, etc, y es algo que el médico de primer nivel de atención, que se diga especialista en familia, debe comprender. Para vivir, reproducirse y reconstituirse, los hombres y las mujeres organizan su vida privada según modalidades diversificadas que dependen en gran parte de las necesidades de la sociedad en la que están.

Durante un prolongado periodo la sociedad estuvo formada por un conjunto de familias que cumplía con la mayoría de las funciones sociales, inclusive las políticas, las religiosas y las económicas. Actualmente, la familia sigue cumpliendo funciones sociales importantes aun cuando con el correr

del tiempo haya delegado funciones en otras instituciones. En todas las culturas la familia se encarga de la socialización primaria de los nuevos miembros, de la satisfacción de las necesidades básicas de sus integrantes.

Una de estas transformaciones es el Pacto Civil de Solidaridad (antecedente de las sociedades de convivencia vigentes en la ciudad de México), adoptado en Francia en 1999. Supone que el estado reconoce otra forma pública de compromiso, diferente del matrimonio, entre un hombre y una mujer, dos hombres o dos mujeres. Se trata de una verdadera revolución: la posibilidad de vida privada entre dos individuos, sean cuales sean su sexo y orientación sexual. Este reconocimiento de la homosexualidad dentro de la vida conyugal significa que la persona no se define primero en función de este elemento de su identidad.

Nadie duda de que la familia siga transformándose, en lo tocante a la filiación; en las relaciones conyugales, ya que la igualdad aún no es un hecho en las relaciones entre padres e hijos. El futuro de la familia está abierto gracias a la capacidad de cambio que ha demostrado en los últimos años de este siglo. Y al igual que la a la familia, la sociedad también genera un cambio en la forma en que se concibe a la medicina, como dice Mc Whinney: “Los profundos cambios ocurridos en la medicina durante los últimos tiempos, sólo pueden comprenderse a fondo si se consideran desde una perspectiva histórica. No existe nada nuevo en estos cambios; la medicina ha estado cambiando constantemente desde sus comienzos. Sólo el ritmo es diferente.”(28)

Precisamente de estos cambios, nace la medicina de familia, resultado de la era de la especialización en donde el ser humano se fragmentaba de acuerdo a las necesidades de los médicos y no de los pacientes, ya que una sola persona era incapaz de abarcar todo el conocimiento médico que se mantenía en constante crecimiento. Por supuesto, el mayor entendimiento de las enfermedades iba en detrimento de la calidad de la atención en salud bajo este sistema. Por lo que se tuvo que crear la medicina familiar como una necesidad para poder realizar una atención integral y humanística que evitara esta fragmentación. De esta forma, la medicina familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales, tanto de comunidades como del Estado. (23)

El médico familiar es el responsable de la atención integral el ser humano, dentro de su contexto familiar y sus interrelaciones con el medio ambiente y la comunidad de la cual forma parte, en otras palabras, de una medicina más humana. Bajo esta premisa, los médicos familiares están comprometidos a otorgar una atención de calidad, mostrando un mayor interés en el paciente ubicándolo dentro de su realidad y respetando sus diferencias. Esto incluye también a la diversidad sexual. Penosamente, no siempre se refleja en la atención cotidiana de personas gays, lesbianas o bisexuales en la consulta médica. En última década se ha observado una reducción significativa de la homofobia en médicos; sin embargo, un porcentaje importante conserva una actitud discriminatoria hacia las personas con orientación sexual homosexual o bisexual. (27)

La discriminación tiene implicaciones para el bienestar de las personas. El acceso *no igualitario* al mercado laboral por discriminación, tiene efectos sobre el ingreso y el bienestar. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, realizada en el año 2005, casi la mitad de los

mexicanos no permitiría que en su casa viviera una persona homosexual siendo uno de los dos grupos que se perciben como más discriminados en el país. Para casi el 100% de los homosexuales en México percibe discriminación en su contra considerándolo su principal motivo de sufrimiento. En cuanto a los derechos, dos de cada tres homosexuales en México sienten que no se les han respetado y el 43% dice haber sido víctima de un acto de discriminación durante el año del estudio. (33)

Los espacios en donde se percibe una mayor discriminación son el trabajo, la escuela, hospitales públicos y en la familia. En la familia, la discriminación se presenta por la obligación a desistir u ocultar su preferencia sexual, y por recibir un trato diferente al resto de los integrantes. Sobre esto último, recientes estudios (Ryan 2009) han relacionado que el rechazo familiar hacia los adolescentes homosexuales los hace más propensos a tener antecedentes de sexo no seguro, uso de drogas ilegales e intentos de suicidio, teniendo repercusiones en su salud mental y física. Los padres trataban de cambiar la identidad sexual de sus hijos, prohibirles pasar tiempo con un amigo homosexual hasta no permitirles tener acceso a información sobre cómo es ser una persona homosexual o bisexual. En algunos casos, los padres no defendían a sus hijos cuando tenían problemas en la escuela, culpando a la víctima de su situación. Entre las conclusiones que surgieron, se sugiere que los proveedores de salud deben buscar señales de problemas hablando con los adolescentes sobre su orientación sexual interviniendo oportunamente. (8) (33)

Las condiciones de salud que prevalecen en los homosexuales deben ser considerados un ámbito de pertinencia para el campo sociomédico debido a que los daños a la salud que muestra esta población obstaculizan el desarrollo de las potencialidades de sus miembros, disminuyendo su integración y participación social, haciéndolos más vulnerables frente a enfermedades que ponen en riesgo su existencia y porque están asociados a inequidades que implican prácticas discriminatorias.

Homosexuales, lesbianas y bisexuales, comparativamente con los heterosexuales, muestran con más frecuencia eventos relacionados con violencia, tales como intimidación, acoso sexual y abuso físico (Williams, 2003). En un estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica (Huebner, 2004) reportó que el 37% de los jóvenes homosexuales y bisexuales habían experimentado ofensas verbales, el 11.2% discriminación y el 4.8% violencia física; las agresiones se asociaron negativamente con la edad y el ocultamiento de la orientación sexual y positivamente con ser seropositivos al VIH. Mientras tanto, en nuestro país, entre 1995 y 2005 se cometieron en México 387 homicidios contra homosexuales, 15 eran mujeres y 372 hombres. Cincuenta y cuatro por ciento de las víctimas murieron acuchilladas, degolladas o estranguladas. El resto padeció torturas, vejaciones, golpes, insultos, mordidas y mutilación. (14) (18)

La discriminación, el estigma y el prejuicio hacia la homosexualidad conforman un contexto estresante y hostil que causa problemas de salud mental en lesbianas, homosexuales y bisexuales (Meyer, 2003). Los homosexuales muestran mayores tasas globales de trastornos mentales que los heterosexuales (Jorm, 2000); específicamente se ha identificado una mayor prevalencia de trastornos depresivos (Perkins, 1994; Cochran, 2003), ansiedad (Perkins, 1994), ataques de pánico (Cochran, 2003) y distress psicológico (Erwin, 1993; Cochran, 2003; King, 2004; Balsam, 2004). Como efecto del estigma se ha encontrado que los homosexuales desarrollan niveles más bajos de autoestima, lo cual se ha asociado a prácticas sexuales de alto riesgo (Preston, 2004). (16)(19)

Al estar inmersos dentro de un contexto social de rechazo hacia los homosexuales, los médicos no pueden evitar aprender estas actitudes, las cuales deben modificarse desde su formación académica. Es de esperar que los estudiantes que presentan altos niveles de homofobia durante los años de formación, persistan sin cambios relevantes durante su vida profesional.

Algunos estudios reportan que la homofobia no afecta el ejercicio profesional de los médicos homosexuales y las médicas lesbianas (Saunders, 2000), sin embargo otros reportes han documentado consecuencias negativas en las relaciones interpersonales entre los médicos (Burke, 2001); por ejemplo, el 23% de los médicos entrevistados en un estudio en Estados Unidos tenían actitudes homofóbicas hacia sus colegas y hacia los pacientes (Mathews, 1986). Aunque se esperaría que este fenómeno hubiese mostrado cambios con el tiempo, en una encuesta realizada a médicos homosexuales en 1994 se encontró que el 34% había experimentado agresiones verbales y ofensas de sus colegas, que el 66% percibían el riesgo de afectar su práctica en caso de que sus colegas descubrieran su orientación sexual y sólo el 12% mencionaba percibir un trato igual dentro de la profesión, además se reportan ostracismo, despido laboral e “invitaciones” a acudir a psicoterapia (Schatz, 1994). (20)(18)

Las actitudes de los médicos hacia la homosexualidad reflejan las actitudes que prevalecen en la sociedad en general (Rose, 1994), aunque el proceso de formación científica de los médicos implica en sí misma la reproducción de valores negativos que “patologizan” la homosexualidad (Granados, 2006). Es necesario fortalecer el conocimiento y las habilidades de los médicos para abordar con destreza temas relacionados con la vida sexual de los pacientes. En un metanálisis, enfocado a conocer la prevalencia y algunas variables asociadas de homofobia en estudiantes de medicina en la década de 1998 al 2007, Campo (2008) encontró resultados significativos de la permanencia de estas actitudes durante la instrucción profesional. Se identificaron seis investigaciones, de diferentes muestras en diferentes países, hallando que entre el 10% y el 25% de los estudiantes existe un alto grado de homofobia. Las variables que se asociaron son las creencias religiosas, el sexo masculino, menos años de edad, poca información sobre temas sexuales, no haber tenido relaciones sexuales, orientación política de derecha, sociedades conservadoras y bajos ingresos económicos. Resaltaron los efectos que tiene la homofobia en medicina en tres niveles:

1. La actitud negativa hacia los homosexuales puede afectar la relación médico paciente y deteriorar la atención que se brinda a este grupo de pacientes.
2. En salud pública, la homofobia es un obstáculo para el control de la extensión de la epidemia por VIH. Ya que existe poca disposición para manifestar abiertamente la orientación sexual y solicitar información para su salud, además, un número importante de médicos no están dispuestos a promover comportamientos sexuales seguros en gays y en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
3. Un efecto negativo en los estudiantes de medicina gays, lesbianas o bisexuales, donde el ambiente académico puede ir de la indiferencia hasta la hostilidad, provocando un problema para el desarrollo integral como profesionales y en la permanencia en la carrera. (9)

En un estudio cualitativo de entrevista profunda realizada en Honduras dirigido a entender los patrones socioconductuales en población de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y su relación con las ITS (infecciones de transmisión sexual), se encontró que en esta población existen

múltiples formas de vulnerabilidad, relacionadas con algunas formas de abordaje hacia parejas sexuales que desembocan en relaciones rápidas, fugaces y ocultas en las que las posibilidades de tomar medidas preventivas se ven seriamente limitadas, entre otras prácticas sexuales de riesgo. Otra dimensión que abarco fue la homofobia que afrontan los HSH y que se manifiesta de diferentes formas, como las dificultades que se dan en el seno familiar al declarar su orientación sexual, el trato que reciben en ciertos establecimientos de salud y los sentimientos que generan ciertos grupos de HSH, aún entre ellos mismos repercutiendo en dificultades de tipo económico y falta de acceso a los servicios de salud. Entre las recomendaciones que surgieron, se sugirió profundizar en la formación de los trabajadores de la salud en aspectos fundamentales de respeto a los derechos de los y las usuarias y a la ética profesional con que se deben desempeñar. Además de realizar esfuerzos sostenidos y consistentes para lograr una mayor calidad de atención que permita mejorar las condiciones de acceso de los HSH y de la población en general para la búsqueda de servicios de salud. (3)

Sin embargo los homosexuales no son los únicos afectados por la homofobia, estigmatiza a todas las personas diferentes, que no se ajustan a los estereotipos de género propios de una sociedad machista. El estigma homofóbico es uno de los obstáculos más serios en las campañas contra el SIDA. Muchos hombres que tienen prácticas sexuales de alto riesgo que sospechan haberse infectado, se niegan a consultar a un médico o a hacerse análisis por temor a ser vistos como homosexuales. (11)

De hecho, Díaz-Loving (1995) en su estudio dirigido a la prevención del contagio por VIH y uso del condón utilizó la Teoría de Acción Razonada para indagar la influencia que tienen las creencias, actitudes y normas hacia la conducta de usar condón, sobre la intención conductual y la realización de la conducta de usar condones. Encuentra que existe una gran diferencia en la conducta sexual al percibir a una persona como pareja ocasional o regular, por lo que existe una necesidad de diversificar el tipo de campañas dirigidas a la reducción de la transmisión de VIH. Las intervenciones que sugiere son las siguientes: (13)

1. Las campañas deberán ser diferenciadas para cada conducta objetivo a la que se hace referencia. No están presentes ni la misma combinación de componentes ni los mismos mecanismos psicosociales en la determinación de la monogamia, que en la abstinencia o en el uso de condón. Para cada conducta particular se espera que las dimensiones actitudinales y la influencia social varíe en forma y contenido; los programas deberán considerar dichas diferencias para lograr efectos realmente contundentes.
2. Las intervenciones tendrían que dirigirse a diferentes dimensiones en cada concepto. Por ejemplo, no es suficiente hacer campañas que indiquen que el condón es un buen protector (dimensión de utilidad), que su uso es placentero (dimensión hedonista), accesible (dimensión situacional) e inteligente (dimensión de racionalidad). Incluso,, otros aspectos como amor y protección hacia la pareja y la familia (dimensión afectiva) también deben ser incorporados, sobretodo en culturas colectivistas (como la nuestra).
3. Producción de intervenciones multo-método que permitan cubrir adecuadamente los distintos niveles y categorías que componen los antecedentes de la conducta; en el caso de niveles más internos, el involucrar a las personas a través de talleres o campañas vivenciales puede resultar de mayor utilidad.

4. Las intervenciones deben ser diferenciadas en consideración al segmento poblacional al que están dirigidas, ya que cada uno tiene una construcción y representación social diferente del fenómeno; dichas intervenciones deben dirigirse tomando en cuenta género, grupo social y tipo de pareja.

El papel del médico de familia es esencial ya que es un punto privilegiado de atención global, counseling y apoyo para estos pacientes. El principal objetivo es disminuir la incidencia de nuevas infecciones por VIH. Además, otros objetivos son: prevención primaria y promoción de la salud, diagnóstico precoz, captación de pacientes infectados, seguimiento y cuidados al paciente terminal. La comunicación del resultado es un punto clave en la relación terapéutica. En conclusión, el médico de familia debe investigar prácticas de riesgo, informar, prevenir nuevos casos y, en la población infectada, seguimiento de la evolución, apoyando y confortando. Y esto último no se podrá cumplir si se ejerce con un estigma inapropiado.

En un estudio realizado para analizar el estigma y la discriminación del VIH en los prestadores de servicios de salud en México se encontró El 75% de los proveedores recibió capacitación relacionada con el VIH/SIDA, pese a lo cual persiste la discriminación debida a clasificaciones en *grupos de riesgo*; la identificación de vivir con el virus, padecer el síndrome y morir; y el desconocimiento de las vías de transmisión. El 23% no compraría comida a una persona que vive con el VIH/SIDA y 16% sugiere prohibir su ingreso a servicios públicos. Respecto a la confidencialidad, 89% opina que debe guardarse y 38% cree que los patrones tienen derecho a conocer la condición de sus empleados. El aislamiento, registro del VIH en expedientes, pruebas obligatorias y demora en procedimientos quirúrgicos de las personas que viven con VIH/SIDA fueron prácticas constantes. La percepción de que los hombres que tienen sexo con otros hombres y las personas que realizan trabajo sexual deciden sus prácticas sexuales establece la división entre *víctimas inocentes* y *culpables* e influye en la estigmatización y discriminación en los servicios. Por lo que se concluyó que el diseño de medidas para disminuir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA exige la inclusión del debate ético sobre los derechos humanos y un enfoque estructural de las condiciones sociales que rebase la noción de *comportamientos de riesgo*. (4)(18)(21)

La Medicina no persigue la felicidad del hombre. Ésa es una cuestión de la que, tradicionalmente, se han ocupado la ética y la religión: saber cuál es la conducta, libremente decidida, que lleva al hombre a su plenitud humana. El médico se ocupa sólo de los aspectos médicos de la vida humana: la salud y la enfermedad. El médico no es un consejero moral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano está inmerso en actitudes tanto positivas como negativas, especialmente con relación al tema de la homosexualidad, éstas se conforman en primer lugar por la educación que se le brinda en el interior de su hogar, seguidas de las que se establezcan y se modifiquen en su círculo de amistades y por último llegándose a consolidar con la educación que se imparte en las instituciones. Las actitudes son percepciones de satisfacciones e insatisfacciones, que una persona manifiesta por cierto grupo de objetos, individuos e ideas tangibles creando así simbolismos sociales. Se consideran como preparaciones mentales o predisposiciones implícitas o no implícitas que se ejercen a través de la influencia general (social) e individual con un patrón repetitivo y jerarquizado. Sin embargo estas predisposiciones no deben ser entendidas como innatas sino aprendidas por el individuo.

En la educación médica, existen muchos problemas en el desarrollo de habilidades y actitudes para la consolidación de la relación médico-paciente. Es erróneo asumir que los médicos poseen la capacidad innata de comunicarse empáticamente con sus pacientes o que la adquirirán en forma espontánea durante su formación médica tradicional.

Esto permite que los médicos familiares puedan tener dificultades para entablar una relación médico-paciente efectiva e incluso afectar los resultados que se esperan obtener en una consulta médica. Más razón aun si se tratan temas polémicos y polarizados como el aborto y la homosexualidad. Pudiendo caer en errores de juicio que en vez de ayudar a los pacientes se les puede lastimar más. *Primero no dañar.*

Es por ello que en este estudio nos enfocamos a encontrar respuesta a una pregunta, ¿cuál es la actitud hacia la homosexualidad en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 28?

JUSTIFICACIÓN.

En el último siglo, nuestro mundo se ha envuelto en una serie de eventos sociales, políticos, culturales y científicos que ha transformado de una forma radical el pensamiento del ser humano. Lo que antes era tabú y prohibido ahora es abierto, tolerado. Tras una larga lucha por el reconocimiento de sus derechos, los homosexuales han logrado cambiar la visión del mundo hacia ellos, desde reconocer a la homosexualidad como una expresión más de la diversidad humana, al mismo nivel de la heterosexualidad, y no como una enfermedad, hasta la apertura de espacios en una sociedad imperantemente homofóbica, y más actual, el reconocimiento social de parejas del mismo sexo en diferentes lugares del mundo.

En la actualidad se cuenta con suficiente información sobre la homosexualidad, desde sus posibles orígenes hasta la funcionalidad bio-psico-social de las personas que comparten esta identidad sexual, hasta el establecimiento de sus diferentes formas de convivencia. También se ha estudiado las repercusiones de las actitudes negativas hacia la homosexualidad en el ámbito social, político, laboral, familiar, etc. Sin embargo la discriminación en la atención médica hacia este sector poblacional ha sido poco estudiado, sólo reflejado en algunos estudios sobre la actitud ante el paciente con VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.

OBJETIVOS.

General.

- Identificar las actitudes hacia la homosexualidad en los residentes de medicina familiar de la UMF 28.

Particulares.

- Conocer la actitud hacia la homosexualidad en residentes de la especialidad de medicina familiar y si esta se modifica de acuerdo al grado cursado.
- Conocer si existen diferencias en las actitudes hacia la homosexualidad entre residentes hombres y mujeres de la especialidad de medicina familiar.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA:

Los médicos residentes de Medicina Familiar tienen una actitud hacia la homosexualidad favorable.

HIPÓTESIS NULA:

Los médicos residentes de Medicina Familiar tienen una actitud desfavorable hacia la homosexualidad.

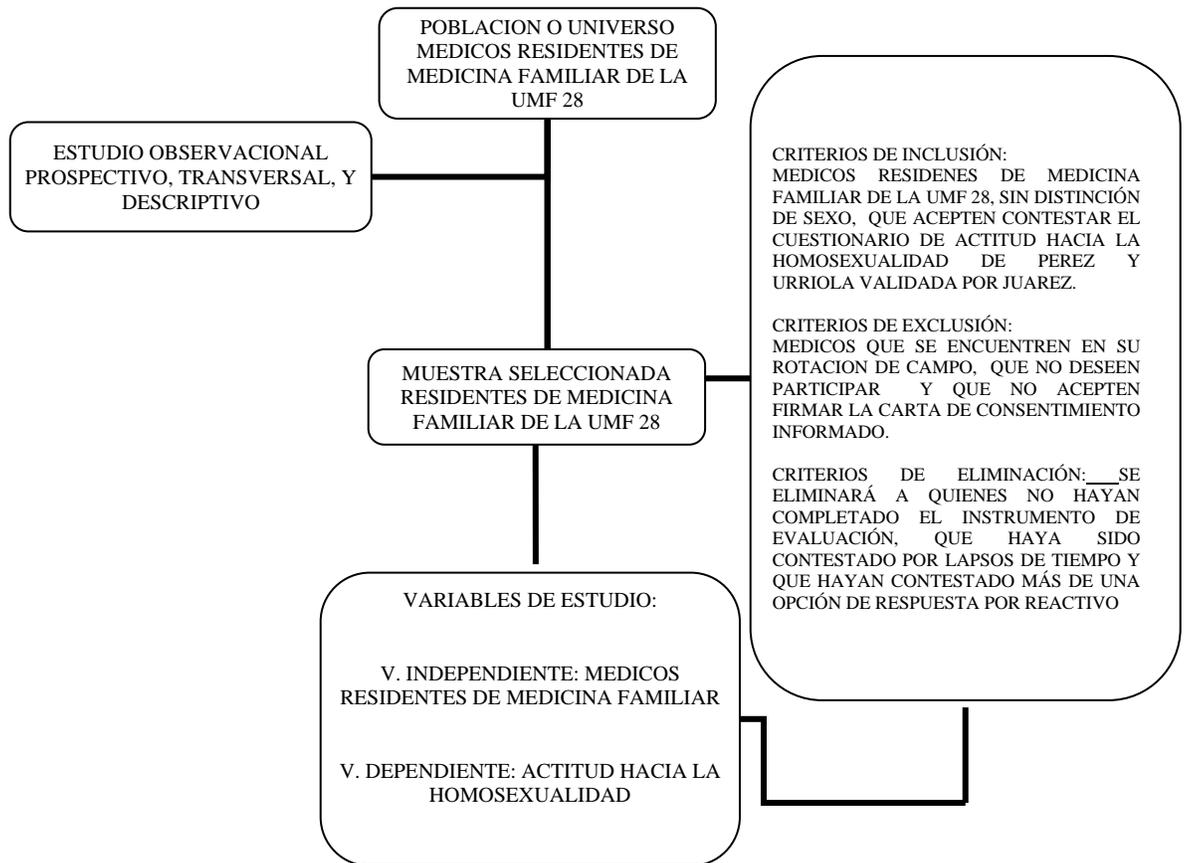
METODOLOGÍA.

Tipo de estudio.

El estudio a realizar según el nivel de intervención es observacional (no experimental) de tipo descriptivo, cualitativo, de corte transversal. Se limita a observar los fenómenos tal y como ocurren, sin intervenir en su desarrollo, llevado a cabo con el único objetivo de describir una o más características, que en este caso es la actitud hacia la homosexualidad, de una población específica (médicos residentes de Medicina Familiar), a través de la medición estructurada de estas variables:

- a) Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**
- b) Según el número de mediciones de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**
- c) Según el control de la variable o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
- d) De acuerdo con la inferencia del investigador en cuanto al fenómeno que se estudia: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



POBLACIÓN.

Población o Universo

El estudio se delimita a una población de tipo urbana compuesta por los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar en sus tres grados: primero, segundo y tercero en ambos sexos, que se encuentren en su sede en el año 2009.

Ubicación temporal y especialidad de la población.

Se realizará en los residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” de la zona sur, delegación 3 del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentren cursando la especialidad en el mes de noviembre del año 2009.

MUESTRA.

La selección de la muestra es del tipo no probabilístico, por conveniencia, considerándose como la población a analizar únicamente a los residentes de Medicina Familiar de la UMF 28. Los resultados que se obtengan no podrán generalizarse más allá de los individuos que componen la muestra, al igual que las conclusiones.

Criterios de inclusión.

Se incluyen en el estudio a los médicos residentes que se encuentren realizando la especialidad de Medicina Familiar y que tengan como sede la Unidad de Medicina Familiar N 28 “Gabriel Mancera”, delegación 3 del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el momento del estudio, sin distinción de sexo, sin distinción de grado.

Criterios de exclusión.

Se excluirá a los médicos residentes de tercer año que se encuentren realizando su rotación de servicio social del programa IMSS Oportunidades, los médicos residentes que se encuentren realizando una especialidad diferente y/o que no pertenezcan a la sede de aplicación, y a aquellos que se nieguen a participar por razones personales.

Criterios de eliminación.

Se eliminará a quienes no hayan completado el instrumento de evaluación, que haya sido contestado por lapsos de tiempo y que hayan contestado más de una opción de respuesta por reactivo.

TIPOS DE VARIABLES

SEGÚN SU USO METODOLÓGICO

Variable Independiente. Médicos residentes de Medicina Familiar

Variable Dependiente. Actitud hacia la homosexualidad

Otras Variables: Edad, sexo y grado académico.

SEGÚN SU USO ESTADÍSTICO O DE MEDICIÓN.

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
1. MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	Medico residente de Medicina Familiar
2. ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD	Cualitativo	Nominal	Promedio
3. SEXO	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
4. EDAD	Cuantitativa	Discreta	Edad en años
5. GRADO	Cualitativa	Ordinal	Primero Segundo Tercero

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Definición de Variables.

1. MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Médico general que se encuentra realizando estudios de especialización en Medicina Familiar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Médico general que se encuentra realizando estudios de especialización en Medicina Familiar que pertenezca al Hospital General de Zona con Medicina Familiar numero 8 “Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS..

2. ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Son creencias, concepciones, y prejuicios que tienen carácter evaluativo que expresan afinidad o aversión hacia la homosexualidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Es el puntaje promedio obtenido del Instrumento de actitudes hacia la homosexualidad de Pérez y Uriola (1985), validada por Juárez (2003) en sus cinco componentes que los conforman: indicador moral, indicador legal indicador social, relación interpersonal y de normalidad, en una escala que va de 30 (actitud desfavorable) a 150 (actitud favorable) con una media de 75 puntos.

2.1. INDICADOR MORAL.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Acto mental que afirma o niega el valor moral ante una situación determinada o un comportamiento.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Es el puntaje promedio obtenido del Instrumento de actitudes hacia la homosexualidad en el componente moral que contempla 6 reactivos en una escala de 6 (actitud desfavorable) a 30 (actitud favorable) con una media de 18 puntos.

2.2. INDICADOR LEGAL.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Es el conjunto de valores y percepciones que las personas presentan hacia las leyes de la convivencia entre los individuos que integran una sociedad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Es el puntaje promedio obtenido del Instrumento de actitudes hacia la homosexualidad en el componente legal que contempla 8 reactivos en una escala de 8 (actitud desfavorable) a 40 (actitud favorable) con una media de 20 puntos.

2.3. INDICADOR SOCIAL.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Es el conjunto de pensamientos, sentimientos y conductas de las personas individuales, influido por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas de su entorno social.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Es el puntaje promedio obtenido del Instrumento de actitudes hacia la homosexualidad en el componente social que contempla 7 reactivos en una escala de 7 (actitud desfavorable) a 35 (actitud favorable) con una media de 21 puntos.

2.4. INDICADOR RELACIÓN INTERPERSONAL.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Son las principales formas o actitudes del ser humano para establecer contactos profundos o superficiales entre las personas durante la realización de cualquier actividad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Es el puntaje promedio obtenido del Instrumento de actitudes hacia la homosexualidad en el componente interpersonal que contempla 5 reactivos en una escala de 5 (actitud desfavorable) a 25 (actitud favorable) con una media de 15 puntos.

2.5. INDICADOR NORMALIDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Percepción del estado de salud mental positivo, de funcionamiento individual y social efectivo, y no solo la ausencia de enfermedad mental.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Es el puntaje promedio obtenido del Instrumento de actitudes hacia la homosexualidad en el componente de normalidad que contempla 4 reactivos en una escala de (actitud desfavorable) a 20 (actitud favorable) con una media de 12 puntos.

3. SEXO.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Diferencia física y consecutiva del hombre y la mujer.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Masculino, femenino.

4. EDAD.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Por número de años cumplidos.

5. GRADO ACADÉMICO.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Año cursado de residencia de la especialidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Año cursado de la residencia de la especialidad de Medicina Familiar que va desde primer, segundo o tercer año.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

INSTRUMENTO.

Se utilizará la escala de Pérez y Urriola (1985) y validada por Juárez (2003) para la medición de las actitudes hacia la homosexualidad. El cuestionario consta de una serie de 30 reactivos con una escala tipo Likert con 5 alternativas de respuesta y de puntaje: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, siendo el puntaje de 1 a 5 por opción de respuesta de acuerdo a la dirección de la afirmación. El escalonamiento tipo Likert es uno de los métodos más adecuados para la medición de variables que constituyen de actitudes, pudiendo determinar su dirección (positiva o negativa) y su intensidad (alta o baja). El cuestionario comprende las siguientes dimensiones:

INDICADOR DE TIPO MORAL. Como se aprecia la conducta homosexual medida de acuerdo con las normas acerca de lo bueno y lo malo aceptadas por el grupo social. Los reactivos 5, 8, 11, 25, 27 y 29 pertenecen a esta categoría. Los reactivos 5, 8, 27 y 29 son positivos (favorables) y los reactivos 11, 25 son negativos. La puntuación mínima posible es 6 y la máxima es de 30.

INDICADOR LEGAL. Basado en las normas, reglas y leyes impuestas por la sociedad. Los reactivos 4, 7, 16, 17, 18, 26, 28 y 30 pertenecen a este indicador. Los reactivos 16, 17, 26 son positivos (favorables) y los reactivos 4, 7, 18, 28 y 30 son negativos. La puntuación mínima posible es 8 y la máxima es de 40.

INDICADOR DEL ASPECTO SOCIAL. La inserción o no del homosexual a un grupo en el cual viva una relación mutua y de cooperación. Los reactivos 6, 10, 15, 20, 22, 23 y 24 pertenecen a esta dimensión. Los reactivos 6, 10, 15, 20, 22 y 24 son positivos (favorables) y el reactivo 23 es negativo. La puntuación mínima posible es 7 y la máxima es de 35.

RELACIONES INTERPERSONALES. Entendida como la capacidad de relacionarse con otra persona, sin importar su orientación sexual, Los reactivos 1, 3, 9, 14 y 19 pertenecen a esta categoría. Los reactivos 1, 3, 9 son positivos (favorables) y los reactivos 14 y 19 son negativos. La puntuación mínima posible es 5 y la máxima es de 25.

COMO CONCEPTO DE NORMALIDAD-ANORMALIDAD. Tomando lo normal como lo socialmente aceptado y lo anormal como lo que se encuentra fuera de las normas impuestas por la sociedad. Los reactivos que pertenecen a esta categoría son el 2, 12, 21 y 13. Los reactivos 12, 13 son positivos (favorables) y los reactivos 2 y 21 son negativos. La puntuación mínima posible es 4 y la máxima es de 20.

Para la validación del instrumento, los reactivos se sometieron a una t de Student para saber que reactivos habían discriminado, y posteriormente a un análisis factorial con rotación varimax para validar el constructo; para obtener la confiabilidad, se utilizó el procedimiento de Alfa de Cronbach que se usa para una prueba o escala con respuestas múltiples, con una puntuación alcanzada de 0.96412.

En el instrumento cuenta con una sección para la recolección de los datos demográficos con la finalidad de enriquecer los resultados. En la parte de anexos se puede encontrar el instrumento ya terminado.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la aplicación del instrumento a los médicos residentes por grado académico en el auditorio de la Unidad de Medicina Familiar numero 28 con una separación de 3 asientos entre cada persona, se les pidió que contestaran el cuestionario en forma individual y una breve explicación de la forma de contestarlo marcando solo una opción como respuesta. Se dio un tiempo límite de 20 minutos para la realización del instrumento de actitud hacia la homosexualidad y para el llenado de los datos de identificación.

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS versión 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y valor máximo), promedio, frecuencias y porcentaje.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Los reactivos no requerían de ayuda de otras personas para su contestación. No se mencionó lo que se obtendría como resultado al inicio de la aplicación del instrumento. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. Se informó que no se encontraban obligados de responder al instrumento, y autorizar por consentimiento informado su participación en el estudio. El examinador no discutió ninguna pregunta con el encuestado, explicando que debería ser él quien debería buscar sus percepciones u opiniones. Si el encuestado preguntaba el significado de una palabra, si era posible se le daba la definición del cuestionario. El examinador revisó cada prueba, para asegurarse de que sólo una de las respuestas alternativas había sido señalada para cada pregunta.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para la realización de este proyecto el residente de Medicina Familiar cumplió las funciones de investigador, recolector y analista de los datos. Mientras que se capacito a una persona para la aplicación del instrumento. Además hubo la participación en cuanto a orientación de la realización de la investigación del asesor clínico. Para la realización de esta investigación se utilizó equipo de computo y consumibles para diseñar la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el instrumento de actitud hacia la homosexualidad, lápices, borradores. Los gastos en general fueron absorbidos por el residente de Medicina Familiar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio obedece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki de 1964), por lo cual se le solicitó a cada individuo que participó de forma voluntaria en la investigación firmaran una carta de consentimiento informado. Además el estudio cumple con los reglamentos institucionales de acuerdo al manual de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

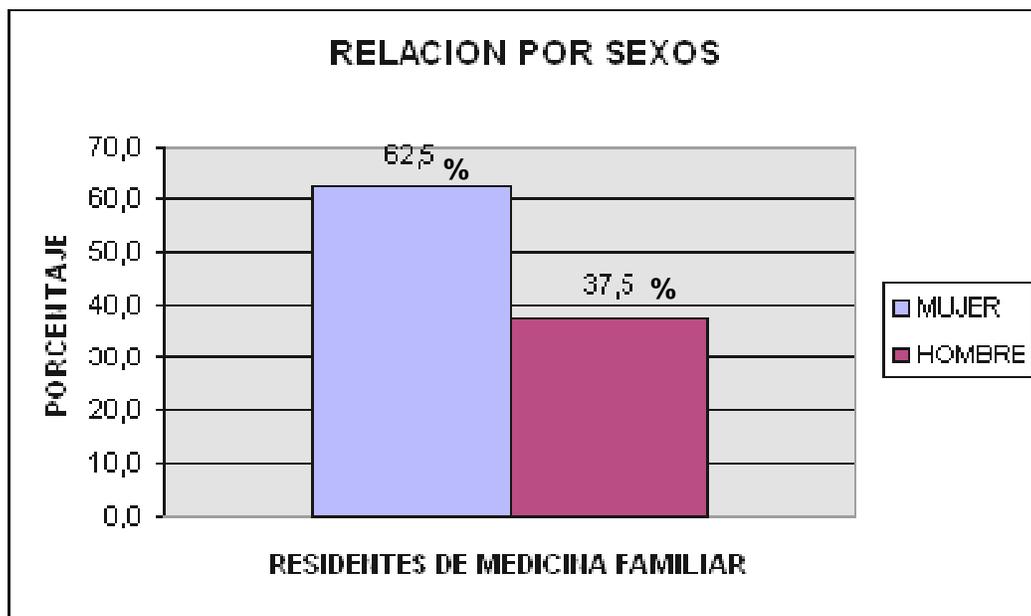
De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, expedida por la Secretaría de Salud en el año 1987 en su título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1; se considera investigación sin riesgo, ya que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental observacional en el que no se realizó ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

RESULTADOS

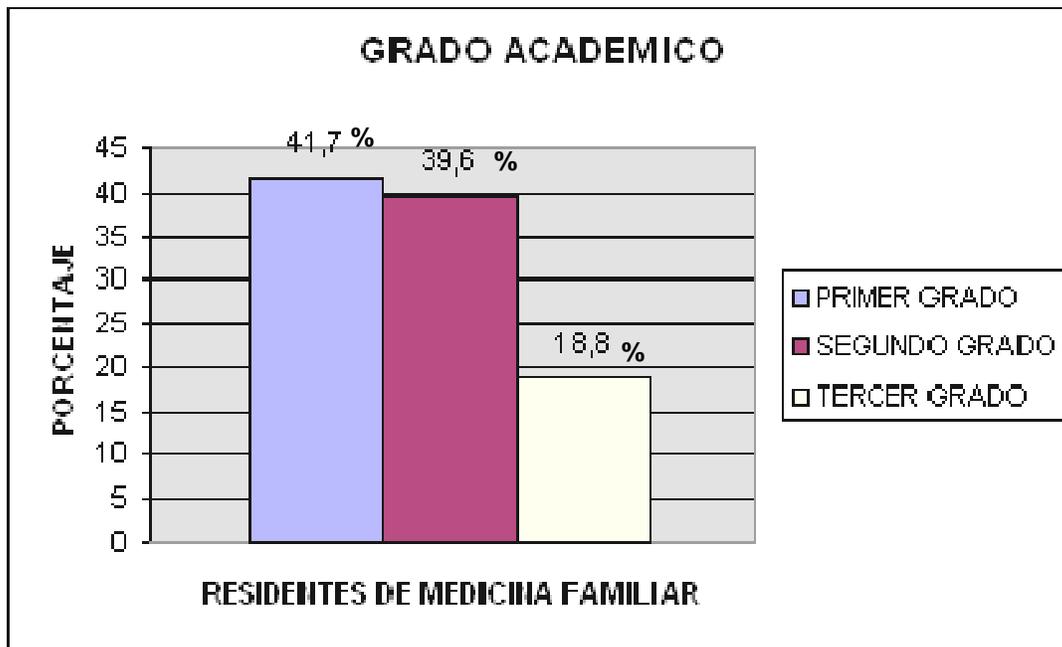
- Se estudio 48 médicos residentes de Medicina Familiar asignados a la Unidad de Medicina Familiar N.28, observando un predominio de 30 (62.5%) mujeres y en menor cantidad, 18 (37.5%) hombres de la población total de estudio.
- La media de edad registrada es de 28.10 años, con un valor mínimo de 25 años y máximo de 34 años, con desviación estándar de 2.25 años
- En cuanto al grado académico se encontró en primer grado 20 (41.7%) residentes, en segundo grado 19 (39.6%) y en menor frecuencia, 9 (18.8%) médicos residentes del tercer grado de Medicina Familiar.
- La actitud hacia la homosexualidad en general encontrada en los médicos residentes fue de 1 (2.1%) actitud desfavorable, 20 (41.7%) indiferentes, 26 (54.2%) favorables y 1 (2.1%) actitud positiva
- En el análisis por componentes, en el indicador de tipo moral se encontraron actitudes desfavorable 1 (2.1%), indiferentes 23 (47.9%), favorables 22 (45.8%) y positivas 2 (4.2%). En el indicador de tipo legal se observa actitudes indiferentes 11 (22.9%), favorables 28 (58.3%) y positivas 9 (18.8%). En el indicador social se hallaron 6 (12.5%) desfavorables, 26 (54.2%) indiferentes, 15 (31.3%) favorables y 1 (2.1%) positiva.
- En el componente de relaciones interpersonales las actitudes encontradas fueron 1 (2.1%) desfavorable, 17 (35.4%) indiferentes, 21 (43.8%) favorable y 9 (18.8%) positivas. En cuanto al incitador como concepto de normalidad-anormalidad los resultados fueron 1 (2.1%) negativa, 8 (16.7%) desfavorables, 14 (29.2%) indiferentes, 21 (43.8%) favorables y 4 (8.3%) positivas.
- Se encontró que la distribución de actitud hacia la homosexualidad por grado académico revela los siguientes datos: Primer grado con indiferente 8 (16.7%) y favorable 12 (25%); Segundo grado con desfavorable 1 (2.1%), indiferente 7 (14.6%), favorable 10 (20.8%) positiva 1 (2.1%); Tercer grado con indiferente 5 (10.4%) y favorable 4 (8.3%).
- En el análisis por componentes se obtuvo en el indicador de tipo moral por grado académico los siguientes datos: Primer grado con indiferente 10 (20.8%) y favorable 10 (20.8%); Segundo grado con desfavorable 1 (2.1%), indiferente 10 (20.8%), favorable 6 (12.5%) positiva 2 (4.2%); Tercer grado con indiferente 3 (6.3%) y favorable 6 (12.5%).
- En el componente de tipo legal por grado académico se observo en el primer grado con 3 (6.3%) indiferentes, 15 (31.3%) favorable y 2 (4.2%) positivas. En el segundo grado con frecuencia de 4 (8.3%) indiferentes, 10 (20.8%) favorables y 5 (10.4%) positivas. En el tercer grado 4 (8.3%) indiferentes, 3 (6.3%) favorables y 2 (4.2%) positivas.

- En el indicador de tipo social por grado académico en el primer grado se encontró con 3 (6.3%) desfavorables, 12 (25%) indiferentes, 4 (8.3%) favorables y 1 (2.1%) positiva. En el segundo grado se hallaron 2 (4.2%) desfavorables, 8 (16.7%) indiferentes, 9 (18.8%) favorables y ninguna positiva. En el tercer grado con una (2.1%) desfavorable, 6 (12.5%) indiferentes y 2 (4.2%) favorables.
- Para el componente de relación interpersonal por grado académico, en el primer grado se encontró que la frecuencia mayoritaria era de actitud favorable de 9 (18.8%), seguido por positiva de 6 (12.5%) e indiferente con 5 (10.4%). En el segundo grado la mayor frecuencia fue de 5 (10.4%) para indiferente, 3 (6.3%) para favorable y 1 (2.1%) positiva. En el caso de concepto de normalidad por grado, se obtuvo en primer grado con 10 (20.8%) actitudes favorables, 6 (12.5%) indiferentes, 3 (6.3%) favorables y 1 (2.1%) positiva. En el segundo grado con 8 (16.7%) favorable, 5 (10.4%) indiferentes, y en igual frecuencia positiva y desfavorable con 3 (6.3%). En el tercer grado con 3 (6.3%) para favorable e indiferente, 2 (4.2%) desfavorables y 1 (2.1%) negativa.
- En cuanto a la relación de actitud hacia la homosexualidad con sexos, los resultados obtenidos fueron los siguientes: las mujeres se encontraron con 17 (35.4%) actitudes favorables, 12 (25%) indecisos y 1 (2.1%) positiva. En los hombres, 9 (18.8%) favorables, 8 (16.7%) indecisos, y 1 (2.1%) desfavorable.
- En cuanto a los componentes de la actitud hacia la homosexualidad, la relación de sexo con indicador moral mostró que en mujeres 16 (33.3%) son indiferentes, 13 (27.1%) favorables, y 1 (2.1%) positiva; en cuanto a los hombres, 9 (18.8%) fueron favorables, 7 (14.6%) indiferentes, 1 (2.1%) negativo al igual que en positivo. En el indicador legal con las mujeres se encontraron 17 (35.4%) favorables, 7 (14.6%) y 6 (12.5%) indiferentes. En hombres, 11 (22.9%) son favorables, 5 (10.4%) indiferentes, y 2 (4.2%) positivos. En el indicador social en el caso de las mujeres, 17 (35.4%) son indiferentes, 10 (20.8%) favorables, 2 (4.2%) desfavorables y 1 (2.1%) positiva; en los hombres 9 (18.8%) son indiferentes, 5 (10.4%) favorables y 4 (8.3%) desfavorables.
- En el indicador de relación interpersonal con mujeres, los resultados fueron 12 (25%) favorables, 11 (22.9%) indecisas y 7 (14.6%) positivas; en hombres 9 (18.8%) favorables, 6 (12.5%) indecisos, 2 (4.2%) positivas y 1 (2.1%) desfavorable. En el caso del indicador de normalidad, las mujeres resultaron con 13 (27.1%) favorables, 11 (22.9%) indiferentes, 3 (6.3%) positivas, 2 (4.2%) desfavorables y 1 (2.1%) negativa. En los hombres, 8 (16.7%) con actitud favorable, 6 (12.5%) desfavorables y 1 (6.3%) positiva.

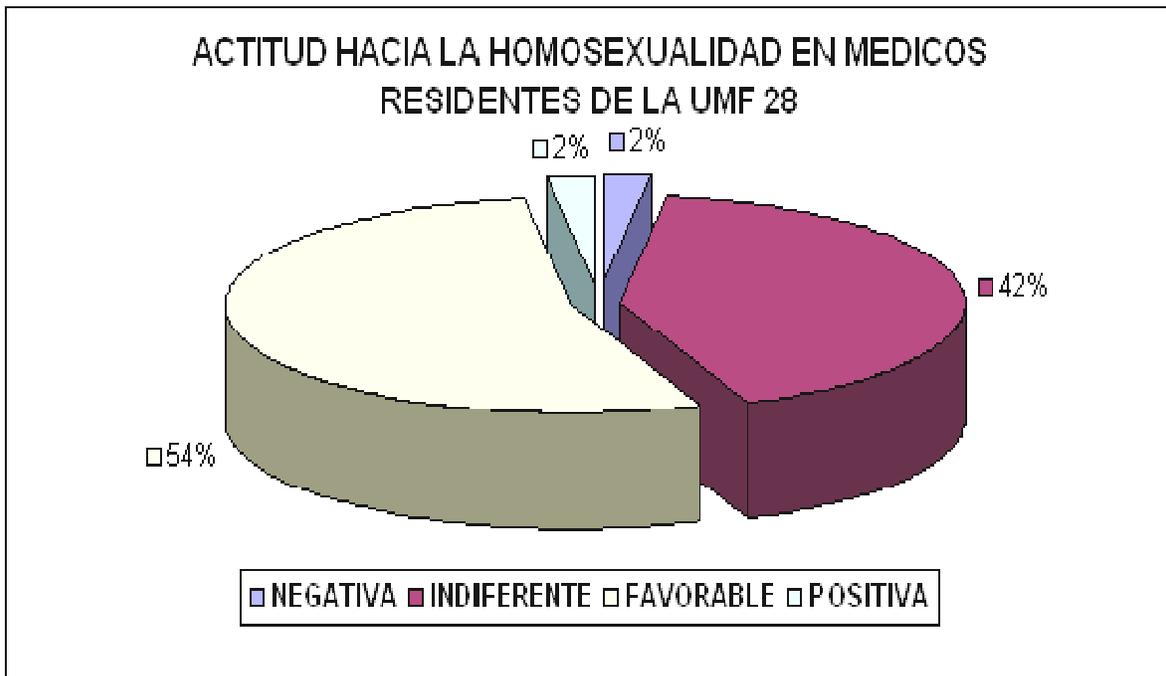
SEXO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
MUJER	30	62,5
HOMBRE	18	37,5
Total	48	100,0



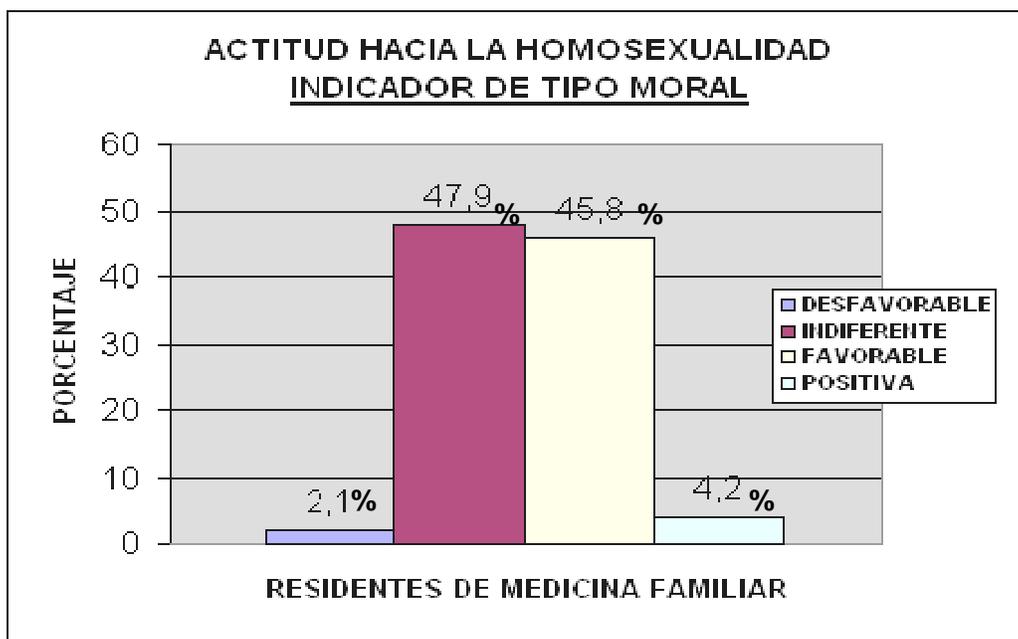
GRADO ACADEMICO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
PRIMER GRADO	20	41,7
SEGUNDO GRADO	19	39,6
TERCER GRADO	9	18,8
Total	48	100,0



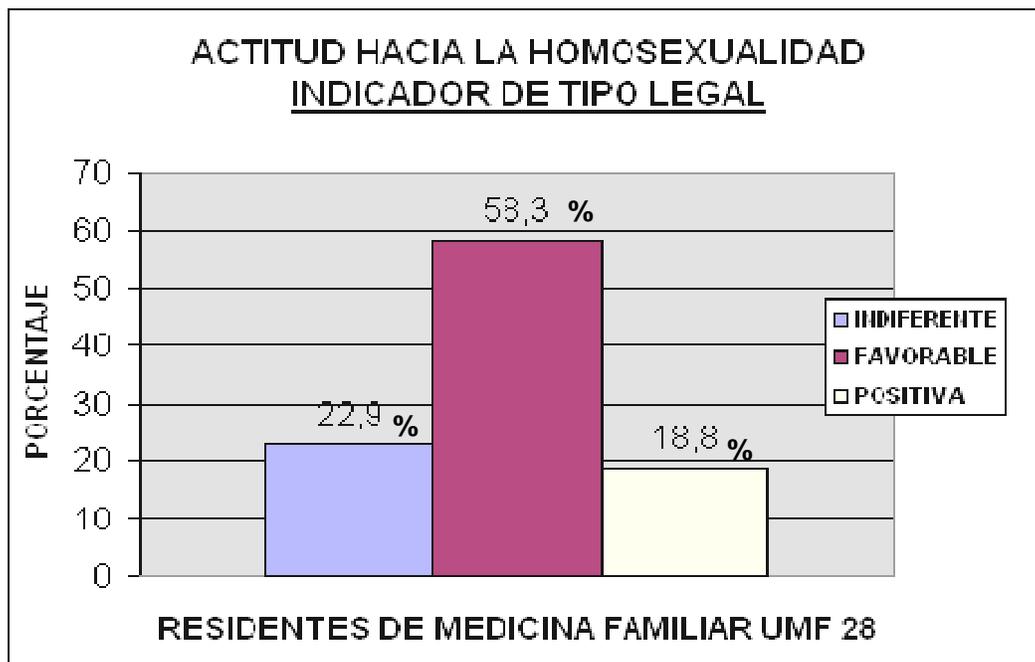
ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje válido
DESFAVORABLE	1	2,1
INDIFERENTE	20	41,7
FAVORABLE	26	54,2
POSITIVA	1	2,1
Total	48	100,0



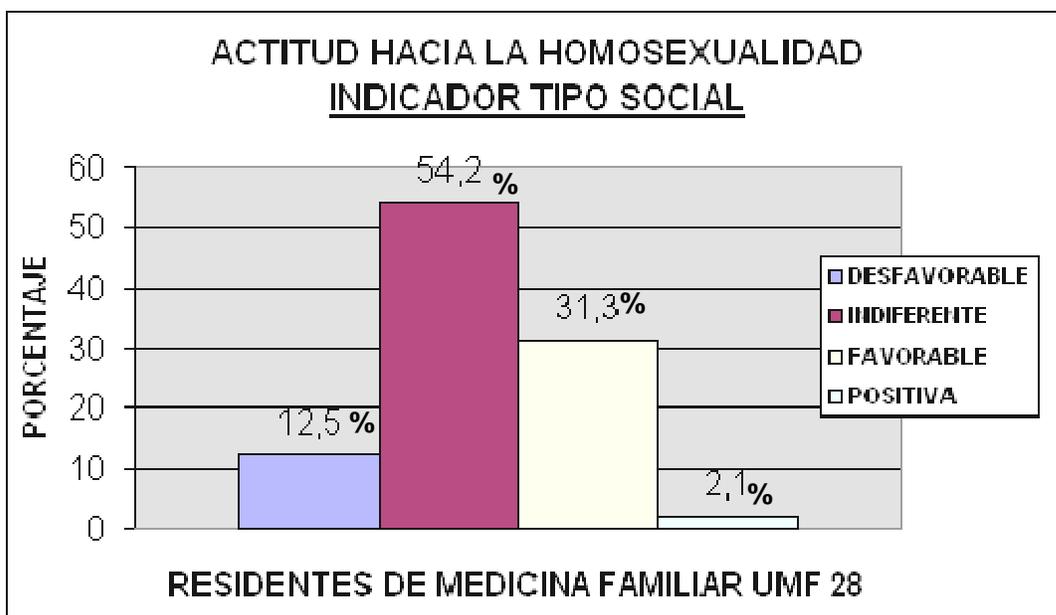
INDICADOR MORAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
DESFAVORABLE	1	2,1
INDIFERENTE	23	47,9
FAVORABLE	22	45,8
POSITIVA	2	4,2
Total	48	100,0



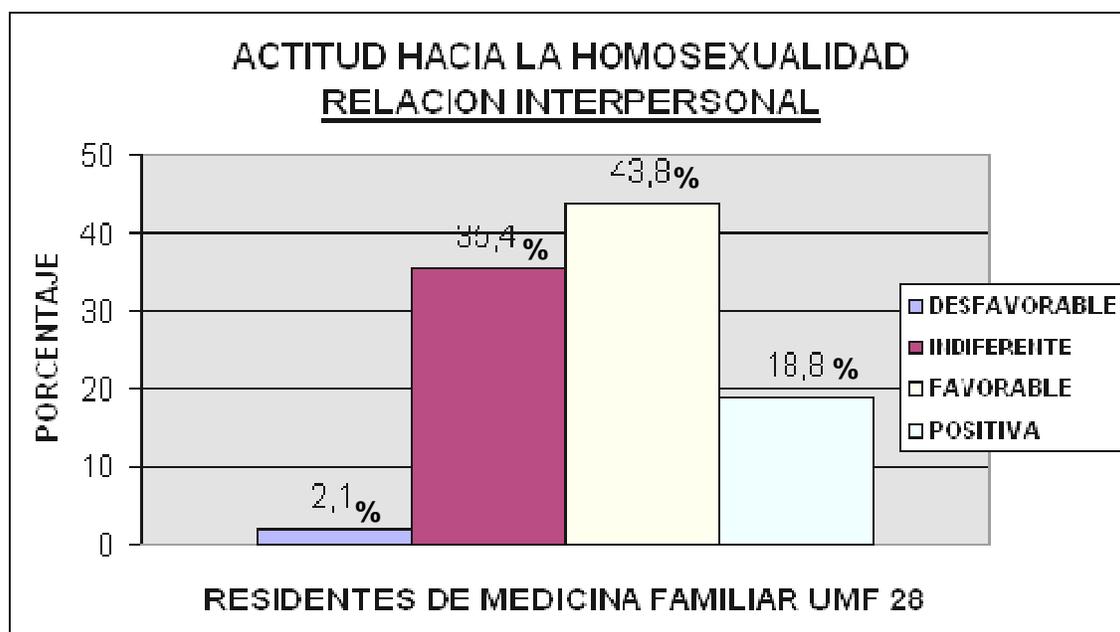
INDICADOR LEGAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
INDIFERENTE	11	22,9
FAVORABLE	28	58,3
POSITIVA	9	18,8
Total	48	100,0



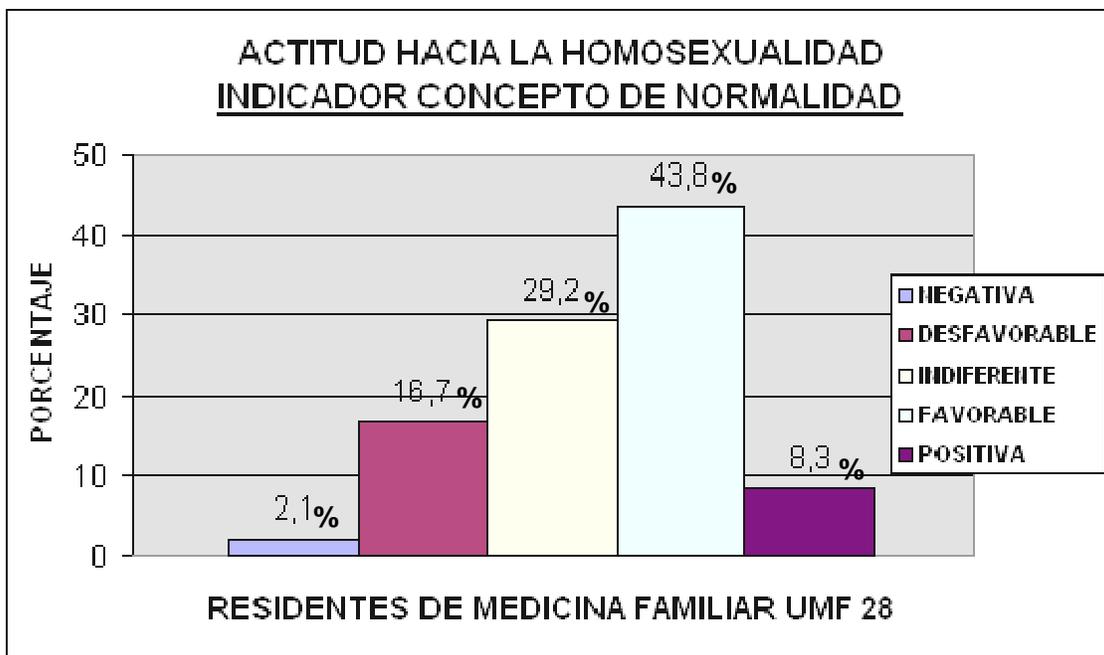
INDICADOR SOCIAL		
	Frecuencia	Porcentaje válido
DESFAVORABLE	6	12,5
INDIFERENTE	26	54,2
FAVORABLE	15	31,3
POSITIVA	1	2,1
Total	48	100,0



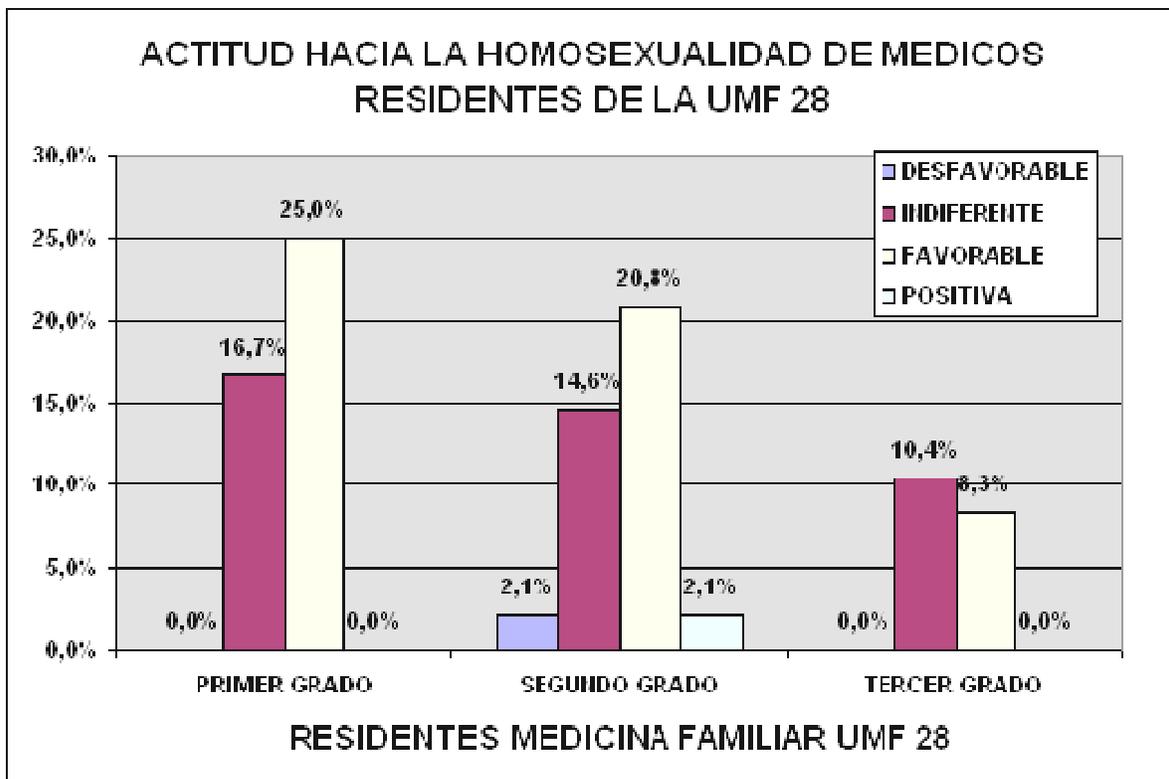
INDICADOR INTERPERSONAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
DESFAVORABLE	1	2,1
INDIFERENTE	17	35,4
FAVORABLE	21	43,8
POSITIVA	9	18,8
Total	48	100,0



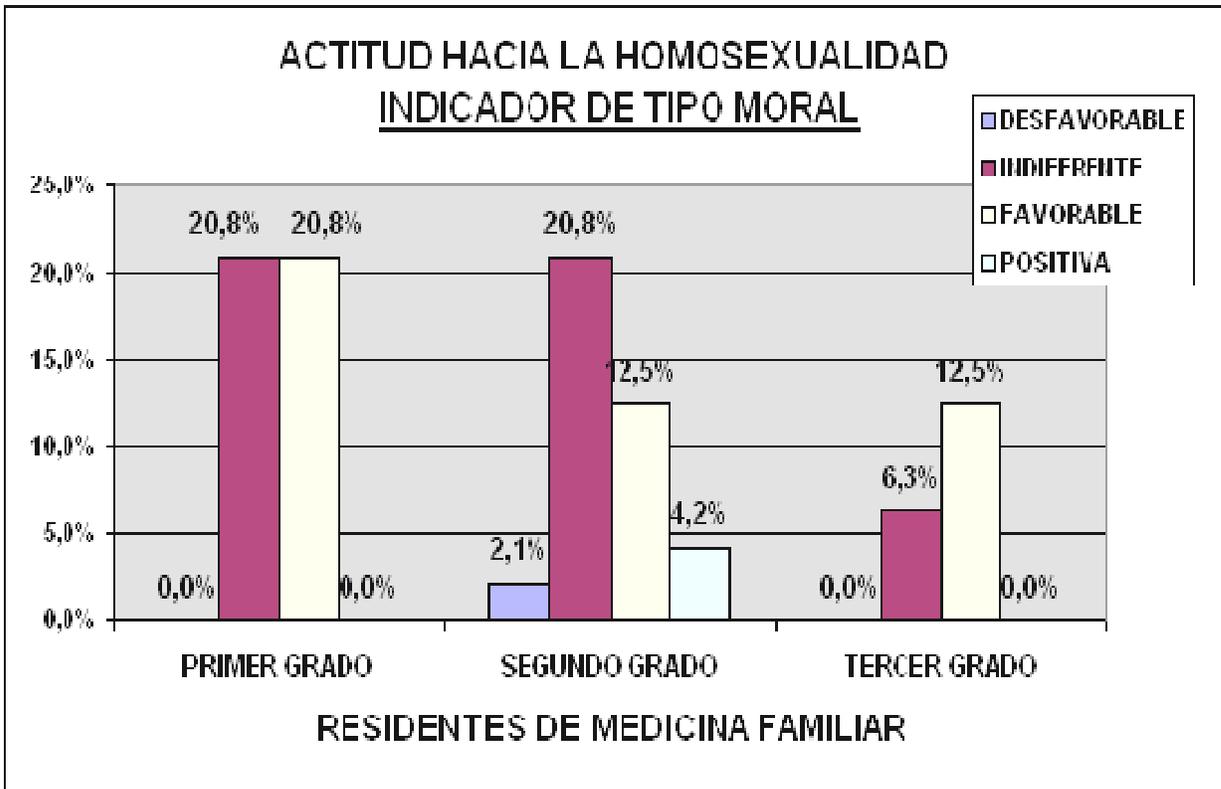
INDICADOR NORMALIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje válido
NEGATIVA	1	2,1
DESFAVORABLE	8	16,7
INDIFERENTE	14	29,2
FAVORABLE	21	43,8
POSITIVA	4	8,3
Total	48	100,0



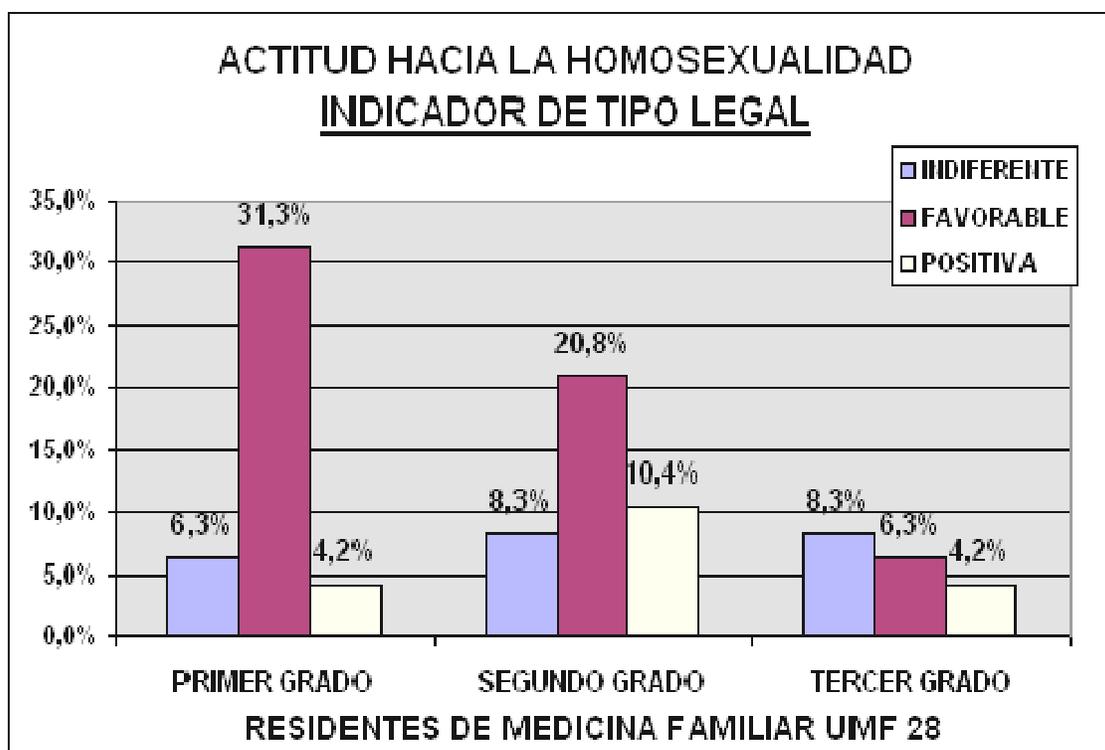
GRADO ACADÉMICO		ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD				Total
		DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA	
PRIMER GRADO	FRECUENCIA	0	8	12	0	20
	PORCENTAJE	,0%	16,7%	25,0%	,0%	41,7%
SEGUNDO GRADO	FRECUENCIA	1	7	10	1	19
	PORCENTAJE	2,1%	14,6%	20,8%	2,1%	39,6%
TERCER GRADO	FRECUENCIA	0	5	4	0	9
	PORCENTAJE	,0%	10,4%	8,3%	,0%	18,8%
Total	FRECUENCIA	1	20	26	1	48
	PORCENTAJE	2,1%	41,7%	54,2%	2,1%	100,0%



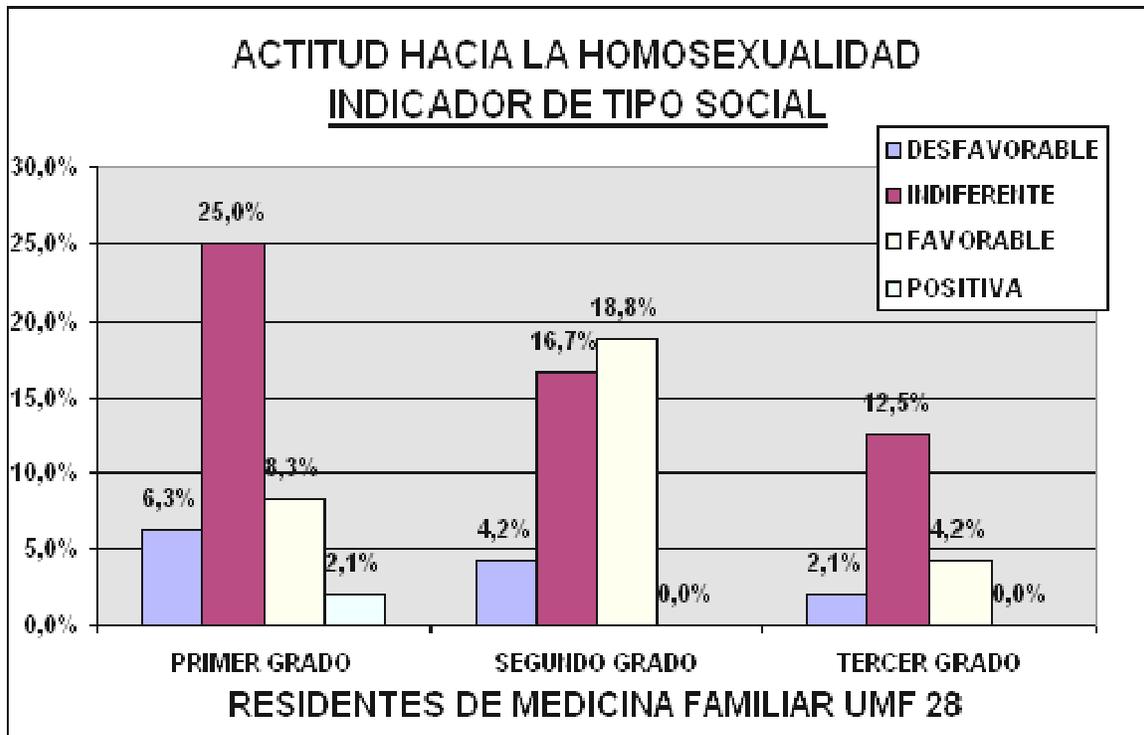
GRADO ACADÉMICO		INDICADOR MORAL				Total
		DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA	
PRIMER GRADO	FRECUENCIA	0	10	10	0	20
	PORCENTAJE	,0%	20,8%	20,8%	,0%	41,7%
SEGUNDO GRADO	FRECUENCIA	1	10	6	2	19
	PORCENTAJE	2,1%	20,8%	12,5%	4,2%	39,6%
TERCER GRADO	FRECUENCIA	0	3	6	0	9
	PORCENTAJE	,0%	6,3%	12,5%	,0%	18,8%
TOTAL	FRECUENCIA	1	23	22	2	48
	PORCENTAJE	2,1%	47,9%	45,8%	4,2%	100,0%



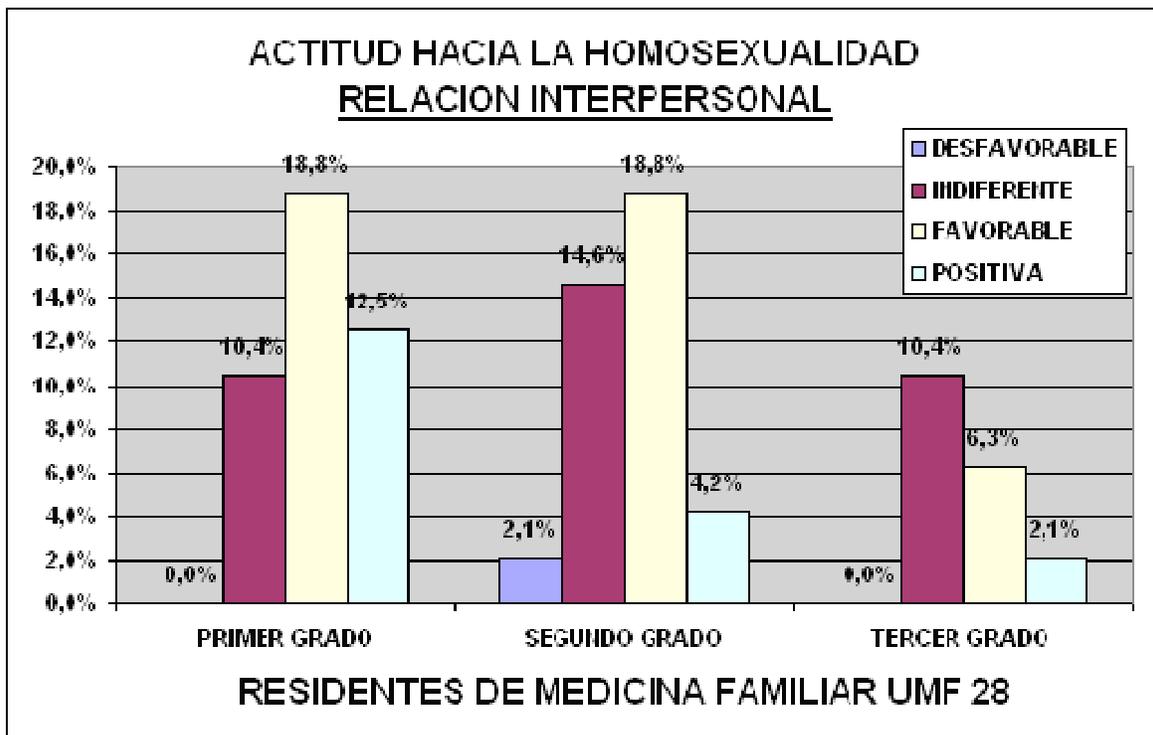
GRADO ACADÉMICO		INDICADOR LEGAL			Total
		INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA	
PRIMER GRADO	FRECUENCIA	3	15	2	20
	PORCENTAJE	6,3%	31,3%	4,2%	41,7%
SEGUNDO GRADO	FRECUENCIA	4	10	5	19
	PORCENTAJE	8,3%	20,8%	10,4%	39,6%
TERCER GRADO	FRECUENCIA	4	3	2	9
	PORCENTAJE	8,3%	6,3%	4,2%	18,8%
Total	FRECUENCIA	11	28	9	48
	PORCENTAJE	22,9%	58,3%	18,8%	100,0%



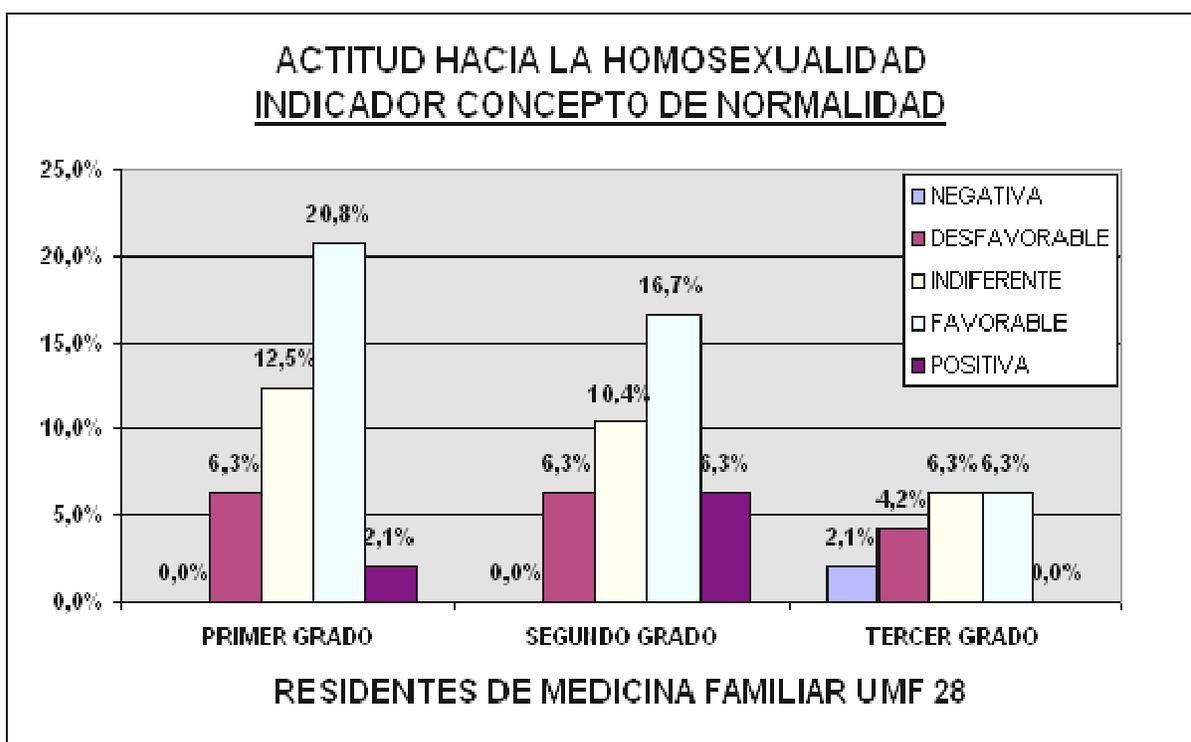
GRADO ACADEMICO		INDICADOR SOCIAL				Total
		DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA	
PRIMER GRADO	FRECUENCIA	3	12	4	1	20
	PORCENTAJE	6,3%	25,0%	8,3%	2,1%	41,7%
SEGUNDO GRADO	FRECUENCIA	2	8	9	0	19
	PORCENTAJE	4,2%	16,7%	18,8%	,0%	39,6%
TERCER GRADO	FRECUENCIA	1	6	2	0	9
	PORCENTAJE	2,1%	12,5%	4,2%	,0%	18,8%
Total	FRECUENCIA	6	26	15	1	48
	PORCENTAJE	12,5%	54,2%	31,3%	2,1%	100,0%



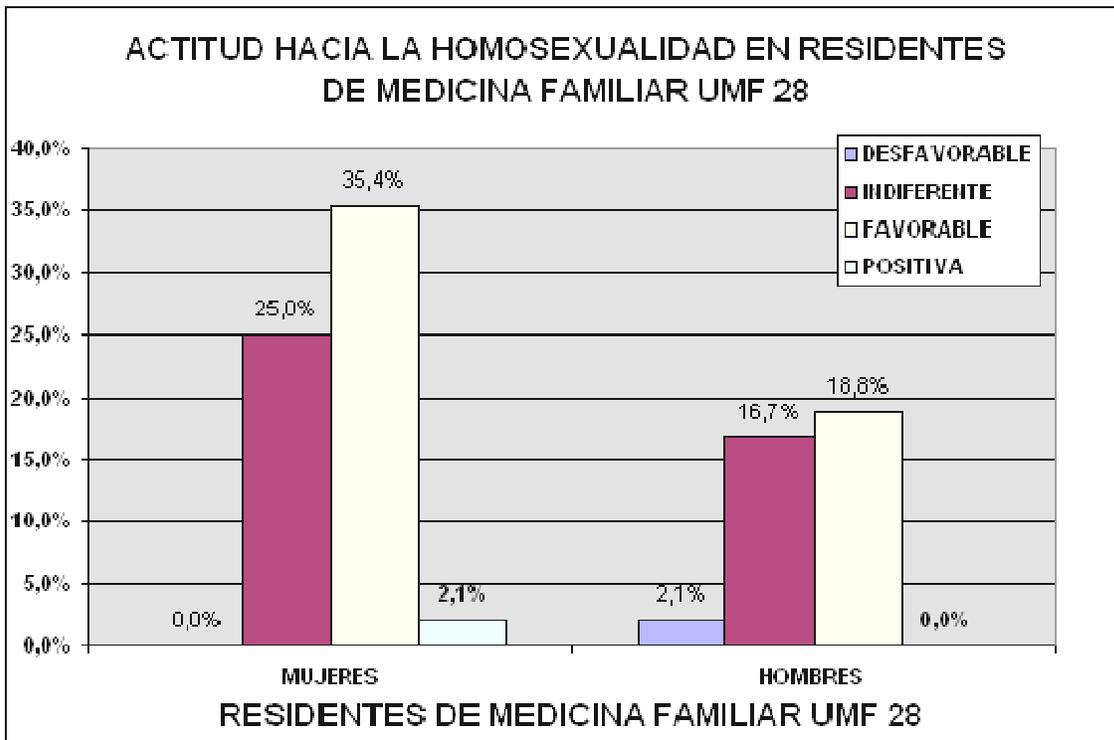
GRADO ACADÉMICO		INDICADOR INTERPERSONAL				Total
		DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA	
PRIMER GRADO	FRECUENCIA	0	5	9	6	20
	PORCENTAJE	,0%	10,4%	18,8%	12,5%	41,7%
SEGUNDO GRADO	FRECUENCIA	1	7	9	2	19
	PORCENTAJE	2,1%	14,6%	18,8%	4,2%	39,6%
TERCER GRADO	FRECUENCIA	0	5	3	1	9
	PORCENTAJE	,0%	10,4%	6,3%	2,1%	18,8%
Total	FRECUENCIA	1	17	21	9	48
	PORCENTAJE	2,1%	35,4%	43,8%	18,8%	100,0%



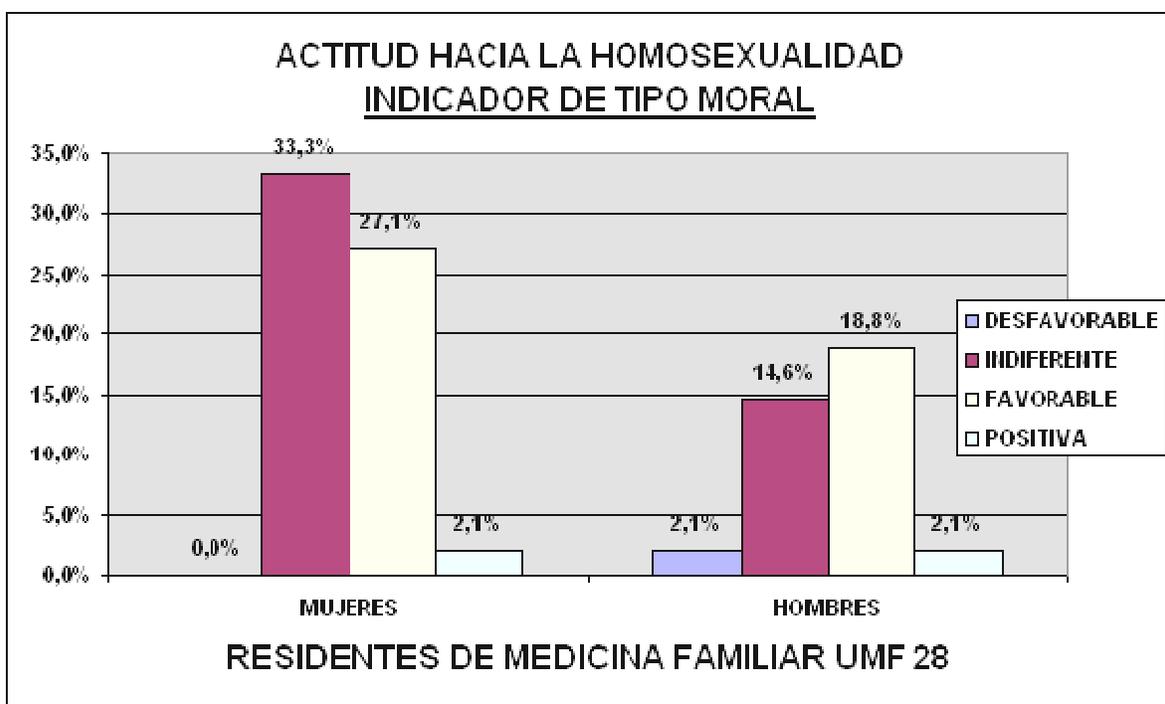
GRADO ACADÉMICO		INDICADOR NORMALIDAD					Total
		NEGATIVA	DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA	
PRIMER GRADO	FRECUENCIA	0	3	6	10	1	20
	PORCENTAJE	,0%	6,3%	12,5%	20,8%	2,1%	41,7%
SEGUNDO GRADO	FRECUENCIA	0	3	5	8	3	19
	PORCENTAJE	,0%	6,3%	10,4%	16,7%	6,3%	39,6%
TERCER GRADO	FRECUENCIA	1	2	3	3	0	9
	PORCENTAJE	2,1%	4,2%	6,3%	6,3%	,0%	18,8%
Total	FRECUENCIA	1	8	14	21	4	48
	PORCENTAJE	2,1%	16,7%	29,2%	43,8%	8,3%	100,0%



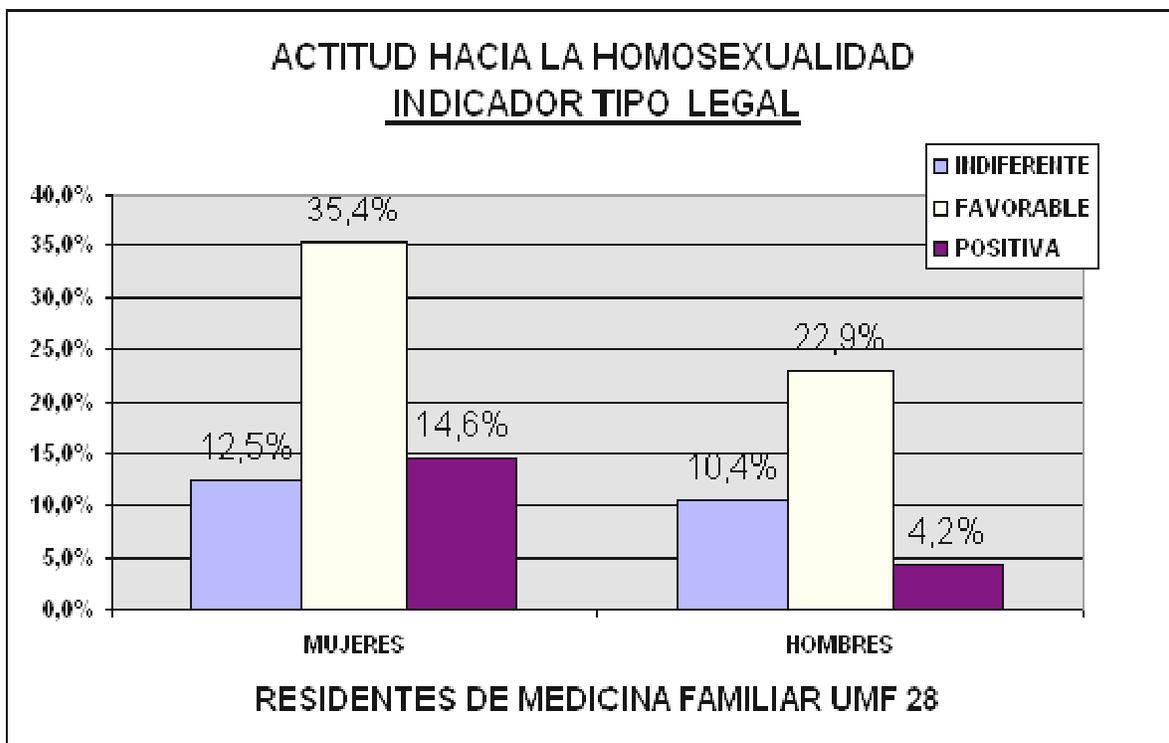
SEXO	ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD				Total	
	DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA		
MUJER	FRECUENCIA	0	12	17	1	30
	PORCENTAJE	,0%	25,0%	35,4%	2,1%	62,5%
HOMBRE	FRECUENCIA	1	8	9	0	18
	PORCENTAJE	2,1%	16,7%	18,8%	,0%	37,5%
Total	FRECUENCIA	1	20	26	1	48
	PORCENTAJE	2,1%	41,7%	54,2%	2,1%	100,0%



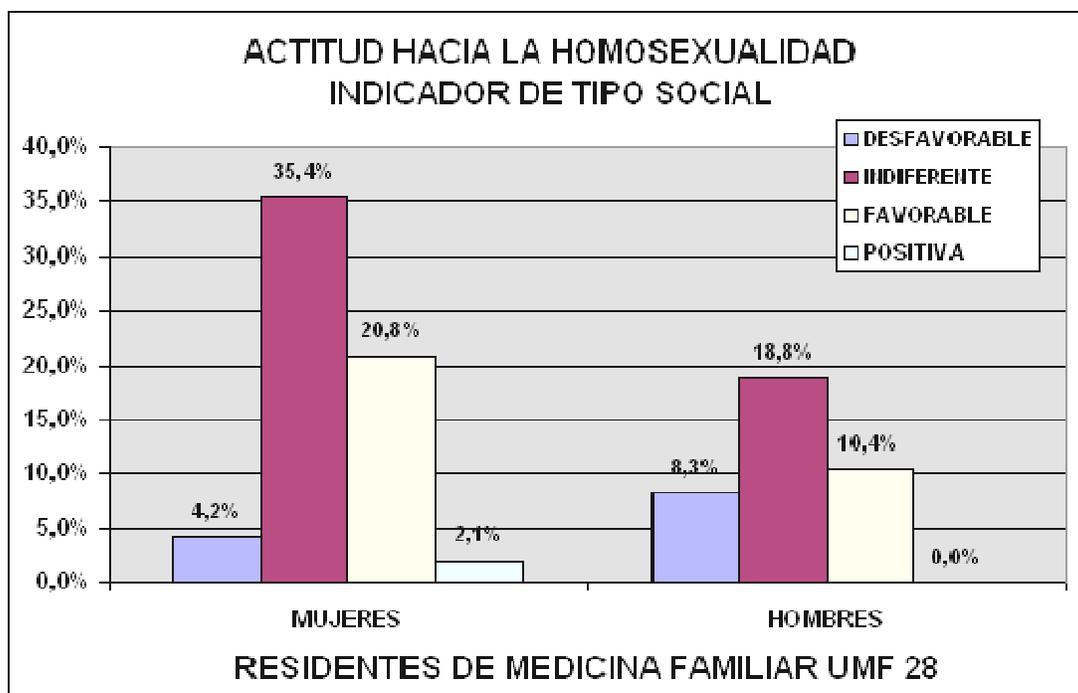
SEXO	INDICADOR MORAL				Total	
	DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA		
MUJER	FRECUENCIA	0	16	13	1	30
	PORCENTAJE	,0%	33,3%	27,1%	2,1%	62,5%
HOMBRE	FRECUENCIA	1	7	9	1	18
	PORCENTAJE	2,1%	14,6%	18,8%	2,1%	37,5%
Total	FRECUENCIA	1	23	22	2	48
	PORCENTAJE	2,1%	47,9%	45,8%	4,2%	100,0%



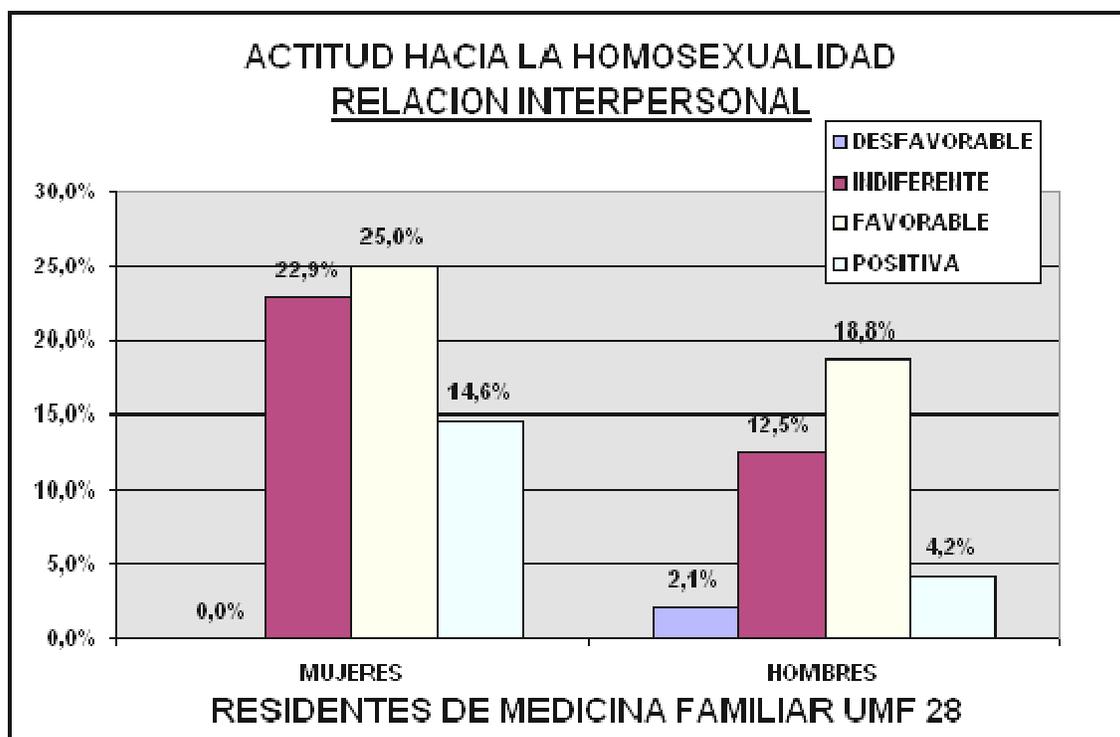
SEXO		INDICADOR LEGAL			Total
		INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA	
MUJER	FRECUENCIA	6	17	7	30
	PORCENTAJE	12,5%	35,4%	14,6%	62,5%
HOMBRE	FRECUENCIA	5	11	2	18
	PORCENTAJE	10,4%	22,9%	4,2%	37,5%
Total	FRECUENCIA	11	28	9	48
	PORCENTAJE	22,9%	58,3%	18,8%	100,0%



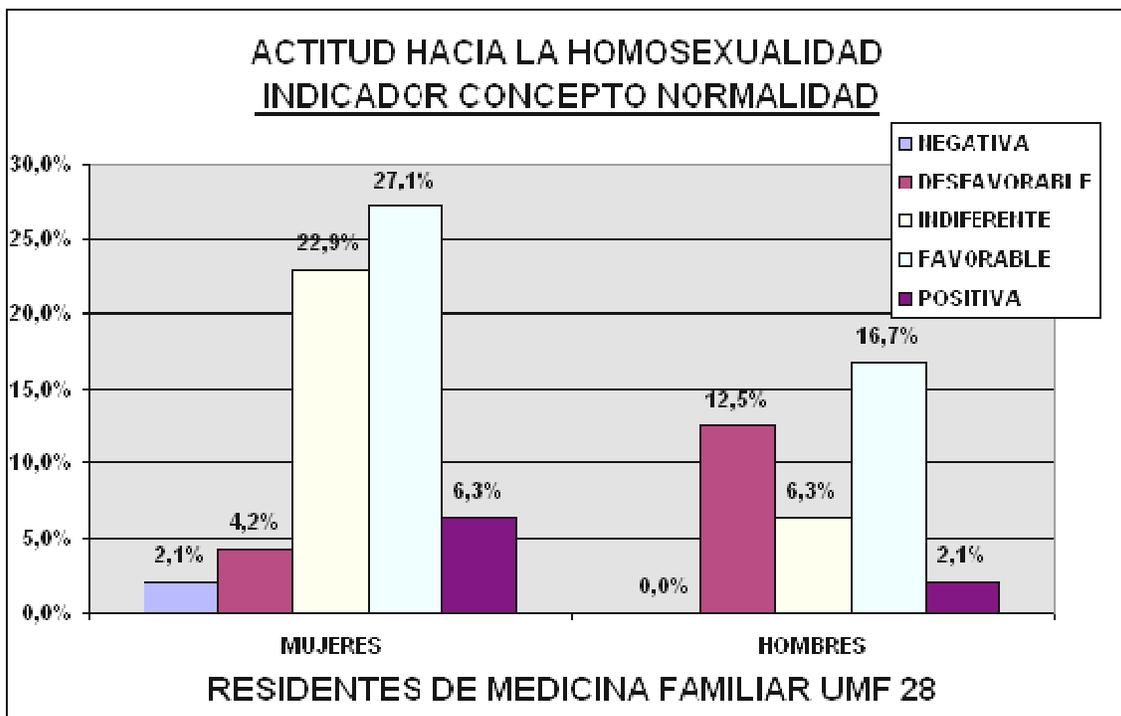
SEXO	INDICADOR SOCIAL				Total	
	DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA		
MUJER	FRECUENCIA	2	17	10	1	30
	PORCENTAJE	4,2%	35,4%	20,8%	2,1%	62,5%
HOMBRE	FRECUENCIA	4	9	5	0	18
	PORCENTAJE	8,3%	18,8%	10,4%	,0%	37,5%
Total	FRECUENCIA	6	26	15	1	48
	PORCENTAJE	12,5%	54,2%	31,3%	2,1%	100,0%



SEXO	INDICADOR INTERPERSONAL				Total	
	DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA		
MUJER	FRECUENCIA	0	11	12	7	30
	PORCENTAJE	,0%	22,9%	25,0%	14,6%	62,5%
HOMBRE	FRECUENCIA	1	6	9	2	18
	PORCENTAJE	2,1%	12,5%	18,8%	4,2%	37,5%
Total	FRECUENCIA	1	17	21	9	48
	PORCENTAJE	2,1%	35,4%	43,8%	18,8%	100,0%



SEXO		INDICADOR NORMALIDAD					Total
		NEGATIVA	DESFAVORABLE	INDIFERENTE	FAVORABLE	POSITIVA	
MUJER	FRECUENCIA	1	2	11	13	3	30
	PORCENTAJE	2,1%	4,2%	22,9%	27,1%	6,3%	62,5%
HOMBRE	FRECUENCIA	0	6	3	8	1	18
	PORCENTAJE	,0%	12,5%	6,3%	16,7%	2,1%	37,5%
Total	FRECUENCIA	1	8	14	21	4	48
	PORCENTAJE	2,1%	16,7%	29,2%	43,8%	8,3%	100,0%



CONCLUSIONES

Los datos encontrados en el estudio de actitud hacia la homosexualidad en los médicos residentes de medicina familiar de la UMF 28 revelan que una mayoría del 27 médicos (56%) mantiene una actitud positiva de 4 a 5 puntos (favorable-positiva) según la escala de intensidad del instrumento en contraste con un 1 (2%) que mantiene una actitud negativa de baja intensidad. Sin embargo existe una población de casi 20 médicos (42%) que mantiene una actitud indecisa o indiferente, la cual en algunos indicadores oscilan entre lo positivo o lo negativo en baja intensidad lo cual pueda deberse a que cuentan con escasa información sobre el tema lo cual impida tomar una actitud en concreto, lo cual se mantiene en cada uno de los componentes estudiados.

En el caso del indicador de tipo legal se encontró la actitud mayormente positiva, que abarca la opinión sobre legislación y la diversidad sexual, con una mayoría de 37 (77%) sin encontrarse opiniones negativas al respecto que permitan un estado de derecho discriminatorio. En cambio, en el concepto de normalidad-anormalidad se registró el mayor número de actitudes negativas en casi 9 (19%) con 25 (52%) de actitudes positivas, considerando que aunque no se considera ilegal la homosexualidad, si es un estado anormal. Lo cual puede estar influenciado socialmente, ya que en este indicador se encontró 6 (12%) actitudes negativas y 26 (54%) de indiferencia, siendo el indicador con actitud positiva mas baja registrada de 16 (33.4%). En cuanto a lo moral, 24 (50%) mostró una tendencia positiva al igual que en el campo de las relaciones interpersonales con 30 (62%) donde la negatividad se mantuvo a la baja con un 1 (2.1%), lo cual sería un factor determinante al momento de trabajar con población homosexual.

En cuanto a grado académico, se puede encontrar que en el primer grado hay una actitud positiva mayor que en los otros grados, en 12 médicos (60%) de su población, comparado con 11 (57%) y 4 (44%) en el segundo y tercer grado respectivamente, manteniéndose el resto de la población en una situación de indiferencia, donde sólo se reporta un caso de actitud desfavorable en el segundo grado. Contrario a lo que se pudiese esperar, no hay una diferencia significativa de la actitud en los diferentes años de residencia a pesar de estar incluida la homosexualidad en el curso de preparación, lo cual habría de considerar la forma en que es manejado este tema con los médicos en formación. Al igual que en el análisis anterior, el indicador más afectado fue el de normalidad con una actitud negativa que alcanzo hasta 3 (22%) de los residentes de tercer año, y en los otros grados de 3 (15%), seguido por el indicador social, en donde se encontró la mayor porcentaje indiferencia de 12 (60%) y 6 (66%) médicos del primer y del tercer grado respectivamente. Las actitudes positivas se mantuvieron con las cifras más altas en el legal y el de relación interpersonal en los tres grados.

En cuanto al sexo, no hubo diferencia significativa en cuanto a una actitud positiva (mujeres=18 (60%), hombres=9 (50%)), donde la única diferencia fue que en los hombres se encontraban las actitudes negativas en un médico (5.6%, 2.1% del total) de ellos. Esto es similar en los datos encontrados sobre discriminación y homofobia en población abierta y en estudiantes de medicina, donde en el sexo femenino se halla una mayor apertura respecto al tema, condicionado también socialmente.

DISCUSIÓN

Con las conclusiones obtenidas, los médicos residentes de Medicina Familiar de esta unidad mantienen una actitud general positiva hacia la homosexualidad, que aunque no se encuentra actitudes negativas de alta intensidad (1=2%), cuando se realiza el análisis por componentes cabe destacar que aumenta su frecuencia tanto en el componente de normalidad como el social observándose algún grado de homofobia importante hasta en 9 (19%) de los casos, coincidiendo con estudios antecedentes que reportan desde un 10% a un 25%. Se corrobora que en esta muestra, las actitudes de los médicos hacia la homosexualidad reflejan las actitudes que prevalecen en la sociedad en general, y esta poco se modifica a pesar del proceso de formación científica reproduciendo valores negativos que “patologizan” la homosexualidad. Esto queda claro al no encontrar diferencias significativas en los diferentes grados cursados, incluso en los residentes de segundo grado se reporto una mayor frecuencia de actitudes negativas y en los de primer grado, una actitud más positiva comparado con sus superiores de tercer grado. Esto puede ser por influencia social, ya que se ha encontrado que la actitud tiende a ser positiva en población joven, a consecuencia de los cambios sociales y de su forma de concepción de los estilos de vida. Pero esto no quiere decir que cuentan con conocimientos adecuados sobre la homosexualidad. En el indicador de normalidad, que hace referencia a la relación de pareja y a la salud mental, continua siendo el indicador más bajo en los tres grados, continuando la influencia del estigma y el prejuicio sobre este tipo de relaciones a pesar de la bibliografía tan extensa que desmiente estos hechos.

La educación debe ser capaz de modificar la conducta de la persona, al no cambiar la actitud de los médicos habría que analizar en que parte se limita esta enseñanza, siendo necesario un estudio prospectivo que analice la situación de los residentes de primer año hasta su titulación de especialidad para corroborar estos argumentos.

También, una gran proporción de los médicos residentes mantienen una actitud indecisa o indiferente al respecto lo cual puede ser resultado de una falta de información sobre el tema que impida mantener una postura, lo cual los hace fácilmente influidos por el contexto social y cultural. Por lo que es necesario reforzar esta parte del entrenamiento del médico familiar. El primer paso es no asumir que todos los pacientes que asisten a la consulta son heterosexuales. Mientras esto no se realice gays, lesbianas y bisexuales recibirán un cuidado inferior a la población heterosexual. Las minorías sexuales presentan necesidades especiales en salud que ameritan un abordaje cálido y empático, sin ningún tipo de prejuicio o discriminación. La empatía es sencilla cuando el médico supone que sus pacientes son semejantes a él, pero la empatía también incluye el reconocer que el otro es diferente, lo difícil es aceptar esa diferencia.

Estos resultados son significativos para la muestra en estudio, por lo que de esta forma se obtiene un perfil de los médicos familiares en formación y de este modo reforzar el entrenamiento en esos tópicos, aunque limitado, ya que no es posible traspolar estos resultados a toda la población médica. Que si bien, no han de diferir en mucho, así como esta población no difiere de la bibliografía reportada, para ello será necesario ampliar el estudio, o que cada sede de residencia de medicina familiar realice lo propio para ajustar su plan de estudios.

En este caso, es necesario reforzar la actitud positiva en los residentes de primer año y modificar la del segundo y tercer grado, por medio de un taller de sexualidad y diversidad sexual, para que los médicos egresados se encuentren preparados en la atención de este sector poblacional y evitar juicios de valor durante su consulta. De esta forma, poder incidir en un mejor desarrollo de los adolescentes que tienen conflicto con sus familias de origen y con su propia sexualidad, modificar conductas de riesgo, y poder atender a las familias homoparentales que ya existen en nuestro país. De esta forma se complementaría el perfil del médico familiar.

Además del entrenamiento en materia de sexualidad, y particularmente de la diversidad sexual, generar programas de atención médica específicamente orientados a los homosexuales en función de sus problemáticas de salud más frecuentes e instrumentar políticas institucionales destinadas a la población general que desalienten los estereotipos devaluatorios de la homosexualidad como sustrato indispensable para influir en la desigualdad en salud por orientación sexual. El resultado deberá ser la construcción de un contexto donde la diferencia no signifique desigualdad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anna Badkhen, 17 de mayo de 2005, en *The San Francisco Chronicle*, "In Massachussets, Gay Weddings are now Routine".
2. Ardila, Rubén. *Homosexualidad y psicología*. Ed Manual Moderno, Bogota 1998, 75-8.
3. Alduvin, E, 2001, *Estudio multicéntrico de ETS/VIH/SIDA y patrones socioconductuales: componente cualitativo*, Secretaría de Salud Honduras/OPS/OMS
4. Barron A, Palma A, *Actitud del medico familiar ante el paciente con VIH SIDA, factores relacionados*, Rev Med IMSS (México) 2000; Volumen 38(3): 203-209.
5. Briongos Figuero, Bachiller Luque, Eiros Bouza. *Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH*. An. Med. Interna (Madrid) Vol. 24, N.º 8, pp. 399-403, 2007
6. Byrne, Fone. *Homofobia. Una historia*. Ed. Océano. España, 2000.
7. Cadoret, Anne. *Padres como los demás. Homosexualidad y parentesco*. Ed. Gedisa. Punto Crítico. Barcelona 2003.
8. Caitlin Ryan, David Huebner, *Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults*. Pediatrics 2009; 123; 346-352
9. Campo-Arias A, Herazo E. *Homofobia en estudiantes de medicina: una revisión de los diez últimos años*. Revista Med UNAB (Colombia) 2008; 11:120-123
10. Castañeda Gutman M, *La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*, Ed. Paidós. México 1999.
- 11.. Castañeda Gutman M, *La nueva homosexualidad*. Ed. Paidós. México 2006
12. Eguiluz, Lourdes, *Dinámica de la Familia: Un enfoque psicológico sistémico*. Ed. Pax México. México 2003
13. Díaz-Loving, Rivera Aragón. *Prevención de contagio de VIH: Aplicación de la teoría de acción razonada a la predicción de uso del condón*. Avances en psicología clínica latinoamericana 1995 Vol 13 Pp.71-87
14. Fernando Del Collado, *Homofobia. Odio, crimen y justicia 1995-2005*. Ed. Tusquets. México 2007.
15. Flores-Palacios F, Diaz-Cervantes JA. *Normalidad y anormalidad: Esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental*. POLIS, Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial, vol uno, UAM, Unidad Iztapalapa, 2001
16. González Pérez C, *La identidad gay: Una identidad en tensión. Una forma para comprender el mundo de los homosexuales*. Desacatos. Revista de Antropología Social. 2001, num 6 pp. 97-110
17. Granados-Cosme JA, Delgado-Sánchez G, *Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(5):1042-1050, mai, 2008

18. Granados JA, Delgado G, Méndez JM. *Homofobia y salud*. Salud Problema 2006; 11(20)
19. Granados-Cosme JA, Torres-Cruz, *La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/SIDA*. Salud pública de México vol. 51, no. 6, noviembre-diciembre de 2009
20. Granados-Cosme JA, Méndez Tapia. *Vulnerabilidad social y salud mental en jóvenes gays de la Ciudad de México*
21. Infante, C. Zarco, A. *El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México*. Salud pública de México vol.48, no.2, marzo-abril de 2006 141
22. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Estadísticas en Atención Primaria*. Septiembre 2008 www.imss.gob.mx
23. Iturbe P. *La Medicina Familiar: calidad en atención primaria, base del sistema nacional de salud*. MF. 1987; 4: 23-34
24. Kohlberg, K. Desarrollo moral. En D. Sills (Ed.), *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales* (Vol. 7, pp. 222-232). Bilbao 1974
25. Kohlberg, L. *Psicología del desarrollo moral*. Ed. Descleé de Brouwer. Bilbao 1992
26. Laguarda, Rodrigo. *Construcción de Identidades: Un bar gay en la Ciudad de México*. Desacatos. Revista de Antropología Social 2005, sep-dic, num. 19, pp. 137-158
27. Ledesma S, Flores M. *Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria*. Gac Méd Caracas 2008; 116(4):330-340
28. Mc Whinney I. *Medicina de Familia*. Doyma Libros. Barcelona 1995
29. Millar, Neil, *Out of the Past: Gay and Lesbian History from 1869 to the present*, Ed.Vintage, 1995 NY.
30. Morales J. F. (1999) Definición de la psicología social, en JF morales y C. Huici, *Psicología Social*, Madrid, McGrawHill
31. Navarro GJ, Soriano RS, *Parejas en situaciones especiales. Parejas del mismo sexo*. Ed. Paidós Terapia Familiar. Barcelona 2000
32. Neville S, Henrikson M. *Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary care services*. Journal of Advanced Nursing 2006; Aug 55(4): 407-15.
33. Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum. *Medición de actitudes*. En: Summers GF. *Medición de actitudes*. México: Trillas; 1984. p. 277-286
34. Pinto Herrera F. *Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Umbrales de investigación*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UNFV. 2004; 1 (1):55-66.
35. Ramos Martínez Ricardo y cols. *Factores psicosociales que influyen en la disfunción y/o ruptura de las parejas homosexuales*. Aten Fam 2007; 14(6):148-151
36. Rodríguez, Aroldo. *Psicología Social*. Ed. Trillas. México 1993
37. Secretaría de Desarrollo Social. *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México* Abril 2005 www.sedesol.gob.mx

38. Soriano Rubio, S. *Origen y Causa de la Homosexualidad*. Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. CODHEM Doctrina Jul-Agost 2002, tomado de *Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo*, 1 ed., Amarú ediciones, Salamanca, 1999, pp. 31-47
39. Villagrán Vásquez, G. y Díaz: Lovíng. R. (1991). *Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso de condón en estudiantes universitarios*. Revista Mexicana de Psicología, 9. 35-40.
40. Vera_Gamboa, L. *Historia de la sexualidad. De la sección Historia de la Medicina*. Rev Biomed Abril-Jun 1998; Vol 9 Num 2: 116-121.
41. Sapetti – Rosenzvaig. *Sexualidad en la pareja*. Editorial Galerna, 1997
42. Moser, C. Kleinplatz, P. *El DSM IV y las parafilias: Un argumento para su retirada*. Revista de Terapia sexual y de Pareja, Agosto 2004 Num 19 Pp 31-56
43. Stein T. *Homosexuality and homosexual behavior*. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Saddock comprehensive textbook of psychiatry* Lippincot, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000:1608-31.
44. Kaplan HI, Saddock BJ. *Sinopsis de psiquiatría*. Panamericana, Lippincot, Williams & Wilkins, Madrid, 2000.
45. Diamond M. *Homosexuality and bisexuality in different populations*. Arch Sex Behav 1993; 22:291-310.
46. Spitzer RL. *The diagnostic status of homosexuality in DSM-III: a reformulation of the issues*. Am J Psychiatry 1981:210-5.
47. Diaz, J.A. *Los conceptos de normalidad y anormalidad en profesionales de la salud mental*. Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM 1999.
48. Omoto, A.M., Kurtzman, H.S., *Orientación sexual y salud mental. Identidad y comportamiento en lesbianas, gays y bisexuales*. Editorial Manual Moderno 2008

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD EN MEDICOS REDIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR HGZ UMF 28

ACTIVIDAD	MARZO 2008	ABRIL 2008	MAYO 2008	JUNIO 2008	JULIO 2008	AGOSTO 2008	SEP 2008
TÍTULO DEL PROTOCOLO	X						
MARCO TEÓRICO		X					
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		X					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA JUSTIFICACIÓN			X X				
OBJETIVOS GENERALES YESPECIFICOS			X				
HIPOTESIS			X				
DISEÑO METODOLÓGICO				X			
DISEÑO ESTADÍSTICO					X		
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS					X		
CONSIDERACIONES ÉTICAS					X		
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO							
PRUEBA PILOTO							X

ACTIVIDAD	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGO 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO								X				
RECOLECCIÓN DE DATOS									X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X	X		
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS										X		
ANÁLISIS DE RESULTADOS										X		
DISCUSIÓN DE RESULTADOS											X	
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACION Y REVISIÓN FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DE TESIS												X



ESPECIALIDAD _____ EDAD _____

GRADO _____ SEXO _____

El propósito de este cuestionario es el de conocer la opinión de los residentes acerca de la homosexualidad, por lo que no se te pide que pongas tu nombre, ya que es confidencial.

La homosexualidad se refiere a personas que tiene relaciones sexuales con personas de su mismo sexo ya sean hombres con hombres o mujeres con mujeres.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente y marca la respuesta que usted considere correcta sobre las preguntas que siguen a continuación.

1. Aceptas la homosexualidad.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

2. El homosexual es un desequilibrado mental.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

3. Tendrías amigos homosexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

4. Se debe prohibir a los homosexuales desempeñar cargos públicos

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

5. No debe ser motivo de orgullo el ser homosexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

6. Debe existir la liberación homosexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

7. No se debe permitir a los homosexuales asociarse para dar a conocer sus peticiones.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

8. Se debe apoyar moralmente a los homosexuales

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

9. Asistirías a fiestas de homosexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

10. Se debe organizar los homosexuales para dar a conocer sus peticiones.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

11. Ser homosexual es despreciable.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

12. La preferencia sexual del homosexual debe ser considerada como una relación natural.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

13. Son personas normales y equilibradas los homosexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

14. Generalmente le molesta la presencia física del homosexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

15. Deben acudir a lugares públicos los homosexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

16. Debe prohibirse la homosexualidad en nuestra sociedad.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

17. Deben prohibirse las persecuciones policíacas, extorsiones y redadas en contra de homosexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

18. El homosexual es ineficaz en un cargo público.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

19. Los homosexuales no deben convivir con su familia.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

20. Deberían haber más homosexuales en el D.F.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

21. Los homosexuales deben ocultar su desviación.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

22. Los homosexuales deben manifestarse públicamente.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

23. Deberían vivir en grupos separados los homosexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

24. Deben existir asociaciones de homosexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

25. Son personas desagradables los homosexuales.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

26. El homosexual es un ciudadano como cualquier otro.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

27. El ser homosexual es irrepachable.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

28. Se debe encarcelar a los homosexuales por su preferencia sexual.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

29. los homosexuales son personas agradables.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

30. El homosexual debe ser sumiso ante las normas impuestas por la sociedad.

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------	---------------	--------------------------

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha _____ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 28 "GABRIEL MANCERA"

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____

ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD EN MEDICOS REDIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR HGZ UMF 28

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es:

ANALIZAR LA ACTITUD HACIA LA HOMOSEXUALIDAD

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

RESPONDER UN CUESTIONARIO

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

GEOVANNI ANTONIO HERNANDEZ MARINA 99376539

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Testigos
