



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
"GABRIEL MANCERA"**

**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES  
HOMOSEXUALES EN RELACION AL NIVEL SOCIOECONOMICO**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**DR. NORMAN PATRICK BELLACETIN GONZALEZ**

ASESOR: DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ



MÉXICO, DF. 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609  
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA **18/06/2012**

**DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes homosexuales en relación al estado socioeconómico**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

<b>Núm. de Registro</b>
<b>R-2012-3609-8</b>

ATENTAMENTE

**DR. (A) CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

# AUTORIZACIÓN DE TESIS

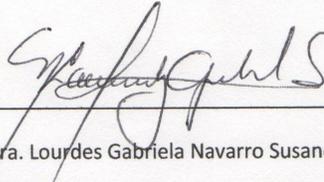
**"Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes homosexuales en relación al estado socioeconómico"**



Dr. Jafet Felipe Méndez López

**Asesor de Tesis**

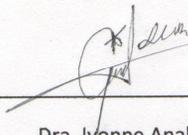
Médico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"



Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"



Dra. Ivonne Analí Roy García

Prof. Titular de la Residencia de Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"



# ÍNDICE

RESUMEN Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes homosexuales en relación al estado socioeconómico .....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO TEORICO .....	7
2.1 Antecedentes .....	7
2.2 Criterios Psicopatológicos.....	8
2.3 El homosexual como paciente.....	8
2.4 Homosexualidad en la familia y adopción .....	10
2.5 Funcionalidad familiar.....	11
2.6 Niveles socioeconómicos .....	14
3. JUSTIFICACIÓN.....	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
5. OBJETIVOS.....	17
6. HIPÓTESIS .....	17
7. METODOLOGÍA.....	18
7.1 Material y métodos:.....	18
7.2 Muestra:.....	18
7.3 Variables .....	19
7.4 Plan de análisis:.....	21
7.5 Instrumento de recolección:.....	21
7.6 Procedimientos.....	24
8. <i>CONSIDERACIONES ÉTICAS</i> .....	25
9. <i>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</i> .....	26
10. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	27
11. RESULTADOS.....	28
12. ANALISIS DE RESULTADOS.....	34
13. CONCLUSIONES.....	36
14. <i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> .....	37
15. <i>ANEXOS</i> .....	40

## RESUMEN: Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes homosexuales en relación al estado socioeconómico

Norman Patrick Bellacetín González, Jafet Felipe Méndez López.

**Introducción:** Sobre la base de estudios antropológicos se puede afirmar que la homosexualidad es una constante universal de la cultura. Altas tasas de rechazo familiar están significativamente asociadas con una salud pobre en lesbianas, gays y bisexuales jóvenes que reportan mayores tasas de suicidio, de depresión y son más tendientes a usar drogas ilegales así como a tener sexo no seguro. El 94.7% de los homosexuales piensan que en México hay discriminación hacia ellos y se demuestra con que el 48.4% de las personas no permitiría que en su casa vivieran homosexuales y un 44.1% señala que en su familia lo han querido obligar a desistir de su preferencia sexual. Dentro del estudio de la familia, es poca la información en nuestro país, dirigida a la población homosexual y por lo mismo es nula la metodología de abordaje en la dinámica familiar con integrantes homosexuales. .

**Objetivo:** identificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar que predomina en población homosexual en relación a su nivel socioeconómico

**Material y metodología de investigación:** diseño de estudio observacional, prospectivo, tipo analítico, transversal no comparativo. Población de estudio personas homosexuales mayores de 18 años que sepan leer y escribir. Instrumentos Escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III) en español e Índice de nivel socioeconómico AMAI "Regla 10x6".

**Discusión:** en nuestro estudio se encontró que no existe una familia que predomine de forma significativa sobre las otras, siendo el 43% familias en rango medio. Hubo un predominio leve en familias no relacionadas en un 47%. La mayoría de la población estudiada percibe una adecuada unión y apoyo familiar, lo cual no se relaciona con los resultados finales del instrumento así como con la referencias en México. Así mismo no se encontró un predominio significativo en los niveles socioeconómicos así como su relación en el grado de funcionalidad familiar.

**Conclusiones:** aunque no se demostró predominios significativos en nuestro estudio, sí llama la atención con un porcentaje importante de pacientes cuentan con familias no relacionadas y rígidas, componentes que pudieran interferir en la expresión de la sexualidad, además, casi no se encontraron pacientes con niveles socioeconómicos bajos ni con escolaridad baja, elementos que seguramente influyen en esta población. Por último hacen falta más estudios en nuestra población homosexual y relacionarlos al sector salud para una adecuada atención y seguimiento por parte del médico familiar.

PALABRAS CLAVE: HOMOSEXUALIDAD, FUNCIONALIDAD FAMILIAR, NIVEL SOCIOECONOMICO

# 1. INTRODUCCIÓN

La orientación sexual ha sido uno de los fenómenos más estudiados en las últimas décadas, y posiblemente, el fenómeno menos comprendido en nuestra sociedad, la cual ha mantenido intacto, de una forma u otra, su temor y rechazo a la diferencia en orientación sexual.<sup>1</sup>

Se ha discutido mucho sobre la definición de la homosexualidad como enfermedad existiendo enormes controversias. Lo cierto es que no es un cuadro nosológico en sí mismo, se puede ser homosexual neurótico, psicótico, psicopático o normal desde el punto de vista psiquiátrico al igual que los heterosexuales. La definición ha sido una realidad cambiante constantemente y se modifica dependiendo de situaciones y factores históricos y culturales pero puede definirse como una relación de tipo sexual, establecida entre dos individuos del mismo sexo.<sup>2</sup>

La mayor parte de la población sigue teniendo una actitud negativa hacia los no heterosexuales, lo que hace que aquellos que son víctimas de violencia pueden llegar a creer que se merecen esa agresión, si consideran que su orientación sexual es negativa, es decir, que tienen homofobia internalizada. Debido a que la identidad de los bisexuales, las lesbianas y los homosexuales con frecuencia se desarrolla al margen de la familia y la comunidad de origen, los miembros de esta población, no disfrutan automáticamente del apoyo de la familia y la comunidad cuando ellos son víctimas de violencia.<sup>3</sup>

Para hacer más relevante la necesidad de un estudio de familia en personas homosexuales se muestran las siguientes estadísticas de nuestro país revelando la gran discriminación e ignorancia hacia este grupo.<sup>4</sup>

El 94.7% de los homosexuales piensan que en México hay discriminación hacia ellos, y se demuestra con que el 48.4% de las personas no permitiría que en su casa vivieran homosexuales. El 71% de los homosexuales dice que su mayor sufrimiento proviene de la discriminación. El 44.1% señala que en su familia lo han querido obligar a desistir de su preferencia sexual.<sup>5</sup>

En todas las sociedades conocidas, el comportamiento heterosexual es la orientación sexual preferida por la mayor parte de población. No obstante, la homosexualidad ha existido siempre en el curso de la historia de la humanidad y generalmente se cataloga como algo inmoral, desagradable, e indecente, pero a pesar de esas actitudes intensamente negativas se ha incrementado el número de personas con esta inclinación sexual.<sup>6</sup>

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Sobre la base de estudios antropológicos se puede afirmar que la homosexualidad es una constante universal de la cultura; se ha observado su presencia tanto en pueblos primitivos como en otros altamente desarrollados, en sociedades en decadencia como en aquellas que estaban en su apogeo y no depende de los valores religiosos de una civilización dada.<sup>2</sup>

Evelyn Hooker (1957) publicó la primera investigación en EUA sobre homosexualidad, en la que planteó que no existían diferencias en el funcionamiento y la salud mental de hombres homosexuales y heterosexuales cuando se comparaban sus resultados en pruebas psicológicas.<sup>2</sup>

A pesar que el tema de la homosexualidad se escucha mucho más actualmente que en décadas anteriores y que los medios de comunicación presentan instancias de las vidas de hombres gay y lesbianas con mayor aceptación, esto no parece traducirse en que las actitudes negativas hacia esta población hayan cambiado.<sup>4</sup>

Se señala que el 66% de personas entrevistadas en un estudio que se realizó, no compartirían el techo con un homosexual, 39.4% opinó que los homosexuales no deben participar en política y 40% respondió que no aceptarían que un homosexual viviera en su casa.<sup>7</sup>

En la actualidad un 54% de los americanos consienten las relaciones sexuales homosexuales, comparado con el 43% en 1977. Sin embargo en temas específicos, una mayoría de americanos siguen oponiéndose a la extensión de los beneficios del matrimonio a los gay y lesbianas que tienen uniones civiles. Sin embargo 80% de los americanos aceptan la idea de incluir a los homosexuales bajo la protección de iguales oportunidades en los trabajos.<sup>8</sup>

La principal justificación para la discriminación y hostilidad hacia las personas homosexuales parece apuntar hacia la moral religiosa. Como la homosexualidad es condenada por muchas religiones, los gay pueden ser vistos como un grupo minoritario religioso porque violan los estándares de la moral personal del grupo heterosexual.<sup>9</sup>

Si algo parece claro en los textos bíblicos, es que, según el propósito y la obra original de Dios, la sexualidad humana había de estar orientada a la heterosexualidad. De ahí que la homosexualidad sea vista como una desviación del designio divino, una manifestación de aversión a Dios.<sup>10</sup>

## 2.2 Criterios Psicopatológicos

Para hablar de criterios psicopatológicos es necesario tomar en cuenta si la homosexualidad es un trastorno mental o si está asociado a alguna psicopatología. Durante mucho tiempo fue considerada como un trastorno mental ya que el diagnóstico de este tipo de conductas sexuales no era objetivo y se basaba en motivaciones sociales e incluso política.<sup>11</sup>

Se ha especulado sobre el origen genético de la sexualidad. En 1993 se publicó una investigación del doctor Hammer y colaboradores del Instituto Naval de Investigaciones, en el que se encontró la presencia de un gen en el cromosoma X de un elevado porcentaje de varones homosexuales.<sup>11</sup>

Se especula también sobre el origen hormonal de la homosexualidad, las investigaciones hechas al respecto han demostrado que no existe alteración hormonal alguna a la que pueda atribuirse las preferencias genéricas del homosexual.<sup>11</sup>

La influencia de la familia no tiene mucho impacto en la decisión de los hijos sobre su orientación sexual, aun considerando que la familia es un pilar indispensable en el desarrollo de la personalidad de un individuo. Hay tanto hijos de padres heterosexuales que resultan ser homosexuales como hijos de parejas del mismo sexo cuya orientación sexual es de acuerdo a su género.<sup>2</sup>

## 2.3 El homosexual como paciente

En las últimas dos décadas se han realizado excelentes estudios sociológicos en homosexuales, el principal hallazgo en estos estudios es que los problemas psiquiátricos no son más frecuentes en los homosexuales que en los heterosexuales.<sup>12</sup>

El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas parece ser común entre la comunidad homosexual, el problema puede ir de un exceso ocasional al alcoholismo. En la depresión los síntomas pueden ser atípicos en el paciente homosexual, principalmente los hombres pueden tener una depresión enmascarada. El paciente suele encontrarse menos cómodo con su orientación sexual, puede encontrar muy negativa la vida homosexual, puede haber cambios drásticos en sus hábitos sexuales y tener la libido disminuida, un típico signo de depresión, o estar obsesionado con el sexo.<sup>12</sup>

“Salir del closet” es un término usado por los homosexuales que refiere al proceso de aceptar una identidad homosexual. Los pacientes pueden llegar al consultorio a cualquier edad y en cualquier etapa del proceso, el cual puede tomar meses o años. Dos situaciones son comunes en la práctica general:<sup>12</sup>

La primera envuelve a una persona joven que ha enfrentado a sus padres, precipitando una crisis familiar. El equilibrio familiar se verá afectado y habrá síntomas como ansiedad, culpa, coraje, vergüenza, humillación, rechazo.<sup>12</sup>

La segunda situación común en el consultorio son los pacientes casados que no han salido del closet con su pareja y que no quieren compartir esta información con ella. Si el paciente tiene problemas médicos frecuentes como enfermedades de transmisión sexual, hepatitis o problemas psicológicos asociados a su homosexualidad, el médico tendrá un problema ético sobre todo si la pareja es también su paciente.<sup>12</sup>

Un estereotipo que ha cambiado rápidamente, es el que las relaciones homosexuales son cortas caóticas. Saghir y Robins notaron que un tercio de los homosexuales entre 20 y 40 años han mantenido una relación por 4 años o más.<sup>12</sup>

Sobre los problemas legales, la creencia de que el hombre homosexual es más dado a molestar o perseguir a los niños o jóvenes, es infundada y discriminatoria. La mayor parte de los acosadores de niños son hombres heterosexuales.<sup>12</sup>

Los grupos marginados son más susceptibles a depresión que pueden conducir al suicidio; por lo mismo, las personas homosexuales muestran mayores tasas de trastornos mentales que los heterosexuales, mayor prevalencia de trastornos depresivos, ansiedad y ataques de pánico.<sup>13</sup>

Un metaanálisis realizado en el 2008 en Estados Unidos reveló un mayor riesgo para depresión y ansiedad 1.5 veces mayor en gente gay, lesbiana y bisexual; la dependencia a alcohol y otras sustancias también fue 1.5 veces mayor, el resultado fue similar en ambos sexos.<sup>14</sup>

Otro Factor importante, el SIDA, como hecho sociocultural, está transformando la concepción del cuidado, la intimidad, el emparejamiento y el riesgo en los encuentros íntimos, especialmente relacionado con las prácticas sexuales y el amor entre varones.<sup>15</sup>

Una gran cantidad de estudios documentan el rol central de los padres y la familia en el comportamiento y valores sexuales en adolescentes, incluyendo características como cohesión familiar y apoyo que disminuyen las conductas de alto riesgo.<sup>16</sup>

Muchos HIV positivos sufren violencia psicológica o abuso físico y ese riesgo se incrementa cuando tienen una mala relación con su familia de origen. Hombres que son infectados pueden escoger permanecer en relaciones violentas por muchas razones incluyendo mala salud, temor a perder a su proveedor o falta de apoyos comunitarios.<sup>17</sup>

En el caso de México, las prevalencias más elevadas de VIH/SIDA aun se concentran en varones en edad productiva y la vía de transmisión más frecuente es la homosexual.<sup>18</sup>

## 2.4 Homosexualidad en la familia y adopción

El concepto de familia ha ido cambiando en los últimos años, sin embargo, no todas son bien aceptadas, algunas formas de familia presentes en nuestra sociedad siguen estando proscritas y rechazadas, careciendo todavía del menor reconocimiento social como aquellas integradas por padres gay o madres lesbianas.<sup>19</sup>

Estos prejuicios entorno a familias diferentes suponen una falta de apoyo en las redes sociales que normalmente debe tener una familia, esto representa menores apoyos en situaciones estresantes, como las que con frecuencia rodean la crianza y educación de los hijos.<sup>19</sup>

Las investigaciones sobre niños con padres homosexuales empiezan con estudios sobre casos en los cuales los niños han nacido en el contexto de un matrimonio heterosexual. Después de la separación de los padres y el divorcio, muchos niños viven con madres lesbianas divorciadas. Algunos estudios comparan el desarrollo entre niños de madres lesbianas con aquel que tienen los niños de madres divorciadas heterosexuales. Los resultados de estas investigaciones siguieron que la orientación sexual de los padres es menos importante que la calidad de las relaciones familiares y que a orientación sexual de los padres no parece influenciar el desarrollo sexual de niños o adolescentes.<sup>20</sup>

La evidencia científica de algunos estudios señala que el entorno educativo óptimo para niños y niñas es el de una pareja heterosexual establemente comprometida. Por otra parte hay dudas basadas en estudios de la idoneidad de las parejas del mismo sexo para adoptar; entre los resultados se demostró que es más frecuente los problemas psicológicos como la baja autoestima, el estrés, la inseguridad respecto a su vida futura en pareja, el trastorno de la identidad sexual, también son más habituales trastornos de conducta como drogodependencia, la anorexia y la bulimia.<sup>21</sup>

Cuando nos referimos a la ley de sociedades de convivencia, nos encontramos con un gran conflicto, ya que persigue finalidades muy parecidas al matrimonio pero resulta claro que el objeto de esta ley es el otorgamiento de derecho a uniones de personas del mismo sexo, dejando a un lado la finalidad de la procreación que conlleva la instauración del matrimonio o en su caso el concubinato. Al aprobarse el matrimonio entre personas del mismo sexo se tiene por subsanada esta deficiencia, lo que hace pensar en que México al existir el reconocimiento legal de uniones entre personas del mismo sexo a través del matrimonio se les reconoce el derecho a adoptar menores, tal es el caso de Canadá, España, Países Bajos, Sudáfrica y Estados Unidos.<sup>7</sup>

Respecto a las reformas del código civil del Distrito Federal, que modificaron los artículos 146, 237, 291bis, 294, 391 y 724, se ha planteado lo trascendental, excepto, la adopción por parte de matrimonios homosexuales, respecto de los cuales se abordaran los derechos de los niños.<sup>7, 22</sup>

En relación al siguiente estudio, a continuación se explica brevemente conceptos básicos de funcionalidad familiar, enfocados a cohesión y adaptabilidad familiar, así como el estudio de los niveles socioeconómicos, ya que son las variables de estudio:

## **2.5 Funcionalidad familiar**

La familia debe poseer los recursos necesarios para evitar el pánico en una situación de crisis o tensión familiar, por lo que hay dos conceptos mencionados por Angell relacionados con la integración del grupo familiar: integración (cohesión) y adaptabilidad. El primero se basa en los lazos permanentes, de los cuales el interés común, el afecto y el sentido de la interdependencia son los principales ejemplos. El segundo, se refiere a la capacidad de la familia para enfrentar obstáculos y desviaciones.<sup>23</sup>

Se entiende por dinámica familiar al conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares.<sup>23</sup>

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:<sup>24</sup>

1. Comunicación: en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente.
2. Individualidad: la autonomía de los miembros de la familia es respetada, además de que se favorece el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
3. Toma de decisiones: la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder.
4. Reacción a los eventos críticos: una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen.

Así, evaluar la funcionales de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la practica integral de la medicina de familia, por lo tanto para concluir, para fines de este estudio el instrumento usado será el FACES III, el cual es fiable (70%) y valido.<sup>25</sup>

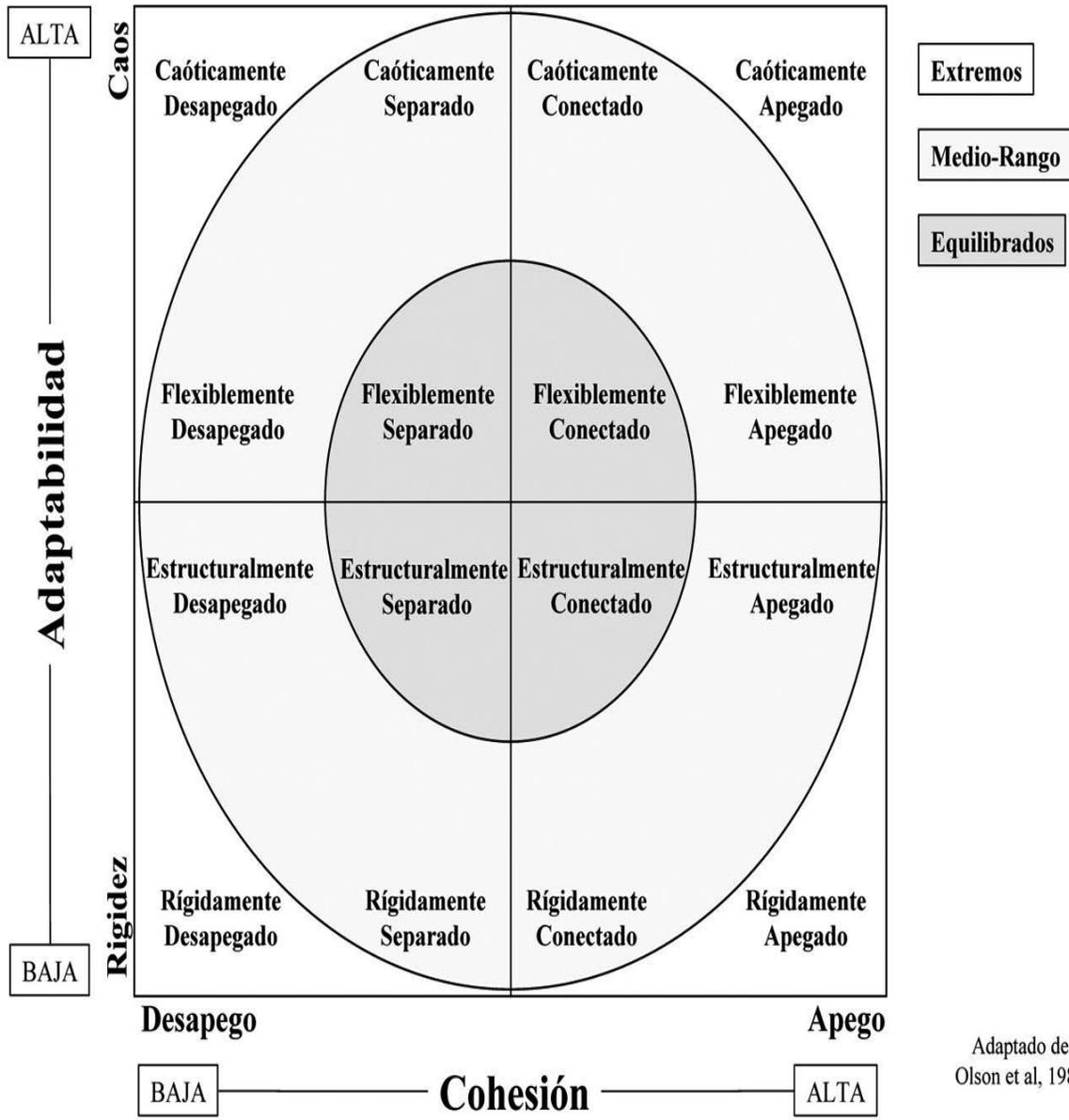
Este instrumento integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar:<sup>24</sup>

**Adaptabilidad:** habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

**Cohesión:** grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

Así, la combinación de los niveles de cohesión con los de adaptabilidad permite clasificar a las familias de acuerdo con su función familiar en 16 tipos, siendo representada en el modelo circunflejo de Olson, donde los niveles extremos presentan mayor disfuncionalidad, y los centrales mayor equilibrio, habiendo 8 tipo de familias en rango medio, como se muestra:<sup>26</sup>



Adaptado de Olson et al, 1989

#### Niveles de cohesión:<sup>27</sup>

- No relacionada (10-30 puntos)= extrema separación emocional, muy poco involucramiento, falta de cercanía parento-filial, intereses desiguales, predomina la independencia.
- Semirrelacionada (31-35 puntos)= separación emocional, se acepta el involucramiento pero se prefiere la distancia personal, límites parento-filiales son claros, el tiempo individual es importante pero pasan cierto tiempo juntos, las decisiones se toman por separado siendo posible las decisiones en conjunto, intereses distintos.
- Relacionada (36-40 puntos)= cercanía emocional, hay involucramiento pero se permite la distancia personal, los límites entre subsistemas son claros, el tiempo que pasan juntos es importante, se prefieren las decisiones en conjunto y los intereses comunes.
- Aglutinada (41-50 puntos)= cercanía emocional extrema, involucramiento simbiótico, dependen mucho de otros, dependencia afectiva, se dan coaliciones parento-filiales, falta de separación personal, se permite poco tiempo privado, los intereses conjuntos se dan por mandato.

#### Niveles de adaptabilidad:<sup>27</sup>

- Rígida (10-24 puntos)= liderazgo autoritario, fuerte control parental, disciplina estricta, su aplicación severa, roles estrictamente definidos, no existe posibilidad de cambio.
- Estructurada (25-28 puntos)= en principio liderazgo autoritaria, siendo en ocasiones igualitario, disciplina rara vez severa, un tanto democrática, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que se cambian.
- Flexible (29-32 puntos)= liderazgo igualitario, permite cambios, disciplina algo severa negociándose sus consecuencias, usualmente democrática, se comparten roles, hay flexibilidad en las reglas, algunas se cambian.
- Caótica (33-50 puntos)= liderazgo limitado o ineficaz, disciplina poco severa inconsistente en sus consecuencias, falta de claridad en funciones, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

## 2.6 Niveles socioeconómicos

Al formarse la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI) en septiembre de 1992, una de las primeras tareas a que se abocó fue la definición de los niveles socioeconómicos. Hasta la formación de la AMAI, cada empresa manejaba una definición diferente para esta importante clasificación demográfica. Así, cuando un cliente adquiría información de más de una empresa, los resultados no necesariamente eran directamente comparables en cuanto al nivel socioeconómico.<sup>28</sup>

A continuación, se debió definir el nivel socioeconómico en sí. Más que un ejercicio estadístico, esta actividad devino en una discusión de comprensión casi filosófica. La conclusión (después de largas discusiones) fue que el nivel socioeconómico no puede ser una característica de un individuo, ni de un grupo de individuos, sino que debe ser una característica de un hogar.<sup>28</sup>

El nivel socioeconómico es un esfuerzo por cuantificar una característica cualitativa de hogares. En México se han clasificado a los hogares en seis niveles socioeconómicos. Esta clasificación se hereda del hogar al individuo. Hoy en día se cuenta con la nueva regla 10x6 de la AMAI, la cual permite la clasificación del nivel socioeconómico al momento de levantar las entrevistas. El algoritmo permite ser aplicado tanto en entrevistas en el hogar, como en lugares de afluencia, como por teléfono. Las variables preguntadas son poco intrusivas, generan poca desconfianza y tienen un bajo índice de no-respuesta.<sup>28</sup>

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente se están produciendo cambios de un fenómeno que ha estado presente desde hace siglos, la homosexualidad, de la cual sus principales estudios son basados en aspectos fisiopatológicos, sociales, psicológicos, psiquiátricos y recientemente legales.

Varios de estos estudios son hechos en España, u otros países de la Unión Europea donde la homosexualidad es aceptada, sin embargo en México y otros países Latinoamericanos ésta preferencia sexual no ha sido estudiada apropiadamente por las diversas ciencias.

Dentro del estudio de la familia, es poca la información en nuestro país, dirigida a la población homosexual y por lo mismo es nula la metodología de abordaje en la dinámica familiar con integrantes homosexuales.

El presente trabajo busca describir la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes homosexuales a través del FACES III, así como la relación con su nivel socioeconómico medido a través de la nueva Regla 10x6 de la AMAI.

## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Debido que en nuestro país existe una gran deficiencia en la información relacionada con la población homosexual y en específico vinculado con la familia, el presente trabajo busca obtener información sobre cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes homosexuales en relación con su nivel socioeconómico.

Por lo que surge la pregunta:

¿Cuál es el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar que predomina en pacientes homosexuales mexicanos en relación con su estado socioeconómico?

## 5. OBJETIVOS

### ***Objetivos generales***

- Identificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar que predomina en la población homosexual en relación a su nivel socioeconómico.

### ***Objetivos específicos***

- Conocer y describir las áreas que investiga la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III en el paciente homosexual.
- Conocer la relación entre dinámica familiar y nivel socioeconómico en el paciente homosexual.

## 6. HIPÓTESIS

### **HIPÓTESIS NULA**

El grado de cohesión y adaptabilidad en familias con integrantes homosexuales tiene una relación significativa con su nivel socioeconómico.

### **HIPÓTESIS ALTERNA**

El grado de cohesión y adaptabilidad en familias con integrantes homosexuales no tiene relación significativa con su nivel socioeconómico.

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 Material y métodos:

#### a) Diseño del estudio:

Observacional, prospectivo, tipo analítico, transversal no comparativo.

#### b) Población de estudio

Criterios de inclusión:

- Personas homosexuales masculinos.
- Pacientes derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 28 "Gabriel Mancera".
- Mayores de 18 años.
- Que hayan firmado la hoja de consentimiento informado.
- Que hayan aceptado participar en el estudio.
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- No existen en este protocolo.

Criterios de eliminación:

- No existen en este protocolo.

### 7.2 Muestra:

#### Técnica muestral:

En México, de acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y el Control el VIH/sida (Censida, antes llamado Conasida) la población declarada gay es 5% del total, es decir, en números redondos, 5 millones de mexicanos no son heterosexuales. Sin embargo, organizaciones no gubernamentales y grupos a favor del movimiento LGTB (miembros de la comunidad lesbiana, gay, bisexual y transgénero) estiman que el porcentaje de la población gay es de 11 millones, más del doble de lo presentado por Censida, pero no se tiene un número definido de personas homosexuales ni a nivel nacional como estatal.

Los informantes fueron reclutados a través del servicio de la consulta externa de los 32 consultorios de la Unidad de Medicina Familiar 28 del IMSS, turno matutino y vespertino, además de la consulta externa de CLINSIDA del Hospital General de Zona 1ª “Venados”. Adicionalmente se usó la técnica de “bola de nieve” (snowball sampling), de utilidad cuando se intenta contactar poblaciones inaccesibles o difíciles de entrevistar; esta última se trata de una subcategoría de métodos propositivos de muestreo en que se parte de un “propósito” y se investigan uno o más grupos específicos, cuando se necesita una muestra rápida y cuando no es importante para el estudio una muestra proporcional, consiste en contactar integrantes de un grupo que conozcan los criterios de inclusión, solicitando a estos informantes clave que sugieran personas dispuestas a colaborar en el estudio y a su vez que éstas recomienden a otras con los mismos criterios.

### **7.3 VARIABLES**

**Variables del estudio:** Cohesión y adaptabilidad familiar, y nivel socioeconómico.

Dependiente: Cohesión y adaptabilidad familiar

Independiente: Nivel socioeconómico

#### **Definición conceptual de variables**

**Cohesión:** grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía que puede experimentar una persona dentro de la familia.

**Adaptabilidad:** habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

**Nivel socioeconómico:** es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Para determinar este atributo se estudian distintas variables relacionadas con la vivienda, el nivel de hacinamiento, los ingresos medios, la educación y el trabajo de los jefes del hogar.

## Definición operacional de las variables

Cohesión y adaptabilidad familiar: en este estudio se utilizó la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III, el cual consta de 20 reactivos, con 2 esferas a evaluar. El cual consiste en:

<b>Cohesión</b>	<b>Amplitud de clase</b>
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

<b>Adaptabilidad</b>	<b>Amplitud de clase</b>
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familias en 16 posibles tipos.

Nivel socioeconómico: para medir esta variable se usó el índice 10x6 de la AMAI, el cual clasifica a los hogares en 6 niveles a partir de un árbol de asignaciones considerando 10 indicadores. Permite clasificar a los hogares en:

Nivel	Puntaje
E	Hasta 60 puntos
D	Entre 60 y 101
D+	Entre 102 y 156
C	Entre 157 y 191
C+	Entre 192 y 241
A/B	Más de 242

## Operacionalización de las variables

Característica	Tipo de variable	Escala	Medición	Codificación de variables.
Adaptabilidad	Cualitativa	Nominal	FACES III	1=Rígida 2= Estructurada 3= Flexible 4= Caótica
Cohesion	Cualitativa	Ordinal	FACES III	1= No relacionada 2= Semirrelacionada 3= Relacionada 4= Aglutinada
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Índice AMAI "regla 10x6"	1=Bajo nivel socioeconómico (E) 2=Bajo medo nivel socioeconómico (D) 3 y 4=Medio nivel socioeconómico ( CyD+) 5=Alto medio nivel socioeconómico (C+) 6=Alto nivel socioeconómico ( A/B)

### 7.4 Plan de análisis:

El tipo de estadística que se utilizó en el estudio es descriptiva ya que sólo describe a la población de estudio o muestra con respecto a las variables de interés.

### 7.5 Instrumento de recolección:

#### Escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III) en español (México):

Instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias.

Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar. Adaptabilidad, cohesión y comunicación.

Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con valores de 1 a 5.

Su versión en español obtuvo con coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson et al, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0.80.

En 2002 se realizó un estudio en México, publicado en la revista de atención primaria, donde se evalúa la validez con 12 elementos de referencia, siendo superados satisfactoriamente 8 elementos, con 4 elementos no válidos pero que no fueron considerados suficientes para invalidar el instrumento.

Este modelo propone que las dimensiones de adaptabilidad y cohesión presenten cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los intermedios son normales o “balanceados”, mientras que los más altos y más bajos son “extremos”.

### **Índice de nivel socioeconómico AMAI “Regla 10x6”:**

Desde 1994 el índice de Nivel Socioeconómico de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI) se ha convertido en el criterio estándar de clasificación de la industria de la investigación de mercados en México.

El primer índice de clasificación AMAI se dio a conocer en 1994. Desde entonces el índice ha evolucionado mejorando su capacidad de discriminación y predicción.

Este índice combina dos muestras nacionales de hogares urbanos: el Establishment Survey realizado por la empresa IBOPE/AGB, y la Muestra Maestra de Hogares del estudio Homescan de la empresa ACNIELSEN.

En el 2008 a fin de incrementar la validez y confiabilidad del Índice de Nivel Socioeconómico AMAI se actualizó la regla AMAI considerando 5 aspectos: indicadores incluidos en otros modelos, indicadores correlacionados con ingreso familiar, indicadores con mayor capacidad predictiva del ingreso, dimensiones conceptuales del nivel socioeconómico y calidad de vida, así como su comparabilidad con la antigua regla AMAI.

Considerando los más de 200 indicadores incluidos en la base de Ingreso-Gasto INEGI, a través de un análisis de factores, se identificaron 6 dimensiones de posesiones y capacidades del hogar, contando con 10 indicadores: tecnología y entretenimiento (número de televisores a color y computadora), infraestructura práctica (número de focos, número de carros, estufa), infraestructura sanitaria (baños y regadera), infraestructura básica (tipo de piso y número de habitaciones) y por último el capital humano (educación del jefe de familia).

A las 10 variables seleccionadas se les asigno puntos considerando el coeficiente de cada uno de los valores en una regresión sobre el ingreso familiar, obteniendo 6 niveles socioeconómicos dependiendo del puntaje final, permitiendo mayor simplicidad de aplicación, facilidad de comprensión, mayor capacidad para traducirse a otros indicadores así como menor índice de desconfianza y de no-respuesta.

- El nivel A/B es el estrato que contiene a la población con el más alto nivel de vida e ingresos del país.
- En el nivel C+ se consideran a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente superior al medio.
- En el nivel C se considera a las personas con ingresos o nivel de vida medio.
- En el nivel D+ se consideran a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente por debajo del nivel medio, es decir es el nivel bajo que se encuentra en mejores condiciones
- El nivel D está compuesto por personas con un nivel de vida austero y bajos ingresos.
- El nivel E se compone de la gente con menores ingresos y nivel de vida en todo el país

Para fines del estudio se dividieron los resultados en 6 niveles: alto (A/B), medio alto (C+), medio (C y D+), medio bajo (D) y bajo (E).

Los instrumentos antes descritos se encuentran desarrollados en los anexos de este protocolo.

## **7.6 Procedimientos**

### **Metodología de la investigación.**

1. Durante el periodo de noviembre 2011 a abril 2012 se seleccionaron de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 28 y de la consulta externa de ClinSIDA del hospital General de Zona 1<sup>a</sup> “Venados”, del Instituto Mexicano del Seguro Social a personas homosexuales las cuales cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio. Para este fin se solicitó el apoyo de médicos de base de los 32 consultorios del turno matutino y vespertino y de la consulta externa de ClinSIDA.
2. A los médicos de base quienes aceptaron participar se les solicitó explicar al paciente acerca del estudio, solicitándoles la firma de consentimiento informado.
3. Así mismo se les pidió contesten el instrumento FACES III correspondiente a 20 reactivos, así mismo se evaluó el nivel socioeconómico mediante el índice AMAI “regla 10x6” correspondiente a 10 variables. El tiempo aproximado en contestar los instrumentos fue de 10 minutos en total.
4. Se obtuvo el puntaje global sumando el resultado de los reactivos y las variables de ambos instrumentos
5. Se le solicitó al paciente estudiado que informará acerca de este estudio a otros pacientes que cumplan los criterios de inclusión a fin de ir concentrando a mas pacientes con la técnica de “bola de nieve”
6. Se concentraron los datos en los meses de mayo y junio del 2012, obteniendo grado de funcionalidad, así como su relación con el nivel socioeconómico.
7. Se analizaron los resultados en el mes de julio del año 2012, cumpliendo con los objetivos antes descritos para la realización de la presentación del trabajo final.

## 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como las unidades de observación son seres humanos y se realizan experimentos con ellos, el siguiente estudio se ajusto a lo señalado en la Ley General de Salud, en lo concerniente a la reglamentación de la investigación y los aspectos éticos.<sup>29</sup> Asimismo, se conto con autorización escrita, avalada con la firma del paciente.

La realización de dicho documento fue según lo establecido por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud<sup>31</sup>, así como por la Comisión de Ética de la Coordinación de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La carta de consentimiento del siguiente proyecto conto con la siguiente información: lugar y fecha; título del proyecto; número de registro del proyecto ante el Comité Local de Investigación; objetivos y justificación del estudio; tipo de participación; inconvenientes, molestias y beneficios posibles; nombre y firma del paciente; nombre, matrícula y firma del investigador principal; nombre y firma de dos testigos.

## 9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<b>Mes</b>	Jul- Sept 2010	Oct- Dic 2010	Ene- Mar 2011	Abr- Ago 2011	Sept 2011	Oct 2011	Ene- mar 2012	Feb 2012	Abr- may 2012	Agosto 2012
Problema y título										
Invest. Bibliográfica										
Recolección de información										
Elaboración de diseño del estudio										
Consideraciones éticas										
Registro y aprobación del proyecto										
Aplicación de cuestionarios										
Recolección de datos										
Análisis de datos										
Presentación trabajo final										

## 10. RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Siendo un estudio descriptivo y observacional, los recursos necesarios no fueron muy amplios, pues únicamente se requirió de material de oficina para impresión de artículos y copias del instrumento, lo cual no sobrepaso los \$600 pesos.

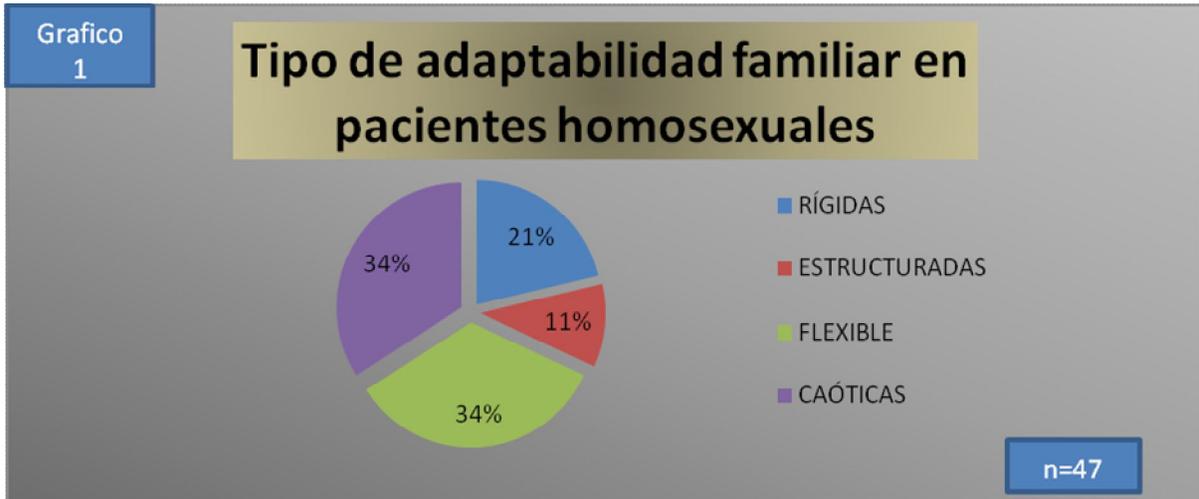
Concepto	Unidad de medida	Precio Unitario	Cantidad requerida	Costo
Tinta impresora canon	Cartucho de tinta	\$ 335	1	\$335
Papel continuo para computadora	Caja	\$ 69	1	\$ 69
Copias		\$0.15	1000	\$120

## 11. RESULTADOS

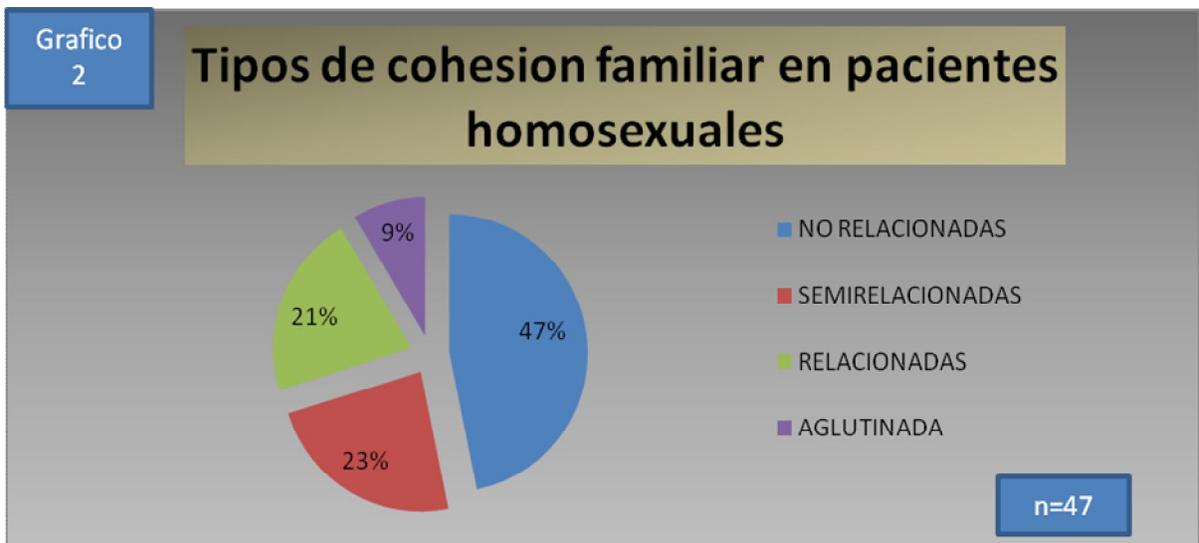
De los 47 pacientes encuestados obtuvimos los siguientes resultados:

### - Cohesión y adaptabilidad familiar:

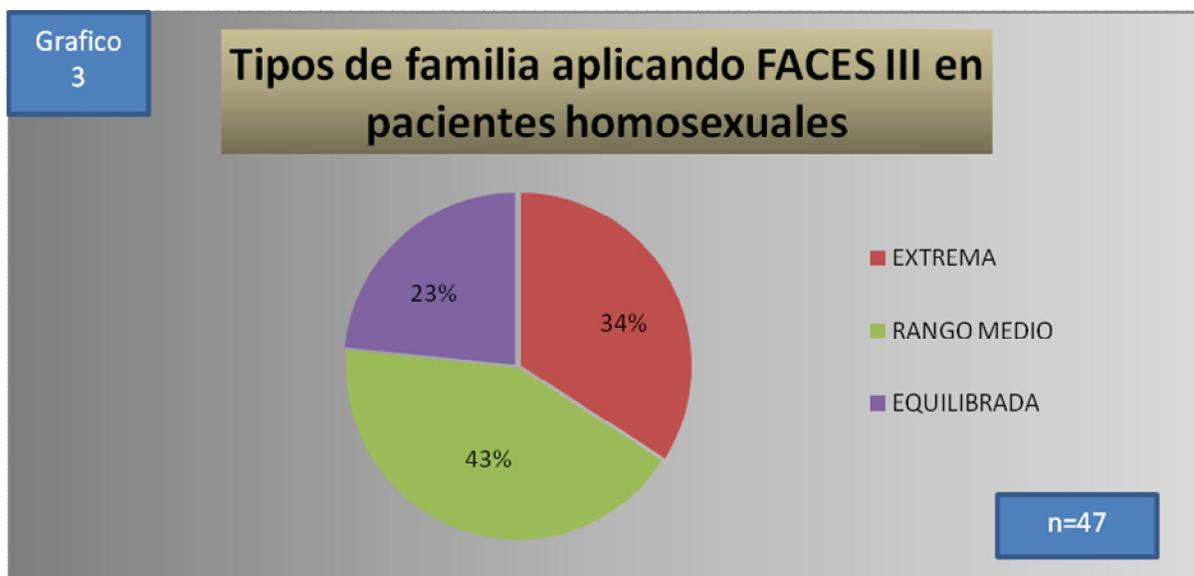
En cuestión de adaptabilidad familiar, el 34% (16) de la muestra resulto con familia de origen caótica, un 34%(16) flexible, el 21% (10) fueron rígidas y un 11% (5) estructuradas. *Grafico 1*



Así mismo, en relación a la cohesión, el 47% (22) de las familias de origen se encontraron clasificadas en no relacionadas, le siguen las familias semirelacionadas en un 23% (11), las relacionadas en un 21% (10) y las aglutinadas en un 9% (4). *Grafico 2*

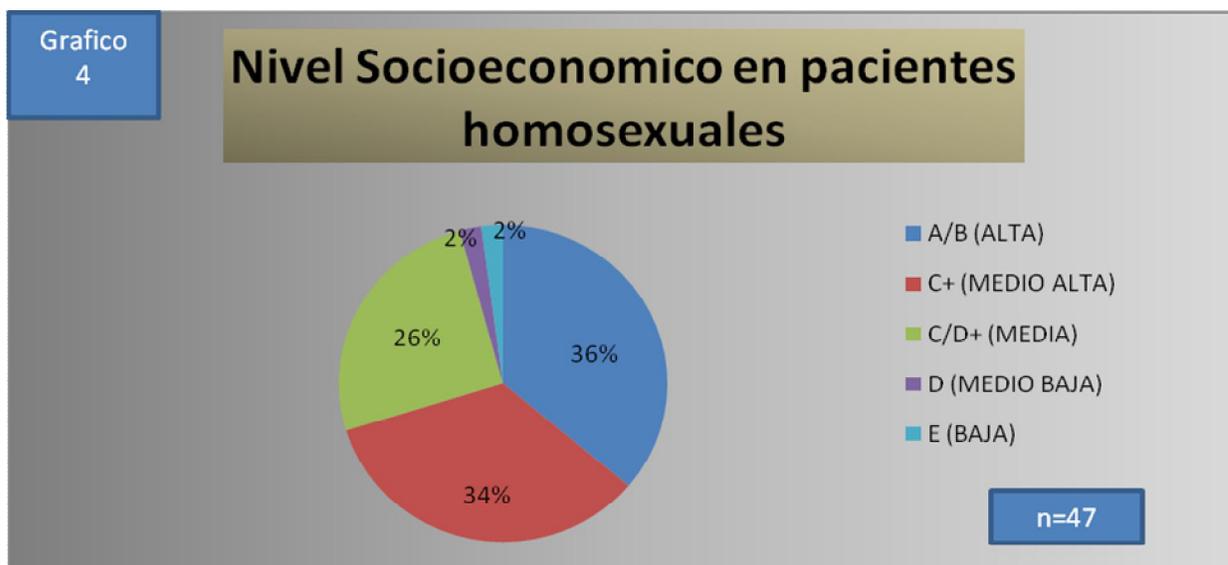


Al unir los resultados anteriores, según el instrumento FACES III, se puede obtener 16 tipos de familias, divididas en relación a su funcionalidad, en la *grafica 3* se observa que las familias en un rango medio predominaron en un 43% (20), las familias en los extremos se presentaron en un 34% (16) y las familias equilibradas en un 23% (11).



- **Sociodemográficos:**

En baso a su nivel socioeconómico, obtenido por el instrumento AMAI 13x6, se encontró que el 36% (17) de la muestra estudiada cuenta con un nivel alto, el 34% (16) con un nivel medio alto, el 26% (12) con un nivel medio, sin predominar los niveles bajos y medio-bajos con un 2% (1) cada uno. Grafico 4

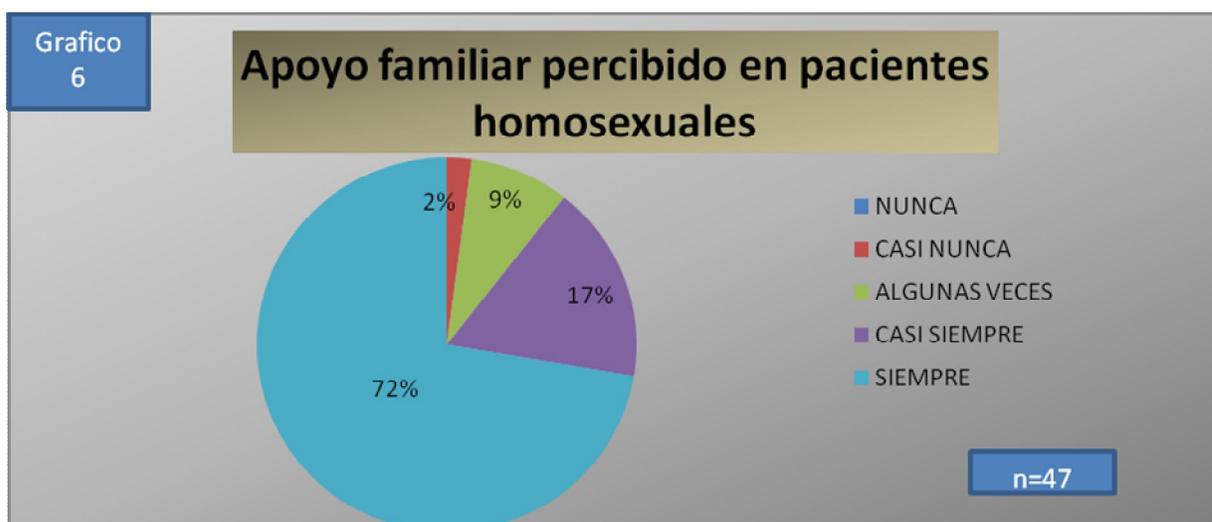


Dentro del instrumento AMAI 13x6 se interroga sobre el grado de escolaridad, los siguientes fueron los resultados obtenidos: pacientes con posgrado un 4% (2), con licenciatura ya sea terminada o troncada 30% (14), pacientes con carrera técnica o preparatoria completa o incompleta 55% (26), un 9% (4) contaban con la primaria o secundaria y un 2% (1) nos reporto que no contaba con ningún grado de estudio. *Grafica 5*



- **Sensación de apoyo y unión familiar:**

Dos preguntas de mayor interés en el instrumento de FACES III fueron la número 1 y la 11, en relación a la sensación de apoyo y unión familiar percibidos por el paciente. En la grafica 6 se observa que el 72% (34) de los pacientes siempre perciben apoyo por parte de su familia de origen, un 17% (8) lo perciben casi siempre, el 9% (4) algunas veces y el 2% (1) casi nunca.

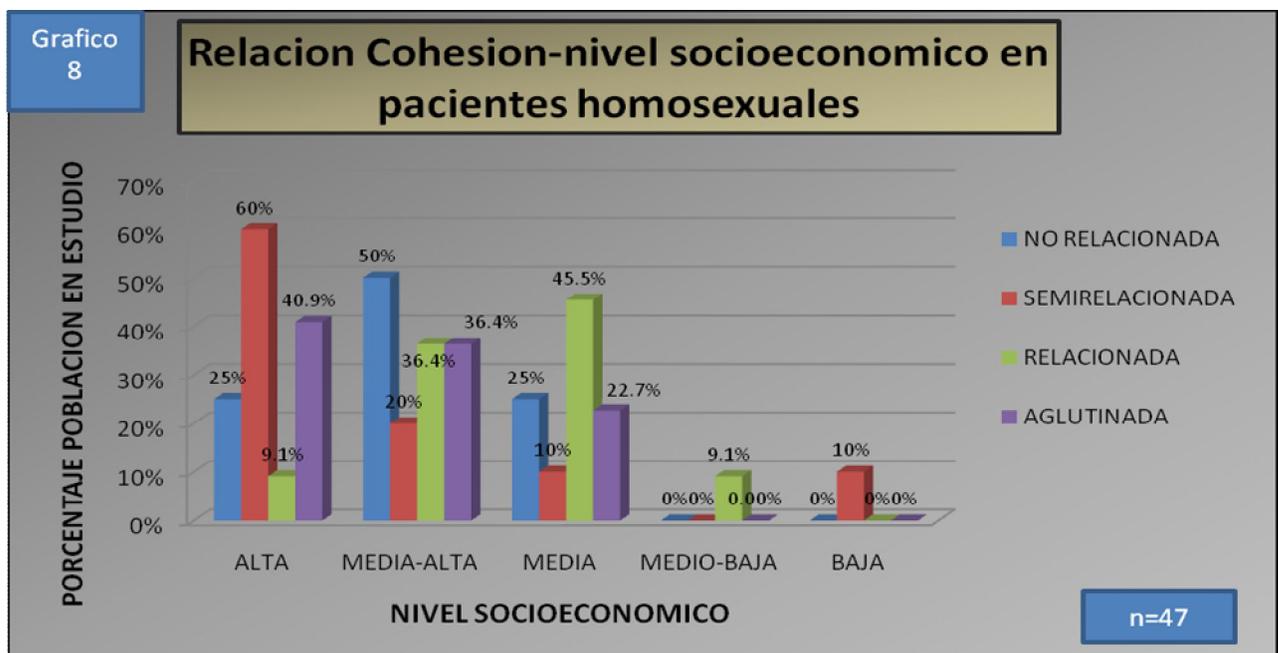


También se encontró que el 45% (21) de los pacientes perciben siempre unión en sus familias de origen, el 26% (12) lo perciben algunas veces, el 19% (9) casi siempre y un 10% (5) nunca y casi nunca perciben unión familiar. *Grafica 7*

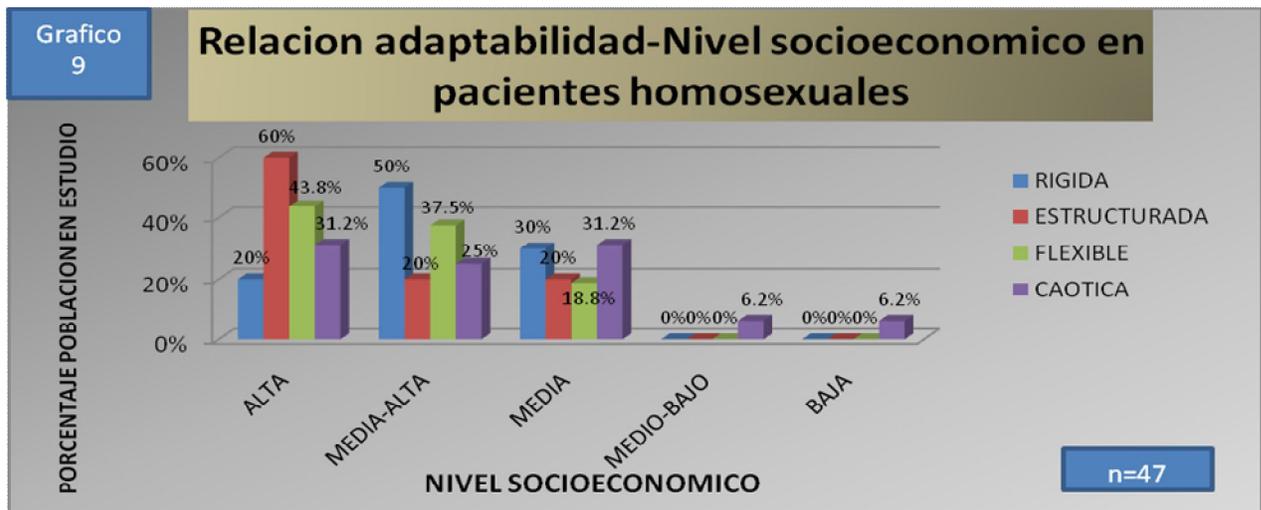


- **Relación Cohesión/Adaptabilidad-Nivel Socioeconómico:**

En la grafica 8 se observa que la familia aglutinada, se encuentra distribuida en niveles socioeconómicos altos 40.9% (9), en medio-alto 36.4% (8) y clase media 22.7% (5). La familia semirelacionada predomina en clases altas en un 60% (6) y media alta con un 20% (2). La familia aglutinada predomina en familias con nivel alto en un 40.9% (9) y en familias con clase medio-alto en un 36.4% (8). Las familias relacionadas predominan en clase media y media alta en un 45.5% (5) y 36.4% (4) respectivamente.

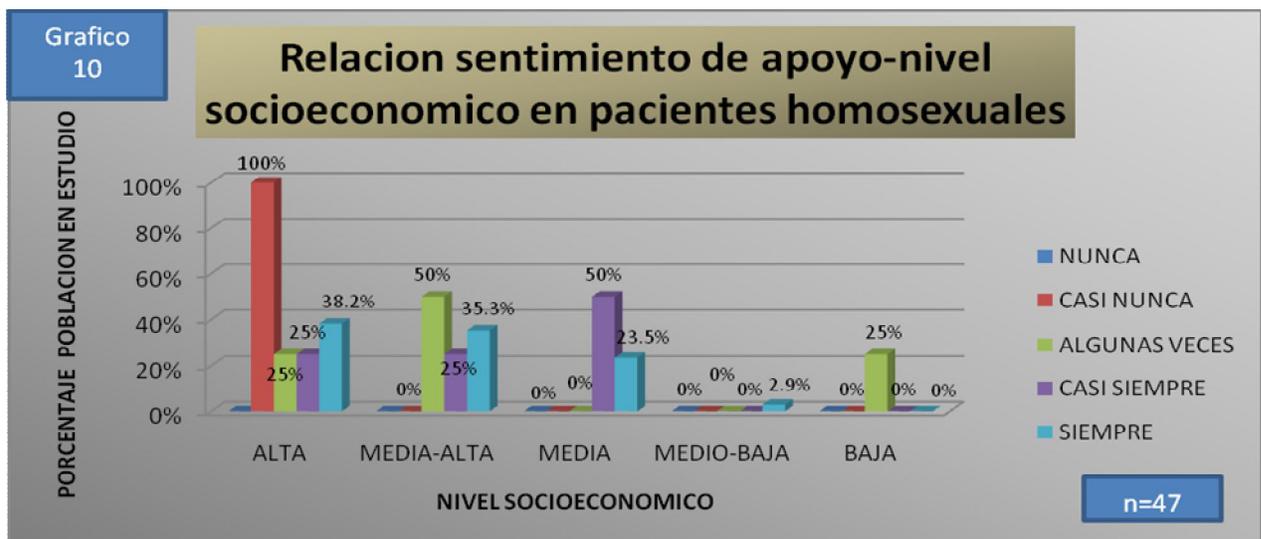


En cuanto adaptabilidad familiar, las familias caóticas se distribuyeron en niveles socioeconómicos altos 31.2%((5), medio-alto 25%(4) y medio 31.2%(5). Así mismo las familias flexibles se distribuyeron en niveles altos 43.8%(7), medio-altos 37.5%(6) y medio 18.8% (3). Las familias estructuradas predominaron en niveles altos en un 60%(3) y medio –altos y medios con un 20% (1) en cada uno. Finalmente las rígidas se distribuyeron en niveles medio-altos en un 50% ( 5), medios 30 % ( 3) y altos 20%(2). Grafica 9

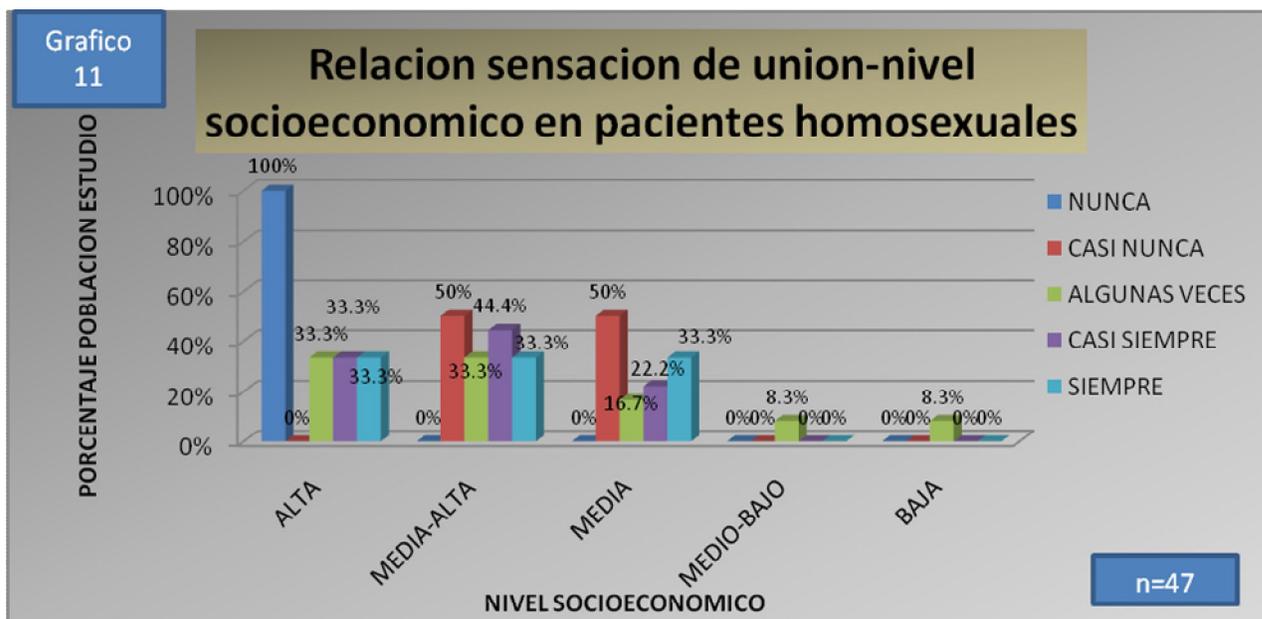


- **Relación apoyo/unión familiar-nivel socioeconómico:**

En la *grafica 10* se observa que los pacientes que siempre han tenido sentimiento de apoyo se distribuyen en clases socioeconómicas altas 38.2%(13), medio-altas 35.3% (12) y media 23.5% (8), constituyendo esta población el 70%(33) de la muestra estudiada.



En la *grafica 11* la población que predominó fueron los pacientes que siempre han percibido unión familiar 44.7% (21), distribuidos en niveles socioeconómicos altos, medio-altos y medios en un 33.3% (7) en los tres niveles. La población que sigue son los que algunas veces sienten unión familiar en un 25.5%(12), distribuidos en niveles altos y medio altos en un 33.3% (4) en cada uno, medio en 16.7%(2) y medio-bajo y bajo en 8.3%(1) cada uno.



Cabe mencionar que la población que nunca ha sentido unión familiar 6.4%(3) ni ha percibido apoyo por parte de su familia 2.1%(1) se encuentran en niveles socioeconómicos altos en un 100%, como se muestra en las *graficas 10 y 11*.

## 12. ANALISIS DE RESULTADOS

En nuestro estudio se encontró de forma general, al unir los tipos de familia según su cohesión y adaptabilidad, que las familias predominantes se encuentran en un rango medio según el modelo circunflejo de Olson como se muestra la grafica 3, sin haber una gran diferencia con las familias equilibradas y en los extremos, por lo que no se concluye que haya un tipo de familia predominante en nuestra muestra.

Así mismo, se encontró que los niveles socioeconómicos que predominaron en nuestra muestra en estudio, fueron el alto, medio-alto y medio, en relación con el grado de escolaridad, en la cual se observa que el 85% de la muestra tiene como mínimo grado de estudio la licenciatura. Estos datos no se pueden extrapolar a toda la comunidad homosexual, ya que como se demuestra en muchos estudios, esta población sufre de mucha discriminación, por lo cual es probable que las personas con escasos niveles y menor grado de estudio sean más propensas a no expresar abiertamente su sexualidad dentro de la sociedad.

Específicamente el tipo de cohesión familiar que predominó en nuestra muestra fue la no relacionada en un 47%, como se observa en la *grafica 2*, queriendo decir en general que hay una extrema separación emocional, muy poco involucramiento y falta de cercanía parento-filial. Este resultado no es significativo ya que el 44% de la muestra se clasificó en familias con cohesión en rangos medios. Al relacionar los tipos de cohesión con el nivel socioeconómico se observa una distribución bastante homogénea en los niveles altos, medio-alto y medios, sin ser significativo.

Al analizar dos tipos de preguntas del instrumento FACES III, las cuales están en relación a la cohesión, se obtuvo que el 72% de nuestra muestra siempre ha tenido apoyo por parte de su familia y el 45% siempre ha percibido unión dentro de su familia.

Estos resultados difieren de los estudios realizados por Toro-Alfonso J.<sup>4</sup> y Ortiz Hernández L.<sup>3</sup>, en donde se refiere que este tipo de población no disfruta de apoyo familiar y que hasta en 44% han querido desistirlos de su preferencia sexual.

Así mismo de las 10 preguntas que analizan el grado de cohesión familiar, el resultado de estas dos preguntas nos indica que una gran parte de nuestra población percibe en todo momento apoyo y unión familiar, independientemente del resultado final, en la cual se ve que el 47% de la muestra tienen familias con gran desapego. Por lo tanto es diferente la percepción del paciente con respecto al resultado del instrumento.

En la relación entre cohesión y nivel socioeconómico se observa nuevamente una distribución homogénea en los niveles de alto a medio, sin haber una diferencia significativa. Únicamente llama la atención que el 100% de la muestra que nunca percibe apoyo y unión familiar se encuentra en niveles socioeconómicos altos, sin embargo es un porcentaje mínimo de la muestra total y no es significativo en este estudio.

Al analizar la adaptabilidad familiar, no se observa una predominancia significativa, ya que el 56% de la muestra se encuentra en tipos de familias en extremo (34% caótica y 21% rígida) y el 45% de la muestra total se encuentra en rangos medios (34% flexible y 11% estructurada).

Aunque no es significativo, el hecho de que haya una distribución tan homogénea es importante, ya que la adaptabilidad en una familia, más específicamente, el tipo de liderazgo y la posibilidad de cambios, son elementos que van a contribuir al grado de facilidad en la expresión de la sexualidad, por lo cual podemos afirmar que las familias rígidas, representadas en un 21% en nuestra muestra, pudieran dificultar la expresión y desarrollo de la preferencia sexual del individuo, lo cual se relacionaría con falta de apoyo, lo cual está demostrado en la cohesión familiar.

Por último no se observa un nivel socioeconómico predominante en relación con la adaptabilidad familiar, siendo distribuida la muestra de forma muy homogénea en los niveles alto, medio-alto y medio, sin haber algún tipo de significancia.

### **13. CONCLUSIONES**

No hay un tipo de familia que predomine en las familias de origen de los pacientes homosexuales, sin embargo, se observó una pequeña tendencia hacia las familias no relacionadas, esto quiere decir, con extrema separación emocional y física. Si a esto se añade que el 21% de las familias son rígidas en cuanto su adaptabilidad, se puede concluir que los pacientes provenientes de estos dos tipos de familia presentarían mayor dificultad para la expresión de su sexualidad, y así mismo, no encontrarían apoyo en su familia con respecto a su decisión.

No se encontró relación entre la funcionalidad familiar y el nivel socioeconómico. Así mismo, no hubo un nivel socioeconómico ni grado escolaridad predominante en nuestra muestra, por lo cual se afirma que estas dos variables no son dependientes de la preferencia sexual, sin embargo, en nuestra muestra la población con nivel socioeconómico bajo y grado de escolaridad bajo fue la minoría, por lo cual, esto sí puede influir en la expresión de la sexualidad, por lo cual sería necesario en futuros estudios homogenizar la población en los criterios de inclusión.

Por otra parte, aunque el tipo de cohesión predominante fue la no relacionada, la mayoría de los participantes refieren percibir una adecuada unión y apoyo familiar, por lo tanto, es diferente el resultado del instrumento a la percepción de los pacientes.

Una desventaja del estudio fue que una gran parte de la población estudiada cuenta con el diagnóstico de VIH, lo cual es una variable que como se ha visto, podría contribuir a la disfunción familiar, por lo cual se sugiere realizar este tipo de estudios en la población general en principales centros de reunión.

Aunque la mayoría de nuestros resultados no fueron significativos, es necesario la realización de futuros estudios en nuestra población homosexual, ya que estos cuentan con varios factores que pudieran ocasionar su rechazo por parte de la sociedad, así mismo, la familia es un importante punto de apoyo en la mayoría de las personas, siendo estas mismas, la primera en rechazar al paciente homosexual. Por lo mismo, al no contar en nuestro país con una diversidad de estudios en población homosexual, se debe promover su estudio y así mismo capacitar al médico familiar en la atención integral y seguimiento de estos pacientes que representa el 5% de la población general.

## 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Toro Alfonso J. El estudio de las homosexualidades: revisión, retos éticos y metodológicos. *Revista de Ciencias Sociales*. 2005; 14: 78-91.
- 2.- Universidad de San Martín de Porres Filial Norte Chiclayo – FMH. *Psicología Médica – Ensayo sobre Homosexualidad*. 2008.
- 3.- Ortiz Hernández L, García Torres MI. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cad. Saude Publica*. 2005; 21 (3): 913-924.
- 4.- Toro-Alfonso, J. Varas-Díaz, N. Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; 4(3): 537-551.
- 5.- Toledo F, Florescano E, Woldenberg J. *Los desafíos del presente mexicano*. México, Taurus, 2006 .
- 6.- Castellanos González MA, Arce Gómez DL, Reina Castellanos LM, Lescay Rojas A, García Megret E. Homosexualidad, familia, violencia y drogadicción. *MEDISAN* 2008;12 (2)
- 7.- Rios Ruiz, AA. ¡Homosexualidad! La nueva perspectiva de la familia y la adopción. *Revista Amicus Curiae*. 2010; 1 (8): 1-13
8. - Shackelford TK, Besser A. Predicting Attitudes toward homosexuality: insights from personality psychology. *Individual Differences Research*. 2007; 5(2): 106-114.
9. - Herek, G. Stigma, Prejudice, and Violence Against lesbians and Gay Men. Department of Psychology, University of California at Davis. 1991; 60-80.
- 10.- Martínez, J. La homosexualidad. En su contexto histórico, teológico y pastoral. 2º edición. Barcelona: Alianza Evangélica Española; 1999. p. 1-15.
- 11.- Álvarez Palestino, N. La disfunción familiar y homosexualidad estudio comparativo. [Tesis doctoral]. Mexico DF: UMF28, IMSS; 2000.

12. - Myers, M. Common psychiatric problems in homosexual men and women consulting family physicians. *CMA journal*. 1980; 123: 359-63.
- 13.- Granados Cosme JA, Delgado Sánchez G. identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cad. Saude Publica*. 2008; 24(5): 1042-1048.
- 14.- King M, Semlyen J, See Tai S, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(70): 1-17.
- 15.- Gallego Montes G. Implicaciones del VIH/SIDA en la biografía de varones con prácticas homoeróticas en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex*. 2010; 52 (2): 141-146.
16. - Garofalo R, Mustanski B, Donenberg G. HIV prevention with Young men who have sex with men: parents know and parents matter; Is it time to develop family-based programs for this vulnerable population? *J Adolesc Health*. 2008; 43(2): 201-204.
- 17.- Craft SM, Serovich JM. Family of origin factors and partner violence in the intimate relationships of gay men who are HIV positive. *J Interpers Violence*. 2005; 20(7): 777-791.
- 18.- Granados Cosme JA, Torres Cruz C, Delgado Sánchez G. La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/SIDA. *Salud Pública Mex*. 2009; 51(6): 482-487.
- 19.- González MM, Sánchez MA. Las familias homoparentales y sus redes de apoyo social. *Portularia*. 2003; 3: 207-220.
20. - Patterson, CJ. Children of Lesbian and Gay Parents. *Association for Psychological Science*. 2006; 15 (5): 241-4.
- 21.- Jokin I, Cristina LB. Los estudios de adopción en parejas homosexuales: mitos y falacias. *Cuadernos de bioética*. 2006; 17 (061): 377-89.
- 22.- Decreto por el que se reforman diversas disposiciones del código civil para el Distrito Federal y del código de procedimientos civiles para el Distrito Federal. (Gaceta oficial del Distrito Federal, 29-12-09).

- 23.- Membrillo L. Apolinar. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. México: Ed. ETM; 2008.
- 24.- Huerta G. José Luis. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Ed. Alfil; 2005.
- 25.- Ponce Rosas ER, Gomez Clavelina EJ, Teran trillo M, Irigoyen Coria AE, Landgrave Ibanez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria. 2002; 30(10):624-630.
- 26.- Martinez Plampiega A, Iraurgi Castillo I, Sanz Vazquez M. Validez estructural del FACES-20Esp: Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. RIDEP. 29(1). 2011.
- 27.- Leyva Jimenez R, Hernandez Juarez AM, Nava Jimenez G, Lopez Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 227-228.
- 28.-Lopez Romo H. Nuevo Índice de Nivel Socioeconómico AMAI. En: Congreso AMAI 2008. México DF: 9 de septiembre de 2008.
- 29.- Reglamento de la Ley General de Salud Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación/ 1983 de 3 de febrero, de 07-02-1984)

## 15. ANEXOS

### ANEXO 1: FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee)

Versión en español (México): C. Gomez y C. Irigoyen

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca (1)    Casi nunca (2)    Algunas veces (3)    Casi siempre (4)    Siempre (5)

Describe su familia:

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- 11. Nos sentimos muy unidos.
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- 19. La unión familiar es muy importante
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

## Anexo 2 Índice de Nivel Socioeconómico AMAI

**Instrucciones:** favor de contestar cada una de las siguientes variables en relación a su hogar:

Cantidad	Puntos			
	TV a color	Automóvil	Baños	Computadora
No tener	0	0	0	0
1	26	22	13	17
2	44	41	13	29
3	58	58	31	29
4	58	58	48	29

Cantidad	Puntos		
	Piso diferente de tierra o cemento	Regadera	Estufa
No tener	0	0	0
Tener	11	10	20

Cuartos	
Cantidad	Puntos
0 a 4	0
5 a 6	8
7 o mas	14

Focos	
Cantidad	Puntos
6 a 10	15
11 a 15	27
16 a 20	32
21 o mas	46

Escolaridad	
Nivel	Puntos
Sin instrucción	0
Primaria o secundaria completa o incompleta	22
Carrera técnica, preparatoria completa o incompleta	38
Licenciatura completa o incompleta	52
Postgrado	72

## Anexo 3 Carta de consentimiento informado



# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: México Distrito Federal a            de            del año 2011

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Cohesión y Adaptabilidad familiar en pacientes homosexuales en relación al estado socioeconómico, registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número:

El estudio tiene como propósito identificar y analizar el funcionamiento familiar que predomina en la población homosexual en relación a su nivel socioeconómico, a través del instrumento FACES III y el Índice de Nivel Socioeconómico AMAI.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Por favor lea la información que le proporcionamos, y haga las preguntas que desee antes de decidir si desea o no participar.

Si usted acepta participar le pediremos contestar el instrumento FACES III correspondiente a 20 reactivos, el cual evalúa cohesión y adaptabilidad familiar. Así mismo le pediremos conteste un cuestionario que evalúa el estado socioeconómico a través del Índice de Nivel Socioeconómico AMAI, correspondiente a 10 variables. El tiempo aproximado en contestar los instrumentos es de 10 minutos en total.

El llenado de los cuestionarios se lleva a cabo en forma individual y confidencial. Esta información será totalmente confidencial, esto es, será conservada de forma tal que usted no pueda ser identificado. Pudiera ser que dentro de las preguntas en el cuestionario

o durante la entrevista, alguna de estas preguntas le hiciera sentir incómodo, usted tiene todo el derecho de no responder a cualquiera pregunta que le incomode.

### **Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio**

No recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio.

Un posible beneficio de su participación en este estudio es que los resultados de los instrumentos que le realizaremos le proporcionarán información sobre su estado de funcionalidad familiar. El conocer sobre su estado de funcionalidad familiar pudiera ser un beneficio para usted. Si bien los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados del presente estudio brindara información de gran utilidad para posibles estudios futuros sobre la funcionalidad en familias con integrantes gay, ya que en México no contamos con la suficiente cantidad de información de este tipo.

### **Resultados**

Si usted así lo desea, los resultados de los instrumentos que conteste podrán ser enviados via correo electrónico para beneficio de usted y de su familia.

### **Participación y retiro**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.

### **Privacidad y confidencialidad.**

La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarla/o (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad.

Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, por ejemplo, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

### **Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio**

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse de 9:00 a 16:00 hrs, de lunes a viernes con el Dr. Norman Bellacetín González

