Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

EL CURRICULO OCULTO Y LA PRODUCCIÓN DE PREJUICIOS HETEROSEXISTAS Y HOMOFÓBICOS EN LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES EN MÉXICO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL

PRESENTA

MARIO FAUSTO GÓMEZ LAMONT

DIRECTOR DE LA TESIS: DR. JOSÉ ARTURO GRANADOS COSME

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2018

A Octavio
Eres fuente de mi inspiración, amor y lucha política

Una noche

Hace ya cuatro años de la sombría visita de Mara Selvini al estudiante que preparaba su examen profesional. Aquel acontecimiento le dejó una reflexión que perduraría en su memoria durante la siguiente etapa de su vida, un eco que le retumbó los días siguientes:

> En el campo de la terapia familiar existe un grave peligro: que se pierda el espíritu de investigación. Personalmente no me interesé demasiado por la formación de terapeutas familiares porque me siento incómoda enseñando algo que sólo se debería transmitir a quienes poseen espíritu de investigación.

En ese encuentro, la conversación en torno al campo de la terapia familiar y lo atractivo que se volvió para las élites privilegiadas, blancas, heterosexuales, judías, católicas y adineradas, que habían podido viajar a otros países para formarse con las "vacas sagradas" (quienes transformaban esa experiencia en un producto novedoso y susceptible de un precio) Un producto que trascendía las aulas para convertirse en una nueva marca y además en un régimen político.

> Muchos son los jóvenes que aspiran a convertirse en terapeutas familiares, pero carecen de toda curiosidad intelectual. Ante esta situación hay que presentarse con humildad y entusiasmo de investigador, como me sucedió a mí hace ya muchos años ante un problema al menos igual de complejo.

Ahora la inquietud del estudiante estaba dirigida a responder la interrogante que Mara le había dejado: ¿por qué no le interesó la formación de terapeutas familiares? si es el nicho por excelencia de transmisión de valores y prejuicios morales, ¿por qué suponer que esos jóvenes que aspiran a convertirse en terapeutas familiares carecen de curiosidad intelectual?.

No pasó mucho tiempo para que el estudiante intentara entrar a una formación en terapia familiar, ya con nuevas interrogantes sobre su vida y, sobre todo, con la convicción de su orientación sexual, un secreto que se mantuvo en silencio por miedo y que fue revelado, de vez en cuando, a uno que otro amigo o familiar cercano, pero que el estudiante pudo compartir, por primera vez fuera de su círculo de confianza, en la entrevista de ingreso a terapia familiar. Esperanzado, lo dijo sin problema alguno. Sin embargo, la respuesta no fue la esperada percibió cierto desagrado e incomodidad en su interlocutora al enterarse que el estudiante no se definía como heterosexual.

El camino ya no era claro para él. Lo habían rechazado del programa de terapia familiar., amigos y amigas le habían dicho que lo intentara de nuevo, que quizás al tercer intento lo acepta-

rían. Había casos en que la "insistencia" daba buenos resultados con los evaluadores. Sin embargo, la inquietud sobre el poder político dentro y fuera del espacio terapéutico era la interrogante que guiaba al estudiante para rechazar un segundo o tercer intento. La inquietud era mucha, era necesario dar una respuesta en un espacio que aceptara hablar del poder y la marginación como motor de cambio social.

Es ahí donde se mezclaron sus afectos, la violencia vivida en el espacio familiar y la discriminación en el espacio público, factores éstos que lo condujeron a los estudios feministas y médico-sociales, y sobre todo a tener presente aquellas frases emblemáticas de los estudios quir: "el valor del desprecio" y "lo personal es político", las cuales forjaron una mirada crítica ante los diversos diálogos con los colegas terapeutas. Entre ellos, hubo uno sostenido con la editora de una revista especializada en Terapia familiar en México. Cuando el estudiante le planteó la preocupación de la poca visibilidad respecto a la homosexualidad en los escritos de terapeutas familiares, ella le respondió:

> Y te diré algo: si hay tan pocos artículos sobre la homosexualidad es porque no los mandan. También hay una invisibilidad del otro lado, una dificultad. Creo que eso es muy importante que lo escribas, para que no parezcas emocionalmente cegado. Una cosa es aceptar tus emociones y otra es que esas sean tus razones para pelear. Se tiene que pelear con la razón, por lo menos es lo que creo.

Era evidente su precario marco explicativo de la realidad (dijo el estudiante en tono reflexivo). No conocía a Donna Haraway, quien describió una epistemología de los oprimidos, lo que en otras palabras significa una teoría de quienes somos marginados socialmente por las múltiples discriminaciones, y que esa experiencia es una herramienta válida para dar visibilidad de nuestra existencia corpórea y disidente., tampoco conocía a Linda Alcoff, quien recordara el uso de los afectos como parte de la movilización en la investigación, de la recuperación del archivo histórico y la memoria como elementos indispensables en el quehacer y el cambio social. Por último, el estudiante recordó a una autora que lo influyó *radicalmente*: Monique Wittig (2006), quien en una serie de seminarios mencionó firmemente:

> La heterosexualidad no sólo es una práctica sexual, sino un régimen político frente al que tanto el cuerpo del homosexual como el del migrante, el del colonizado y el del indígena, aparecen como cuerpos desviados que no pueden, no deben, tener acceso a la reproducción del cuerpo nacional. Donde no hay espacios para mencionarlos ni motivar para que se escriba de ellos.

Al dedicarse a su nuevo proyecto, el estudiante viajó de universidad en universidad para dar respuesta a sus interrogantes, conociendo investigadoras que con mano firme transformarían su manera de pensar hacia una que fuese más crítica y libre, una donde lo motivaran a describir al mundo como la tesis de otro, donde se polemizara la descripción que se hace de ese mundo, ese mundo mal digerido por la otra persona, el mundo mal entendido por la persona llena de privilegios. Entonces, aprendió que cuando se quiere reestablecer aquel entendimiento del mundo es necesario polemizar con aquella persona o personas que han pensado mal, o que han mostrado múltiples sesgos de clase, de raza, de orientación sexual, de género, de edad, y que es necesario que piensen bien y en los términos correctos. Por lo tanto, descubrió la manera de salir de los márgenes disciplinarios que establecen diálogos y convenciones generalizadas, mismas que atribuyen logros infames: sin color, raza, género, clase social, orientación sexual y edad. Esto lo llevó a realizar lecturas que concluyen la descripción del mundo como una práctica filosófica que es polémica en sí misma.

Agradecimientos

Agradecer nunca es sencillo, porque implica tener la sensibilidad necesaria con aquellos y aquellas que de forma directa o indirecta estuvieron involucrados en la realización y culminación de esta tesis, quienes desde un inicio me animaron a inscribirme al programa de Medicina Social que oferta la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM Xochimilco). Culpable de esto quiero recordar a Carlos Alberto Navarrete, ya que sin sus insistentes mensajes para dejar papeles y continuar con el proceso de selección no me hubiera inscrito a esta maestría: muchas gracias, querido amigo. También a quien me animó con sus revisiones a seguir trabajando el tema y a "no dejarme": mi querida Patricia Piñones. De igual forma, agradezco a mi querida Lilia Monroy, que todo el tiempo me mostró su interés y apoyo en mi tema: mil gracias, Lilia.

Durante los dos años del programa, quien me animó emocionalmente ante diversas dificultades fue mi querida Claudia, alias "Red". Muchas gracias por estar ahí, en ese mismo periodo: Iliana, Rabín, Juli o las "Julis", todas han sido personas importantes e inspiradoras para mi desarrollo personal y profesional: les agradezco muchísimo. También quiero extender un agradecimiento especial a mi compañero de vida de ese momento: Francisco Lermo, quien me enseñó muchísimo sobre la vida y el amor libre. Te agradezco infinitamente lo que me has enseñado.

Por otro lado, quiero reconocer que el origen de este proyecto tuvo luz en el Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde figuras como Patricia Piñones, Ana Bouquet, Helena López y Hortensia Moreno revisaron mi proyecto y contribuyeron enormemente en cuestiones teóricas y metodológicas durante mis dos años y medio en el programa. Con ello quiero extender menciones especiales a Marta Lamas, por enseñarme estrategias didácticas al hacer presentaciones y articular formas de implicación activista en instituciones, así como a Estela Serret, de quien tengo una gran admiración y compromiso, por seguir un camino dentro del área de la filosofía política. En este tenor quiero reconocer a Gloria Careaga, por motivarme a seguir dentro del espacio crítico del feminismo lésbico y seguir polemizando el campo de la terapia familiar. A mis amigas Marta Ferreyra que me brindó su amistad y confianza para proyectos grandes y pequeños. En pocas palabras: AMO AL PUEG y a las personas que ahí trabajan.

También hay figuras en la UAM Xochimilco que contribuyeron e influyeron enormemente en este devenir, como Jorge Álvarez, quien me demostró en todo momento la coherencia entre la teoría y la práctica ética. Con un sentido del humor muy particular, me apoyó, me aconsejó y me

orientó en proyectos, dudas existenciales y consejos profesionales. También ha sido él mi inspiración para incorporarme en el estudio de la bioética que quiero cursar en el posgrado de la UNAM. Gracias, Jorge.

Otra figura importante en mis estudios críticos sobre pedagogía, feminismo y estudios de género fue Javier Solís Mendoza, que aunque ya no seamos amigos, gracias a sus consejos, críticas y diálogos continuos me orientó en todo momento para comprender mejor lo que se entiende por currículo oculto, Gracias por ello. También quiero reconocer a mi querido amigo Armando Gutierrez alias Moyokoyani" que, como un hermano mayor, me guió en todo momento en esta tesis, me leyó con paciencia, me corrigió y me hizo valiosas sugerencias, muchísimas gracias. También quiero reconocer a mi familia por apoyarme en el último trimestre de la maestría, pues al no contar con la beca, me apoyaron para terminar mis estudios: Mamita, te amo: gracias por todo; papá, te quiero; hermanitas Lorry y Danna: ¡muchas gracias!

ÍNDICE

Introducción 11

Planteamiento del problema

Justificación

Objetivos

Capítulo 1. La perspectiva médico-social …… 17

El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado

Aparatos ideológicos del Estado

La Familia como Dispositivo del Estado

La Terapia Familiar como aparato ideológico

El segundo objeto de estudio de la Medicina Social: la respuesta social organizada

Capítulo 2. La construcción

de objetos de estudio …… 22

La categoría intermedia

Ruta conceptual: las categorías

La perspectiva feminista en la investigación médico-social

Capítulo 3. La terapia familiar y la heteronorma …… 30

Capítulo 4. La homofobia en la terapia familiar: la ficción política viva

y las políticas antiobscenidades …….. 34

Capítulo 5. El currículo oculto …… 52

Capítulo 6. Los prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación

de terapia familiar en México …… 58

Metodología …….. 73

Resultados …….. 84

Conclusiones …….. 127

Anexos …… 130

Referencias bibliográficas …… 154

Resumen

En este estudio se pretendió describir la manera en que el currículo oculto en las formaciones en terapia familiar en México produce prejuicios heterosexistas y homofóbicos en los egresados de dichas formaciones. Buscó cumplir con los siguientes objetivos: Describir la manera en que los currículos formales omiten los temas de género, sexualidad, y homosexualidad. Describir la manera en que la producción tecnológica (*tecnología del yo) y la académica omiten contenidos de homosexualidad. De igual forma, describir la manera en que los procesos, tanto de enseñanza como de aprendizaje, que no son objeto de una intencionalidad explicita ni de una planeación puntualizada en la gestión, producen y/o propician prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapia familiar. Metodológicamente, se consideró una investigación mixta, a partir del segundo objeto de estudio de la Medicina Social, cuyo diseño de investigación elegido dentro de los estudios de corte mixto fue el explicativo secuencial, (Echeverría, 1997: 245; Bartra, 2012; Lagarde, 1996; 2013). Los resultados, por indicador, arrojaron diferentes datos importantes: En México, sólo 1 programa de Terapia Familiar, que se encuentra en la Ciudad de México, tiene de forma explícita en su plan curricular el tema de género y diversidad sexual. En ese sentido, el 70% de los encuestados de una muestra de 100, habían manifestado que nunca durante su formación había visto el tema, conectado con el indicador de proceso o impacto, de un análisis de 484 artículos publicados entre 1988 hasta 2016, de dos revistas mexicanas especializadas en TF, sólo 3 artículos tocaban el tema de la homosexualidad, esto a su vez nos dio elementos para considerar que el parámetro ideológico estaba depositado en la categoría ciclo vital de la familia, referente a estructuras normativas y paranormativas de la vida de familias heterosexuales. Impresión conectada con las anécdotas obtenidas a través de las entrevistas de las personas participantes, que refieren haber sentido incomodidad por parte de sus profesores y profesoras al momento de sugerir ver los temas relacionados a la homosexualidad. En este estudio se concluye que en cuanto a ser parte del grupo identitario llamado “terapeutas familiares”, las y los estudiantes y profesores y profesoras asumen posturas de normalidad, es decir, de “neutralidad" ante las identidades de género, con tal de generalizar su proceder. Posturas referidas por las personas participantes, ilustran el tema anterior: “son seres humanos”, “como cualquier otra pareja”, invisibilizan la estructura de discriminación, homofobia y heterosexismo que subyace. El peligroso discurso de normalizar a *los otros* oculta los pilares sociales, económicos e históricos que diferencian a los grupos marginados y que no los reconocen en sus problemas particulares, los cuales están conectados a esa estructura que los construyó en lo simbólico, lo imaginario y lo subjetivo.

Introducción

Al inicio, la interrogante parecía evidente: Eran mediados de julio o junio de 2012, no recuerdo exactamente; la psicoterapia sexual de Teresa Arcceloni había sido publicitada en México por un grupo de empresarios de la terapia familiar sistémica formados en Milán. La circulación de sus textos *El duograma* y *La Terapia Sexual* había sido caldo de cultivo para una toma de conciencia sobre los problemas que entraña el tema de la sexualidad al interior de las formaciones en terapia familiar sistémica. En México, y en ese momento histórico, el tema de la homosexualidad y los problemas que propicia la homofobia en la vida pública y privada estaban en boga; se estaban cuestionando prejuicios y tratando de modificar las políticas de la familia. Este proceso ya había estado en pie de lucha desde 1968, tratando de desmontar la configuración familiar, las iglesias, los trabajos, la economía y, por supuesto, los campos formativos en los que se reproduce la homofobia.

Los derechos humanos conocidos como de "tercera generación" que se han venido desarrollando a finales de los setenta hasta el día de hoy, lograron dar visibilidad a los derechos sexuales y reproductivos; la UNESCO aseveró la necesidad de incluir el respeto a la diversidad sexual en cualquier campo formativo. Las leyes de matrimonio igualitario incluyeron a las parejas del mismo sexo a los derechos constitucionales pactados inicialmente para parejas entre hombre y mujer. Por ende, las organizaciones feministas y quir habían logrado captar cada vez más personas interesadas en la inclusión a sus derechos civiles y ciudadanos, entre ellos, el derecho a la salud mental (Walters, Carter, Papp, Silverstein, 1991; Gómez, 2015).

Dentro de los campos formativos en salud mental, la terapia familiar estaba comenzando a reconocer, si bien con cierta resistencia, que su propuesta sobre el ciclo vital de la familia se había fundado primordialmente en la experiencia de los varones, y que las escalas de adaptación y madurez rescataban a plenitud los ideales morales conservadores y clasistas de la conducta de los hombres americanos (Walters, Carter, Papp, Silverstein, 1991); principios, por cierto, basados en el fundamentalismo del reproductivismo como idea general de la naturalidad de la familia; sin embargo, estaba lejos de mirar el heterosexismo y la homofobia en sus prácticas clínicas y educativas (Gómez, 2015).

En retrospectiva, un error interpretativo de los autores, así como de los docentes de las formaciones en terapia familiar, fue la lectura de la teoría de sistemas y cibernética que se aplicaba a la terapia y a los campos educativos de la salud mental. Los principios de la teoría de sistemas y la cibernética en la terapia familiar permitían proclamar críticas a las posturas del feminismo (Walters,

Carter, Papp, Silverstein, 1991). Entre ellas, mirar la realidad de las familias desde la "comprensión" y la "neutralidad" que refieren, en primer lugar, a la posibilidad de mirar los circuitos de comunicación en un mismo marco de poder, es decir, que los hijos tienen tanta capacidad de agredir a los padres, de seducirlos al conflicto, a la separación y a la resolución de los problemas, y a mirar a las mujeres en un mismo eje de ejercicio del poder tal como los hombres, y que pueden ser culpables de la crianza y los problemas de la familia; pero, sobre todas las cosas, a ver la alianza política que existe en la promoción de la heterosexualidad y la reproducción como ejes de distinción entre pareja y familia; ejes que, a su vez, motivaban el desprecio y la patologización de las prácticas homosexuales. Y también considerar la neutralidad como un posicionamiento que justificaba "mirar todas las realidades posibles sin tomar partido" (Gómez, 2016). Sin embargo, sus efectos eran claros: invisibilizaba y justificaba el poder del perpetrador de la violencia por el hecho de comprender sus razones de manera "neutral". El ejercicio promovido por "comprender" la conducta, la motivación, la sintomatología, el crecimiento y el desarrollo humano heterosexual, clasista y racista, a través de los principios organizadores de la teoría de sistemas y cibernética, fue, sin lugar a dudas, un rumbo común en todos los campos formativos de la terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Ahora bien, para este tipo de campo formativo en salud mental, la familia será vista como un sistema "natural" que necesita cuidados por parte del Estado, visión que surge a raíz de una política pública nacida en Estados Unidos. El origen de este modelo se sitúa en la apertura del gobierno estadounidense hacia los migrantes desplazados de Europa. Tras la aprobación de la Ley de Personas Desplazadas en 1948, las autoridades estadounidenses concedieron aproximadamente 400.000 visas a inmigrantes. La terapia familiar americana, apoyada por las políticas públicas de sanidad y antiobscenidades vigente en ese entonces, tuvo como objetivo principal facilitar la adquisición del desarrollo de capacidades y destrezas de adaptación ante la nueva situación en la que se encontraban estas familias migrantes, esto a través de las clínicas de seguimiento infantil que se construyeron con esos fines (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El modelo estructural de terapia familiar, edificado inicialmente en la escuela para niños de Wiltwyck e implementado tiempo después en la Clínica de seguimiento infantil, fue construido inicialmente sobre el modelo de familia nuclear desarrollado por Talcott Parsons para explicar la vida de las familias pobres y migrantes de distintas culturas. En vez de orden, reglas e intimidad (las características de la buena familia burguesa), estas familias mostraban roles mal definidos, recompensas y castigos que llegaban a los hijos de manera caótica e imprevisible (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El paradigma de Parsons y el apoyo inicial de la política les proporcionó por lo menos una clave para interpretar la estructura y distribución de las funciones típicas de la familia. El resultado de este apoyo, tanto intelectual como estatal, culminó en la obra *Families of the Slums* en la que justificaban la división sexual del trabajo que producía y reproducía una forma estereotipada de los roles familiares (Bertrando y Toffanetti, 2004):

> "Hay además otro aspecto infravalorado. Salvador Minuchin (el investigador principal) ha realizado un trabajo tremendo con las familias pobres y negras en las que la madre recibía la ayuda social y el hombre estaba desempleado. El objetivo era obtener una mayor integración del hombre en la familia. Estos hombres no tenían poder y los terapeutas tendían a apoyarlos. A veces pienso que si el gobierno hubiese dado más ayudas a esos hombres, la terapia de Minuchin habría podido desarrollarse de otra forma" (Haley en Simons, 1992, p. 87).

Para Rubín (1989), en Europa y Estados Unidos, desde 1950 se implementaron campañas educativas y políticas para alentar la castidad y la vida familiar con los objetivos de eliminar la prostitución y reprimir la masturbación y la homosexualidad, en especial, entre los jóvenes. Estas cruzadas se implementaron por medio de los departamentos de sanidad mental, iniciados por las Clínicas de Seguimiento infantil (Bertrando y Toffanetti, 2004) que consolidaron los modelos de intervención en terapia familiar, así como los aparatos de coerción social contra la sexualidad (Rubín, 1989). Por lo que el origen de la terapia familiar evitó a toda costa publicar o trabajar con la homosexualidad y mantuvo el régimen de higiene a través de la heterosexualidad reproductiva como pilar de la familia natural (Clark y Serovich, 1979).

Esta adhesión a las ideas de Parsons traerá como consecuencia, en los años siguientes, las críticas de las autoras feministas a las terapias familiares denunciaron la línea patriarcal en la que se conformó la intervención “matrimonial”, misma en la que se tiende a idealizar los roles y las tradiciones morales de los deberes fundamentados en la división sexual del trabajo, así como la tendencia a reprobar a las madres y a idealizar a los padres. Esto explicaría la publicación de artículos donde se atribuye explícita o implícitamente la responsabilidad de las “patologías” familiares y/o de los hijos e hijas a las madres. Por ello se explica la desvalorización de las dimensiones bioéticas y políticas de las mujeres, y la consideración del heterosexismo como una ideología que consagra a la unidad familiar, pero mantiene a la homofobia como un discurso invisible en las terapias familiares (Walters, Carter, Papp, Silverstein, 1991).

La Association of Gay Psychologists, creada en agosto de 1973 en los Estados Unidos, tuvo gran influencia en el cambio de actitud de los psicólogos hacia la homosexualidad, que fue eliminada del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-III). Y en desarrollo de los primeros es-

tudios de hijos de lesbianas y gays, producto de la creciente demanda por guardia y custodia de niños cuyas madres y padres se declaraban homosexuales. Por ello, la American Psychological Association (APA) aprobó en 1980 el Comité sobre Asuntos Lesbianos y Gays (CLGC, por sus siglas en inglés). Y en 1984 se formó una división de la APA, la 44, llamada Sociedad para el Estudio Psicológico de los Asuntos Lesbianos y Gays. Esta división 44 de la APA ha sido muy activa y desde 1994 publica una serie de anuarios titulados *Psychological Perspectives on Lesbian and Gay Issues*. Esta división ha encontrado interesantes resultados con consultantes y psicoterapeutas que coinciden con esa orientación sexual (APA, 2004).

Esto, a su vez, impulsó la creación de investigaciones que demostraran cómo era el desarrollo de los hijos de lesbianas y gays (Fitzgerald, 1999). Sin embargo, muy pocos estudios de terapia familiar con parejas del mismo sexo, relaciones de crianza de gays o lesbianas con hijos, o de matrimonios heterosexuales que descubren su homosexualidad, o de familias heterosexuales que tienen hijos gays e hijas lesbianas (Osman, 1972; Sebastián y Cortéz, 2012) empezaron a aparecer en las tendencias de los *journals* de la terapia familiar. Esta falta de inclusión de la orientación sexual en el pensamiento de la literatura de la terapia familiar ha sido cuantificada por Clark y Serovich (1997) en un análisis de contenidos de veinte años de revisión de *journals* y artículos de terapia familiar, desde 1975 a 1995. Los autores encontraron que sólo 77 artículos (.006%), en un poco más de 13,000, contenían reportes con contenido de orientación sexual Lésbico, Gay, Bisexual y Transexual.

Las personas homosexuales, ante y por la homofobia y el heterosexismo, recurren a los servicios de salud mental; sea por motivación propia o por coerción de la familia, con tal de cambiar esa orientación. Al llegar al servicio de salud mental, cual sea la modalidad, (individual de pareja o familiar) se espera que el servicio beneficie al usuario; Sin embargo, llega a ocurrir lo contrario. El prestador del servicio de salud mental, desde su formación curricular en terapia familiar, fue educado o fue moldeado con las ideas tradicionales respecto a la familia, por lo que en su actuar en consulta demuestra y performa (Butler, 1998) el heterosexismo y la homofobia interiorizadas.

El terapeuta familiar tiene como uno de sus compromisos éticos y profesionales la transmisión del conocimiento y las habilidades necesarias para que otros se formen como terapeutas familiares o para que continúen en el camino de seguir aprendiendo. El quehacer del terapeuta familiar se puede englobar en cuatro áreas: la asistencial, la docente, la de investigación y la de gestión. Las cuatro se interrelacionan y es deseable que los terapeutas puedan desenvolverse en ellas, y es

importante reconocer que en cada uno de esos campos estará presente la transmisión de sus prejuicios hacia el tema de la heterosexualidad y la homofobia.

Planteamiento del problema

Debido a que la terapia familiar ha tenido un desarrollo en nuestro país como una práctica profesional en salud alternativa y complementaria a la medicina psiquiátrica (Eguiluz, 1998), los egresados de este tipo de formación tienen que considerar que su práctica produce y reproduce estándares de normalidad mostrados en sus postulados teóricos-técnicos que sólo dan visibilidad, tanto en su producción científica como en sus currículos formales, vividos y ocultos, a la familia heterosexual, monógama, clasista y patriarcal (Walters, Carter, Papp, Silverstein, 1991; Bertrando y Toffanetti, 2004).

Los diseños curriculares de la terapia familiar en cada escuela promueven una intensa competencia entre sus programas formativos y, por ende, en sus egresados (Bertrando y Toffanetti, 2004). Esto les exige que muestren competencias y capacidades para la atención de las familias y sus problemáticas. Aunque los terapeutas han demostrado tener elementos eficaces para trabajar en el campo de la salud mental, han mostrado ser insuficientes ante las problemáticas específicas que presenta la población no heterosexual (Doherty y Simmons, 1996).

Los prejuicios heterosexistas y homofóbicos restringen la posibilidad de describir y tipificar adecuadamente los problemas que aquejan a la población homosexual, que ante el rechazo social, los vulnera y construye en ellos trayectorias de vida que los llevan a hacer uso de las terapias en cualquiera de sus modalidades (individuales, de pareja o familiares).

Por lo tanto, en el presente trabajo se dará respuesta a la siguiente interrogante: ¿cómo el currículo oculto produce prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares en México?.

Justificación

En México no existen estudios que profundicen en la construcción de prejuicios heterosexistas y homofóbicos en el currículo oculto de la formación en terapia familiar. Situación preocupante, debido a que los homosexuales y lesbianas representan un sector de nuestra sociedad que es rechazado y enfrenta sanciones morales, religiosas y legales. Otras investigaciones realizadas en estudiantes universitarios contribuyen a esta investigación debido a que los espacios formativos en terapia fami-

liar se dan en ambientes estudiantiles, y estos estudios ayudan a elaborar supuestos valiosos sobre lo que ocurre en las universidades, y sobre todo, trazan un esbozo importante para comprender los currículos ocultos. Toro y Varas (2004) identificaron los niveles de prejuicio en estudiantes universitarios en Puerto Rico, de 548 estudiantes universitarios de ambos sexos, encontraron que la muestra de varones manifestó niveles más altos de prejuicio y mayor distancia social en comparación con las mujeres participantes. Los resultados de este estudio sostienen la evidencia de niveles significativos de prejuicio contra gays y lesbianas en poblaciones de estudiantes universitarios. Estudios de rechazo hacia homosexuales en estudiantes de medicina y psicología de la Universidad de Monterrey (Moral, Valle, Martínez, 2013) mostraron porcentajes de rechazo de entre el 12 y el 38%, en los cuales los investigadores reportaron que los niveles de rechazo son altos en comparación a los de la homofobia. Sin embargo, en estudiantes de terapia familiar no se ha realizado investigación en México. De ahí que la idea central de esta investigación gire en torno a conocer la construcción de prejuicios heterosexistas y homofóbicos en el currículo oculto de la formación en terapia familiar en México.

Objetivo general

Describir la manera en que el currículo oculto en las formaciones en terapia familiar en México produce prejuicios heterosexistas y homofóbicos en los egresados de dichas formaciones.

Objetivos específicos

- Describir la manera en que los currículos formales omiten los temas de género, sexualidad, y homosexualidad.
- Describir la manera en que la producción tecnológica (*tecnología del yo[1]) y la académica omiten contenidos de homosexualidad.
- Describir la manera en que los procesos, tanto de enseñanza como de aprendizaje, que no son objeto de una intencionalidad explicita ni de una planeación puntualizada en la gestión, producen y/o propician prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapia familiar.

[1] Para Foucault las "técnologías del yo" hacen una clara referencia a los distintos modos en los cuales el sujeto se determina por las condiciones religiosas, ideológicas, sociales, culturales, económicas y políticas, mostrando que sus implicaciones afectan directamente el proceso de humanización o deshumanización.

Capítulo 1. La perspectiva médico-social

La perspectiva que ofrece la medicina social ha colaborado de manera importante en la edificación de un paradigma crítico, que tiene por objeto de estudio los procesos de salud y enfermedad en la sociedad, así como en las políticas públicas y la organización de la práctica social en torno a tales hechos, con el objetivo de transformarlos en igualdad de condiciones sociales para todas las personas.

Como principal antecedente podemos encontrar que a mediados del siglo XIX un movimiento organizado de médicos, procedentes de Alemania, propusieron explicaciones que transformarían la manera en que se trataba socialmente la determinación de la enfermedad. Por lo que tomaron el nombre de medicina social para señalar que la salud del pueblo concierne a la sociedad entera, y que las condiciones económicas y sociales tienen un importante efecto sobre la salud, por lo que esas relaciones deberían ser investigadas (Rosen, 1986).

Desde su origen, el pensamiento médico-social planteó la necesidad de mostrar que el modelo de acción de la medicina hegemónica, en su orientación clínica hospitalaria y de salud pública, estaba en crisis. A su vez, el hecho de que sus padres fundadores formaran parte de movimientos sociales que buscaban la modificación de las condiciones de desigualdad social marcó dos de sus características centrales: ser una visión crítica de la realidad sanitaria y sostener una mirada histórica que supone posibilidades de cambio.

Por lo que la perspectiva médico-social latinoamericana definió el proceso salud-enfermedad en su carácter histórico. Lo primero en cuestionarse fue el biologisismo y el reduccionismo natural en la explicación del proceso salud-enfermedad, considerando su dimensión colectiva y las respuestas sociales frente a la enfermedad, tanto en prácticas sociales como en políticas de salud.

Con ello se lograron construir y constituir grupos de estudio conformados con investigadores de la salud, cuyos resultados paulatinos lograron el diseño curricular de tres maestrías: en Brasil, México y Ecuador (López, Escudero y Carmona, 2008), las cuales construyeron un cuerpo teórico que permitiera abordar, mediante explicaciones más amplias, la realidad sanitaria, ya que con ello se podían vislumbrar las posibilidades de un cambio incluyente para las poblaciones marginadas.

Como punto crucial y eje de partida se debe de recordar que en los años sesenta la medicina social se basó en las ciencias sociales para lograr avances locales que permitieran una interpretación de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, y lograr que la respuesta social organizada estuviera conectada con la mirada del mejoramiento de la vida social desde el reconocimiento del proceso histórico de la salud.

La Familia como un aparato ideológico del estado que permite la opresión.

1.1 El Origen de la Familia, La propiedad privada y el Estado.

El materialismo histórico mira al ser humano dentro de una estructura social configurada, con la finalidad de atender necesidades, desde las más elementales como la comida, la ropa, la casa, hasta las más refinadas como las culturales (Luna y Sanchez, 2010; Bengoechea y Brie, 1970; Giddens, 1985). Para Federico Engels (1976) la familia es una pieza clave para producción y la reproducción de la macro estructura; la reproducción se basa en la continuación de la especie humana y la producción los medios para la supervivencia de esta. El devenir *familia* está situada en diversas etapas: En la prehistoria se observó la reducción del seno familiar, donde se comienza a admitir la comunidad conyugal entre hombre y mujer, en la cual, la mujer era la que tenía todo el control de la familia y de los recursos que llegaban a ella. En el principio la palabra familia significaba *esclavos domésticos pertenecientes a un solo hombre.* Los romanos le dieron un significado diferente para crear un nuevo organismo social, en este, el hombre tenía el poder y por debajo de él estaba la mujer. En la siguiente etapa de la familia, aparece la monogamia, que se realiza en el estadio medio y superior de la barbarie, el hombre pasa a ser totalmente dominante en la familia, logrando eliminar la descendencia en línea femenina, para que sea en línea masculina. La familia monogámica tiene amor conyugal y lazos más fuertes que la familia sindiasmica, pero el matrimonio o la familia eran micro sociedades de bienestar, donde se aceptaba por la cantidad de dinero que tuviera o por la conveniencia de terrenos o por la prevalencia de familias o reinos.

1.2 Aparatos Ideológicos del Estado

Louis Althusser (1988) aborda el tema de la ideología en la sociedad, como una categoría de análisis, en este sentido Althusser (1988) considera como aparatos de estado, a los elementos reguladores y represores de una sociedad creados en dos niveles, el primero contiene a las instituciones gubernamentales como son: el sistema de administración y recaudación con sus respectivas formas de sancionar, y el segundo plano relativo a las funciones formativas como: la religión, la educación formal en las escuelas, la familia, y los gremios en artes y ciencias. Según la ideología del estado, el carácter de la familia no dependería fundamentalmente de la sociedad, sino que sería algo determinado a través de las propias exigencias biológicas del ser humano, ya sea que se interpreten como una realidad natural o como una creación de Dios. A la naturaleza o a Dios se atribuye así la exigencia de que la familia sea monógama, la obligación de tener hijos y, en ciertos casos, la indisolubilidad matrimonial (Althusser, 1988).

1.3 Familia como Dispositivo

Desde los aparatos del estado, la familia es la institución fundamental para la socialización de las personas, es decir, la institución en la cual los individuos aprenden los valores y normas de una sociedad, y desarrollan aquellas habilidades básicas que les permiten funcionar adecuadamente como miembros de ella. Un dispositivo para Foucault (1990) es una red articulada heterogénea que comprende de discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en otras palabras, un dispositivo está configurado en la red simbólica, imaginaria, objetiva y subjetiva de la estructura del estado.

La familia como dispositivo discursivo reproduce la división sexual del trabajo, regula la desigualdad entre hombres y mujeres. Este dispositivo es reconocido como uno de los pilares centrales de la construcción de sociedades autonombradas como “modernas” (Gómez, 2014). La familia como dispositivo discursivo reconocido, normado y legitimado por el Estado, la sociedad y la cultura urbana gira entorno al modelo de la familia nuclear heterosexual: un hombre y una mujer unidos por un contrato matrimonial(Gómez, 2016).

1.4 La Terapia Familiar como aparato ideológico

La terapia familiar es un dispositivo ideológico y disciplinario de las ciencias de la “mente”, que tiene como fin último intervenir en las composiciones familiares que y debido a su estructura “anormal" o “disfuncional”, reproducen un síntoma. Esta disciplina surge en los años 1950, en la época de la pos guerra en Estados Unidos, con el fin último de integrar a la sociedad, mediante un modelo universal de familia. Con la configuración familiar y un dispositivo regulador de las prácticas familiares, la reproducción de la ideología familiar del Estado se configuraría en cada mente individual (Gómez, 2016).

1.5 El segundo objeto de estudio de la Medicina Social: la respuesta social organizada

La medicina social en su mirada multidisciplinaria cuenta con dos objetos de estudio: Los determinantes sociales del proceso salud enfermedad y la respuesta social organizada. Para fines de esta investigación, haremos referencia a su segundo objeto de estudio, cuya finalidad es analizar los procesos sociales que determinan el desarrollo y la construcción de las prácticas contemporáneas en los

campos de la salud, entre ellas la terapia familiar. Este objeto de estudio demuestra la necesidad de comprender el concepto "prácticas". Término que implica la consideración de diversas formas de intervenir en el campo de la salud, no sólo la médico hospitalaria, y que cada una está constituida por un conjunto de conocimientos y actividades que varían históricamente y se influyen entre sí (Menéndez, 1994).

Desde el segundo objeto de estudio de la medicina social, nos invita a situar a la terapia familiar desde su contexto histórico, político y social, ubicada al término de la segunda guerra mundial en Estados Unidos, que para esa época, la recomposición social se enfocó en la unidad familiar, por medio de la distribución del modelo americano de división sexual del trabajo al interior de cada hogar (Gómez, 2016).

Para Tetelboin (1997) toda práctica en salud demuestra en menor escala, la composición de la sociedad en la que opera; y, con ello, da cuenta del tipo de saber acumulado para tratar los problemas de salud-enfermedad, que a su vez están condicionados (sistémicamente) a su reproducción social. En este sentido analizar las prácticas en salud nos permite visibilizar a las estructuras sociales que las configuraron. De esta manera Tetelboin, (1992) señala a la modernidad ilustrada como la época gestora de políticas sanitarias, que, a través del Estado configuran prácticas en salud para buscar modificar las condiciones de salud-enfermedad. Por lo anterior, adquiere importancia el análisis de la terapia familiar sistémica desde la mirada médico-social, con el fin último de cuestionarla y modificarla, y también reconstruirla desde un paradigma crítico y sensible a la desigualdad social (Gómez, 2015).

En el sentido del segundo objeto de la medicina social (prácticas en salud y respuestas socialmente organizadas), en el análisis de las formaciones en terapia familiar en relación con la homofobia y el heterosexismo se deben realizar las siguientes distinciones: a) políticas y programas sanitarios, b) servicios profesionales de la salud, c) prácticas individuales y colectivas, d) movimientos sociales (Tetelboin, 1997; Guinsberg, 1973).

Con la enunciación de prácticas en salud se específica mucho más a una potencial capacidad profesional, que en este caso ubicaremos como los y las terapeutas familiares, para desempeñarse en las instituciones sanitarias, teniendo un vínculo específico en su relación laboral con el sector salud y, por lo tanto, con las políticas en salud (Jarillo, 1997). Toma relevancia analizar a los programas de terapia familiar sistémica y a los y las terapeutas, por las tendencias recientes (Gómez, en

prensa), que han demostrado una orientación en las políticas internacionales de salud familiar que ha tenido impacto directo en la formación de profesionales en el campo de la salud mental.

Estas prácticas en salud generan una producción del conocimiento colectivo. Sin embargo, para entender esta producción es necesario retomar una cierta arqueología de la mirada terapéutica, de la historia de la sexualidad y del conjunto de instituciones médico-jurídicas que influenciaron a otras "prácticas en salud", como a la terapia familiar. Ante la crisis del VIH y el activismo movilizó los recursos estatales para que las parejas que vivían con el virus tuvieran acceso al servicio de salud y, por ende, que el personal de salud se sensibilizara y se capacitara. Poco tiempo después, las demandas llegaron a la terapia familiar para apoyarlos en casos como salir del closet, relaciones de pareja, duelo de vivir con el virus o la pérdida de la pareja (Greenan, Tunnell, 2003).

Sin embargo, y pese a la progresiva inclusión de las personas homosexuales a los servicios de salud y a los campos formativos, en las prácticas en salud ha predominado el análisis de las funciones económicas de las políticas sanitarias, y son menos los estudios sobre la formación de profesionales de la salud (Granados, 2007), en especial, el de los terapeutas familiares. Por lo que cobra sentido preguntarse sobre el impacto del currículo oculto en la reproducción de prejuicios heterosexistas y homofóbicos en las formaciones en terapia familiar en México, ya que se le puede identificar como disciplina reguladora de los cuerpos, productora de hombres y mujeres heterosexuales, y tendiente a lo comercial (Gómez, en prensa). Al respecto, se considera que los aportes de esta tesis tratan de cubrir los vacíos que deben ser abarcados por la medicina social respecto a las prácticas en salud y el campo formativo en salud mental.

Capítulo 2. La función del materialismo histórico en la construcción de objetos de estudio

En el capítulo anterior presenté, de forma breve y a manera descriptiva, las características relevantes de los dos objetos de estudio de la Medicina Social, y señalé que el objeto más cercano a mi estudio está situado en la respuesta social, donde las formaciones de terapia familiar tienen cabida, así como todo lo relacionado a la reproducción de los discursos. Sin embargo, hace falta señalar algo importante: la relevancia del proceso de historizar en la construcción de objetos de estudio. Este elemento está, por cierto, presente en los objetos de estudio de la Medicina Social.

La historia, en principio, será vista como la disciplina que trabaja desde el archivo y tiene un impacto en la sociedad en tanto que forja identidades, reconstruye el pasado y analiza los pilares de comprobación, explicación y representación literaria de la realidad (Florescano, 2012). Si la Medicina Social se posiciona como una corriente basada en el materialismo histórico, un elemento central en la construcción de sus objetos de estudio es su alianza con la historia, tanto en los procesos de salud y enfermedad como para la respuesta social organizada.

Para iniciar el estudio del pasado, la historia nos obliga a conocer lugares nunca antes vistos, a familiarizarnos con condiciones de vida que difieren de las propias, y de ese modo nos incita a reconocer otros valores y a romper las barreras de la incomprensión histórica. Por ello, un atributo indispensable para quien realice cualquier tipo de investigación será la curiosidad hacia el conocimiento del otro, es decir, una disposición para el asombro, una apertura a lo diferente y una práctica del respeto (Florescano, 2012). Como advierte Scott (1990), para el caso de iniciar con cualquier antecedente, el conocimiento de la historia será para que pueda, no sólo revelar las condiciones de vida de algunos hombres, sino de las mujeres en el terreno de la identidad colectiva. El asombro que debe de generar la lectura del pasado de las mujeres y sus experiencias es fundamental para comprender sus afecciones del día de hoy.

Al acercarnos al otro nos abrimos al reconocimiento de la diversidad social y cultural, uno de los valores indispensables para el desarrollo del respeto y la convivencia. Al reflexionar sobre la disposición del conocimiento histórico para mirar hacia atrás y vincularse con seres y acontecimientos distintos a los propios se piensa en lo que advierte Paul Ricoeur: “El deber de la memoria es el deber de hacer justicia, mediante el recuerdo, a otro, distinto de sí”. Puesto que “debemos a los que nos precedieron una parte de lo que somos”, concluye que el “deber de memoria no se limita a guardar la huella material, escrituraria u otra, de los hechos pasados, sino que cultiva el sentimiento

de estar obligados con respecto a los otros que ya no están, pero que estuvieron. Pagar deuda, diremos, pero también someter la herencia a inventario" (2003, pp.120-121).

Para la Medicina Social, la concepción materialista de la historia (también conocida como materialismo histórico) le contribuye para comprender la gestación de los procesos de salud, así como los planes de salud que no se adecuan a la sociedad, debido a que la medicina hegemónica desecha la memoria colectiva (Cortés, Pérez, Rosales, Viesca, 2007). Por lo tanto, la propuesta de la Medicina Social está compuesta del análisis del materialismo histórico de los procesos de salud-enfermedad, así como de los componentes que hacen que se edifiquen políticas y programas en salud (Tetelboin, 1997).

Un punto central respecto a recuperar la memoria a través del archivo es que, al mismo tiempo que la imaginación histórica se refuerza por revivir lo que ha desaparecido, por imbuirle permanencia a lo que poco a poco se desvanece, también es una indagación sobre la transformación irreductible de las vidas individuales, los grupos, las sociedades y los estados. La historia es el estudio del cambio de los individuos y las sociedades en el tiempo. Los historiadores se empeñan en indagar "lo que había, lo que no hay aquí, lo que no hay ahora" (Ulin, 2010, p.73).

2.1 La Categoría Intermedia

Ahora bien, la Medicina Social, trata de abarcar mediante sus objetos de estudio explicaciones sobre los mismos. Sin embargo, su sistematización en la investigación de experiencias educativas, como es la que en esta tesis les presento, carece ocasionalmente de vínculos teóricos y metodológicos entre su teoría (fundamentalmente marxista) y el referente empírico. Debido a esto, Buenfil (2008) aporta una noción importante para la construcción de objetos de estudio sociales e historicos, a la cual ha llamado la categoría intermedia.

Para ello es indispensable realizar las coordenadas intelectuales que involucran un componente teórico irrenunciable, es decir, lógicas, conceptos y posicionamientos ontológicos y epistemológicos procedentes de diversas tendencias filosóficas y de teorías políticas y semiológicas, entre otras.

Entre los posicionamientos ontológicos se sostendrá que para la construcción de la categoría intermedia es indispensable el relieve del carácter histórico, discursivo y político del ser; es decir, mi posicionamiento como investigador es que lo personal, lo que constituye a cada supuesto escrito, narrado y vivido, tiene un componente político, de experiencia con el poder, el sometimiento, la subyugación y la opresión, ejercida por mí o vivida en relación con otros.

Por lo que el posicionamiento epistémico sostiene que no es posible el acceso directo al mundo exterior, sino que ese mundo siempre está mediado (cultural y discursivamente); que el conocimiento siempre es perspectivo (no neutral, parcial e imposible de ser exhaustivo), incompleto y contestable, ya que evoluciona y está en continua producción. "Una investigación que se considera terminada está ya muerta y sepultada" (Selvini, 1987).

Ante esto, el "objeto de estudio" y su "referente empírico", que a su vez participa junto con el referente teórico y las preguntas de investigación, formularán un híbrido para la construcción de ese objeto de estudio. Esta formulación involucra huellas de la subjetividad del investigador, huellas de la particularidad histórica que es situada en una condición geopolítica, genérica, sexual, racial y social.

Por lo tanto, generar categorías intermedias significa generar y conducir vías alternativas en la búsqueda de una relación entre lo general y lo particular; tensión, por cierto, que no tiene resolución final, es un ejercicio que desemboca en una ruta conceptual que al menos fabrica la posibilidad de realizar ajustes teóricos y metodológicos para no forzar las teorías como las que presenta la Medicina Social.

Una categoría intermedia es el recurso analítico que permite tejer lazos para transitar entre las lógicas y los conceptos ubicados en el plano teórico de lo general y lo abstracto hacia el plano de lo histórico y lo particular. Un reto epistemológico que advierte Buenfil (2008) involucra que en la investigación se produzca un desmontaje de las categorías propias de la disciplina y se genere una tensión entre las lógicas disciplinares de origen y las que han sido denominadas como categorías intermedias.

Para la finalidad de esta investigación, las categorías intermedias que se utilizarán en el desarrollo de esta tesis, y que serán asideros para la construcción del objeto de estudio, seguirán la ruta conceptual anterior.

2.2 Ruta conceptual

La historia, nos dice Marcela Lagarde (2011), es la primer clave filosófica feminista, pues ubicarnos en ella sustenta salir de la investidura de seres de la naturaleza asignada como justificación del dominio, la exclusión, la inferioridad y la enajenación. Es imprescindible desarrollar la conciencia de ser histórico, y al vivir, ser sujetos de la historia. Historizar consiste en revelar el conjunto de procesos inherentes a la invisibilización, es reconocer que todos somos productos de las estructuras socia-

les, revelando los mecanismos (algunos más claros y otros no tanto) a través de los cuales se subordinaron a las mujeres y a los otros mediante diversas tecnologías adheridas al poder hegemónico que prevalecieron en un momento local y particular.

En el caso de esta tesis, hacer recorridos históricos será fundamental para la comprensión de los eventos que sitúan a la terapia familiar como una máquina cultural que produce y reproduce prejuicios, mismos que tienen un antecedente histórico de suma importancia.

2.3 La perspectiva feminista en la investigación médico-social

En los años sesentas los movimientos feministas, al tratar de comprender y explicar el por qué de la subordinación de las mujeres, se percataron de que no había una teoría que explicara esta situación. En ese momento histórico surgió una de las primeras hipótesis: dicha subordinación era el resultado del poder de los hombres hacia las mujeres, que no sólo pertenecía al Estado, sino que se debía a un poder múltiple, casi imperceptible, muy probablemente generado por toda una sociedad que enmascara los *cautiverios de las mujeres* bajo los más nobles sentimientos: el afecto, la ternura, la familia y el amor (Barbieri, 1992).

De ahí nació la idea de plantear la discusión entre naturaleza y cultura, con lo que se revitalizó la hipótesis crítica al determinismo biológico como práctica cultural que esencializa la desigualdad social y política, que confina a las mujeres en el grupo familiar llamado también "natural" y de "pertenencia" de las mismas. Pero el debate concluyó que dichas diferencias sexuales iban más allá de las meras diferencias biológicas, pues también eran producto de la herencia cultural, de un devenir histórico que se configuró en las subjetividades y en las identidades de cada mujer.

Debido a ello, las características biológicas han sido utilizadas durante siglos para naturalizar la desigualdad entre mujeres y hombres. Esta situación se convierte en el centro de análisis de la investigación feminista: la desmitificación de esa naturalización. De esta manera, al admitir que lo sexual es un sistema de diferenciación construido socialmente, se pueden buscar las herramientas para romper con el androcentrismo presente en las ciencias. Lo mismo sucede al romper con la idea de que el hombre, *blanco, burgués y occidental*, es el representante universal de la humanidad y del conocimiento, y que, además, tiene un derecho natural sobre la mujer. Por lo tanto, las investigaciones feministas buscan un cambio en las formas "de conocer y hacer las ciencias" y de representar a la humanidad (Harding, 1998).

De este modo, surgen dos diferentes propuestas para el estudio de la condición de las mujeres: una que centra el objeto de estudio en ellas mismas, por lo que genera, acumula y revisa el

archivo para dar a conocer las condiciones de vida y de trabajo, la creación y la cultura producida por las mujeres; y otra, cuyo sujeto histórico está concentrado en la sociedad como generador de la subordinación de las mujeres (Barbieri, 1992).

De esta forma, la primer corriente ponía énfasis en la generación de conocimientos sobre las mujeres y los determinantes sociales de la precarización e invisibilización de sus condiciones de vida, un claro predominio turbio de la relaciones varón-mujer y mujer-mujer. Por otro lado, la segunda corriente sostenía que la subordinación de las mujeres es producto de las formas de organización y funcionamiento de las sociedades, y que no se avanzaría con el sólo hecho de estudiar a las mujeres, por lo cual se requería del análisis en todos los niveles, ámbitos y tiempos en las relaciones: mujer- hombre, mujer-mujer y varón-varón (Barbieri, 1992).

Por lo tanto, las investigaciones realizadas desde una mirada crítica que busca la visibilidad de las condiciones de opresión de las mujeres también son conocidas como estudios feministas o crítica feminista de la ciencia (Blazquez, Flores, Ríos, 2012). Para Corres (2012), la reflexión feminista nos lleva a definir la categoría de género como elemento fundamental para comprender las diferencias culturales moldeadas en el cuerpo, afirmando así que el sexo también es socialmente construido, o mejor dicho, en palabras de Rubin (1989): "Un conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (p. 151).

Los sistemas de género/sexo son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica, y que dan sentido, encaminan el deseo a la satisfacción de los impulsos sexuales "coherentes" a la reproducción de la especie humana y, en general, a la forma en que las personas se deberían relacionar (Barbieri, 1992).

Este sistema de sexo/género es, por lo tanto, el objeto de estudio más amplio para comprender y explicar el binomio subordinación femenina-dominación masculina. Es importante resaltar que el hecho de estudiar esta relación con la sexualidad y la reproducción nos permite una mayor comprensión entre las relaciones de mujeres y varones, y la dominación masculina en condiciones de heterosexualidad.

Sandra Harding (1998) cuestiona la idea de que exista un método específico de investigación feminista para resolver las inquietudes que deja el objeto de estudio encarnado en el sistema sexo/ género. A pesar de que acepta que las teóricas feministas han realizado claras modificaciones a las herramientas de investigación de las ciencias sociales (por lo que se vuelve complicado desarrollar trabajos que tienen como objeto de estudio a las mujeres desde una metodología androcéntrica que

toma la postura de los hombres blancos, occidentales y burgueses como la única representación de lo humano universal), Harding también argumenta que, si se analiza la manera como trata de explicarse la existencia de un método específicamente feminista, en realidad se están confundiendo los términos método, metodología y epistemología. Asimismo, sugiere que, en vez de discutir si realmente existe un método feminista, debe estudiarse la forma en que se llevaron a cabo las investigaciones feministas actuales que han tenido mayor impacto dentro de las ciencias sociales.

Por eso, en un primer momento, Harding (1998) hace una distinción entre método ("una técnica para recabar información"), metodología ("teoría sobre los procedimientos que sigue o debería seguir la investigación y una manera de analizarlos") y epistemología ("teoría del conocimiento"), y explica a qué se refiere cada término dentro de una investigación con enfoque feminista.

Después de esto, presenta el problema que existió en los trabajos que sólo "agregaron" a las mujeres como objeto de estudio sin realizar cambios en las estructuras de las ciencias sociales, para luego examinar los grupos de mujeres en los que estas investigaciones se enfocaron (mujeres científicas o investigadoras, mujeres que participaban en la vida pública y mujeres víctimas de dominación masculina) y las limitaciones que estos temas tienen para la comprensión de la experiencia de las mujeres (Harding, 1998).

Posterior a esto, Harding (1998) señala las ventajas que el enfoque histórico tiene en las investigaciones feministas, así como la de hacer a un lado la supuesta "objetividad" de las y los investigadores y, en cambio, apostar por su subjetividad y la explotación de la experiencia personal, basada en sus características de raza, género y clase, pues esto permite una mayor reflexión sobre el tema. Y que los enfoques tradicionales en donde se estudian a las mujeres son androcéntricos, por lo que explica tres clases de estudios: los que suman o agregan mujeres, los que estudian la participación de las mujeres en la vida pública, pero desde una perspectiva masculina, y los que colocan a las mujeres como víctimas inertes incapaces de buscar el cambio social.

Un análisis feminista expresa de manera explícita la relación entre política y ciencia. En ese sentido, retoma el conocimiento s*ituado,* que expresa el carácter histórico de la investigación, donde el uso de categorías de análisis fundamentadas en los procesos políticos e históricos de la sociedad va a reflejar las investigaciones feministas (Bartra, 2012).

Sin embargo, y pese a los aportes valiosos realizados por Harding (1998), Wittig (1973) hará un señalamiento que será el eje central de este trabajo. Y es la predominancia de un heterofeminismo configurado en las investigaciones feministas. Wittig no va a criticar la "heterosexualidad" en el sentido de práctica sexual, sino de dispositivo explicativo y discursivo del sistema sexo-género como objeto de conocimiento objetivo y subjetivo en el campo académico del feminismo.

Para Wittig, la heterosexualidad cobrará sentido como un régimen político que asegura la reproducción de una estructura de dominación de las mujeres y de confinamiento a sus respectivos cautiverios, entre ellos, el de la familia. Para poder abordar el mundo heterosexual como un régimen político que crea sumisión, opresión, marginación y, con ello, la apropiación de las mujeres, Wittig (2006) analizó a la heterosexualidad como una forma de configuración social donde la élite social impone a la sexualidad reproductiva como única posible en la sociedad y que se reproduce a partir de sus instituciones.

De esta forma, Wittig (2006) explica que los discursos que oprimen muy en particular a las lesbianas feministas y a los hombres homosexuales, dan por sentado que lo que funda la sociedad, toda la sociedad, es la heterosexualidad. Estas estructuras discursivas niegan toda posibilidad de crear categorías basadas en la historia y en las experiencias de las mujeres lesbianas, impiden hablar si no es en los propios términos androcéntricos, objetivos, revocables y mensurables de la diferencia sexual. Por lo que el rechazo metodológico es el de la interpretación totalizadora que busca leyes explicativas. Continua narrando Wittig (2006): "Estos discursos hablan de nosotros y nosotras, y pretenden decir la verdad sobre nosotros/as. Estos discursos tienen a la voluntad del poder y de la verdad, se dibujan como campos *apolíticos*", como si hubiera algo significante que pudiera escapar a lo político y como si pudiera haber, en lo que concierne, signos políticamente insignificantes.

De ahí que una expresión del biopolítica es el régimen heterosexista que elaboró Wittig (2006). En su pretensión del Estado y sus instituciones disciplinarias como la familia y las tecnologías psicológicas de regulación de los cuerpos (Gómez, 2015), como lo es la terapia familiar; las cuales designan el campo legítimo de la sexualidad, estos discursos son ejemplos claros de lo que Foucault (1991) llamó biopoder.

A este biopoder se le conocerá como *heteronorma* o *heteronormatividad*. Según el feminismo crítico al sistema sexo-género heterosexual, la heteronorma es un régimen social que se retroalimenta con mecanismos sociales como la marginalización, invisibilización o persecución, y se articula con el heterosexismo. Esta articulación discursiva incluye la idea de que todos los seres humanos se clasifican en dos categorías distintas y complementarias: hombre y mujer; que las relaciones sexuales y maritales son normales solamente entre personas de sexos diferentes; y que cada sexo tiene ciertos papeles naturales en la vida. Así, el sexo físico, la identidad de género y el papel social del género deberían encuadrar a cualquier persona dentro de normas íntegramente *masculinas* o *femeninas*. En consecuencia, la heterosexualidad es considerada como la única orientación sexual normal (Patterson, 2005).

En este sentido, Barbieri, Harding y Wittig ofrecen un debate interesante, y que ha de ser incluido en las discusiones de la Medicina Social y su manera de historizar. Por un lado, cuando la Medicina Social analiza hechos históricos en las prácticas de salud, sus análisis están sexualizados,

recaen en instituciones masculinas y no visibilizan a los sujetos de conocimiento como tal, además de su sesgo heteronormado que ocasionalmente no deja claro a los actores si son heterosexuales en las formaciones de salud, y no visibiliza una sensibilidad analítica al devenir de los sujetos involucrados en esa respuesta social, sino que da cuenta más de una producción material. Por lo que este debate es retomado en esta tesis en el reconocimiento del discurso de los sujetos concretos.

Capítulo 3. La terapia familiar y la heteronorma

En las actividades de las terapias familiares influyen diversos factores que determinan o construyen el sistema de relaciones entre mujeres y hombres de diversas edades, generaciones y orientaciones sexuales. Los iniciadores de este tipo de terapias descubrieron, describieron e inventaron las regularidades que nacen a partir de las diferentes funciones de la comunicación como un determinante de la salud y la enfermedad mental, la preparación del hombre y la mujer para una vida "sana", modificando estilos, estructuras y reelaboración de sistemas de valores en función de su salud mental (Eguiluz, 1998).

El lugar que ocupa la mujer en la terapia familiar ha evolucionado a lo largo del tiempo, sin embargo, el primer debate en torno a las mujeres y su función familiar tuvo lugar en la década de los años cincuenta, cuando Estados Unidos recibió una gran ola de inmigrantes, y tanto las políticas familiares así como las políticas antiobscenidades trataron de regular a las familias migrantes para no romper los esquemas planteados por el modelo americano, que estipulaba la necesidad de que las mujeres fueran madres-esposas perfectas. Los movimientos feministas criticaron la manera en que la terapia reproducía el modelo madre-esposa, ya que reforzaba la organización patriarcal de matrimonio y fortalecía los roles estereotipados respecto al papel del hombre y la mujer dentro de la familia (Walters, Carters, Papp y Silvertein, 1991; Gómez, 2015).

Cuando las mujeres y otros grupos minoritarios, como las de preferencias sexuales diferentes, se entregan al cuadro de la moral generalizada y normativa, ya sean objetos de investigación de las ciencias sociales o como investigadoras o sujetos de moral, se afectan los paradigmas establecidos, ya que los grupos minoritarios descubren diferencias en donde antes habían dominado las "similitudes"; perciben disonancia y contradicción en donde reinaba la uniformidad; y dejan clara la persistencia de la injusticia, la desigualdad y la regresión de los procesos que antes se consideraban justos, igualitarios y progresistas (Barbieri, 1992, Gómez, 2016). Ante este escenario, la mujer en el ambiente terapéutico no estaba recibiendo lo que necesitaba y su dignidad era violada, entendida ésta como un valor intrínseco que cada ser humano tiene por el sólo hecho de existir, y que es independiente de sus actos y otras consideraciones como las económicas, sociales, o religiosas (Gómez, 2016).

Conforme esta definición, la mujer se merece amor, respeto y justicia, lo cual tiene que ser traducido en términos prácticos dentro del marco terapéutico.

Para poder convertir esto en una realidad, la mujer tendría en el espacio terapéutico la opción de definir su rol como mujer, como parte de una familia; la manera de expresar su sexualidad sin arriesgarse a perder la dignidad, pues no necesita ganarla, sino que ya la tiene implícita en su ser. No es un reto sencillo, ya que las mujeres han sido discriminadas a partir del género y se les ha negado la igualdad, y además, se les ha puesto en un rol muy específico, por lo que es necesario realizar esfuerzos importantes para superar estas limitaciones que han sido establecidas conforme los principios del profesional de salud.

En cuanto a la imposición del ideal de la familia funcional, sana y heterosexual, en la cual los roles de hombres y mujeres se encuentran definidos por la reproductividad, negando así la existencia de la homosexualidad, una investigación realizada por Gómez (2015) aporta los elementos históricos que conectan a la terapia familiar con el heterosexismo, lo cual muestra el devenir heterosexista y homofóbico presente en la escritura de los autores de la terapia familiar y relacionado con las políticas públicas vigentes en ese periodo histórico:

> Los textos publicados del 2000 al 2011 traen consigo un recorrido histórico del modelo sistémico, desde sus orígenes con el enfoque estratégico-sistémico utilizado en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto en los años 1971- 1975; después, al enfoque sistémico de Milán, como llegó a desarrollarse en 1975-1985, de 1985 a 1990 la modificación sustancial fue la inclusión del constructivismo y de 1990 hasta el 2000 influyó el construccionismo social; ideas plasmadas en el contexto europeo de Italia, que, para los programas de Terapia familiar en México será incluido y capitalizado sin critica alguna de la diferencia de contextos en los cuales se desarrolla. Para Rubín (1989) en Europa y Estados Unidos desde 1950 hasta la fecha implementaron campañas educativas y políticas para alentar la castidad y la vida familiar, con los objetivos de eliminar la prostitución y reprimir la masturbación, así como la homosexualidad, en especial entre los jóvenes. Estas cruzadas se implementaron por medio de los departamentos de sanidad mental, iniciados por las Clínicas de Seguimiento infantil que consolidaron los modelos de intervención en terapia familiar, así como aparatos de coerción social contra la sexualidad. Por lo que el origen de la terapia familiar evitó a toda costa publicar o trabajar con la homosexualidad (Gómez, 2015 p. 1606).

Para Witting (2006) *"El pensamiento heterosexual bosqueja los contornos de un contrato social que se dibuja en todas las instituciones del Estado, creando dispositivos disciplinarios y de control del cuerpo y de la sexualidad. El pensamiento dominante, en tanto que es el mismo que establece el contrato social entre mujeres y hombres en relación con las instituciones, se niega a analizarse a sí mismo para comprender aquello que lo pone en cuestión"* (pp. 20).

El destino que el Estado y las Instituciones han asignado a las mujeres en el campo de la familia es aportar tres cuartas partes del trabajo en la sociedad, trabajo al que hay que añadir el del cuerpo en la reproducción. Esto lleva a la gran interrogante, las mujeres no saben que están totalmente dominadas por los hombres, y cuando lo admiten, casi no pueden creerlo (Wittig, 2006).

En el espacio de la terapia familiar, la reproducción de la dominación masculina heterosexual pasa desapercibida: *"Para referirnos al terapeuta hemos usado el género masculino sólo a fin de evitar complicaciones y confusiones lingüísticas"* (Boscolo y Bertrando, 2008. p. 13). Los pensamientos de la clase dominante son también, en todas las épocas, los pensamientos dominantes, es decir, la clase que es la fuerza material dominante de la sociedad es también la fuerza dominante intelectual. En el espacio de la terapia familiar es lo mismo hablar de familia que de heterosexualidad y vida reproductiva (Walters, Carters, Papp y Silvertein, 1991).

Para los autores Boscolo y Bertrando (2008) y para Salvador Minuchin (1987), la construcción latente del significado de *familia* será definida como un grupo "natural" con una inmutabilidad del sexo, que codifica y educa a los cuerpos sexuados a una *sinergia procreadora* heterosexual, misma que *teleológicamente* dividirá la fuerza de trabajo respecto al sexo y conformará a la familia para que coincida con la imposición de la moralidad burguesa de lo que es una *familia* (Preciado, 2009) y lo que no coincida con esa "coherencia" de sexo-género causará estragos en las relaciones familiares (Butler, 1998). En Estados Unidos y parte de Europa el sistema de justicia criminal, de 1950 hasta 1970, incorporó el término de "delincuente sexual" para trabajar jurídica y psicológicamente con violadores y "pederastas", y de hecho funcionaba como clave para referirse a los homosexuales. Estas leyes proporcionaron a las profesiones psicológicas mayores poderes sobre los homosexuales y otros "desviados" sexuales (Rubín, 1989), lo que reveló la imposibilidad de separar la sexualidad reproductiva, la vida familiar heterosexual y la división sexual del trabajo de la vida "normal" y esperable. La psicología y las terapias familiares corrieron con la suerte de ser dispositivos de control y regulación de la vida familiar para quienes no cumplían con esa norma (Rubín, 1989).

Esto quiere decir que los pensamientos dominantes no son otra cosa que la expresión ideal de las relaciones materiales dominantes. Son estas relaciones materiales dominantes capturadas bajo la forma de ideas, por lo tanto, la expresión de las relaciones que la clase dominante hace de una clase dominada. Dicho de otro modo, son las ideas de su dominación (Gramsci, 1988). Y la categoría de sexo es una categoría política que funda la sociedad en cuanto a heterosexualidad. Para Wittig (2006), esta categoría establece como natural la relación que está en la base del contrato social del

biopoder disciplinario heterosexual, y a través de ella la mitad de la población —las mujeres— es "heterosexualizada".

La terapia familiar funge como parte de esa fábrica social de mujeres heterosexuales que impone (de manera sutil corrige su "funcionamiento") a las mujeres el hecho de regresar a la obligación absoluta para reproducir "la especie", es decir, el hecho de seguir reproduciendo a la sociedad heterosexual. Desde el discurso de la naturaleza femenina, criar hijos y realizar tareas domésticas son acciones representadas en la producción material sobre el ciclo vital de la familia, y conducen a prácticas terapéuticas del "funcionamiento" familiar (Gómez, 2016).

El contrato que une a una mujer con un hombre es, en principio, un contrato de por vida, que sólo la ley puede romper mediante el divorcio. Asigna a la mujer ciertas obligaciones, incluyendo un trabajo no remunerado. Su trabajo (la casa, criar a los y las niñas), así como sus obligaciones relacionadas a la cesión de su reproducción puesta a nombre del marido, coito forzado, cohabitación día y noche, asignación de una residencia, como se sobreentiende en la noción jurídica de abandono del domicilio conyugal, significa que la mujer, en cuanto persona física, pertenece a su marido (Wittig, 2006).

Por lo tanto, cuando hablamos de terapia familiar hablamos del tipo de unidad familiar a la que va destinada, así como al acontecimiento político que da vida a esta disciplina que nace de las ciencias cristianas, de la consejería matrimonial de los confesionarios clericales, y de la sexología clásica que sitúa a la heterosexualidad y a la reproducción como elementos clave para la salud mental, elementos que persisten en la producción de un discurso heterosexista y homofóbico que continuará en el actuar de las y los terapeutas familiares.

Capítulo 4. La homofobia en la terapia familiar: ficción política viva y las políticas antiobscenidades

Para dar comienzo a este capítulo será indispensable retomar algunos elementos clave que nos lleven a una articulación coherente y explícita sobre el origen del discurso heterosexista y homofóbico, es decir, comenzar con una genealogía que explique cómo fue el entramado cultural, histórico y político que construyó e institucionalizó una identidad de género, así como un tipo de sexualidad en la política de salubridad. Por ello, primero es necesario explicar lo que entendemos por cultura.

La cultura deja en claro una realidad distinta a la natural, pues no es considerada como un hecho natural en sí misma. Sin embargo, la cultura sólo es posible gracias a la naturaleza (no al contrario), puesto que la trastoca, modifica, domina y pervierte. Las bases para comprender la cultura se encuentran organizadas en dos conceptos básicos: orden y significación. En lo natural no hay un orden, es un caos continuo. Todo suceso en el plano de lo natural es arbitrario. Por ello, la cultura asigna orden y significado a lo que llamamos realidad tangible. Los significados no tienen un carácter natural, sino que se dan a partir de un orden construido socialmente.

De esta forma, un hecho natural puede ser simbolizado y significado por una sociedad que construye lo cultural, por lo que los colectivos hegemónicos interpretan la dimensión de lo natural, construyendo sobre esto lo cultural. La cultura es, entonces: "un entramado de significaciones cuyo 'tejido' particular produce las distintas realidades sociales" (Serret, 2006, p. 29).

Los significados atribuidos a la realidad se construyen, ordenan y se organizan por medio de símbolos que, por lo tanto, se convierten en "vehículos de significaciones" o cadenas de significados. Los símbolos son cualquier objeto, hecho, acto, relación o palabra al que se le adjudique o asocie un significado. En otras palabras, un símbolo conlleva un significado. Esto se muestra explícitamente en la lingüística de Ferdinand de Saussure, una disciplina en la que las significaciones sólo son posibles por medio de significantes que porten ciertos significados mediante un sistema complejo de relaciones entre signos. Esto, sin lugar a dudas, comprende al lenguaje (Serret, 2006).

El lenguaje es un sistema estructurado que se estudia en el campo de la lingüística. La estructura que posee establece una serie de relaciones específicas que articulan unidades (signos). Estas unidades se articulan mediante relaciones y oposiciones, o sea, producen una gramática. El signo lingüístico debe ser entendido como la unidad del significante y el significado (Serret, 2006, p. 29).

Es así que, a través de la lengua, se reproduce el entramado de significaciones que se entiende por cultura. En otras palabras, por medio del lenguaje se reproduce la realidad socio-cultural. Es por ello que Serret (2006) reconoce a la cultura como un orden simbólico. En resumen:

> Hasta aquí hemos tratado de sostener dos supuestos fundamentales; uno, que lo cultural es una realidad específica que sostiene una relación disruptiva con respecto a lo natural, y dos, que esa realidad está construida como un entramado de significaciones que se organizan a través de un orden simbólico (Serret, 2006, pp. 32-33).

Para Serret (2006), y siguiendo a Levi-Strauss, la cultura se identifica con la particularidad, pues lo natural es entendido como universal y caótico, y la cultura conlleva una estructura o un ordenamiento estructurado a partir de algunos principios universales, por ejemplo (considerando un hecho claro de convención simbólica y significativa), la prohibición del incesto. Estos principios son, por un lado, motivos ordenadores e inconscientes para cualquier sociedad, y a su vez, se encuentran en el orden que establecen los principios de juicio y jerarquía.

Los símbolos permiten darle un orden a la acción social de las personas, ya que son fuentes de información para el actuar en sociedad. Por lo tanto, el ser humano depende de símbolos y sistemas de símbolos, ya que lo simbólico genera la posibilidad de "dar un sentido a la vida".

Por ello, Freud (Serret, 2006) considera que la cultura asigna una serie de normas y convenciones morales mediante las cuales la humanidad puede establecer lazos y vínculos sociales. Con el fin de lograrlo, la renuncia a lo natural es un paso fundamental del individuo para consolidarse como sujeto social. El yo (representante de lo subjetivo) debe de renunciar a todo aquello que percibe como parte natural de él (en primera instancia, al seno de la madre), y debe renunciar a la fusión con el todo representado en lo instintivo. Esto posibilitará que se consolide como un sujeto deseante y que se aleje de lo bestial, lo carnal, y lo natural. No se puede desear algo que ya se tiene (sí se es parte del todo), de esta manera, la pulsión erótica lleva al sujeto a establecer lazos con otras personas, lo cual posibilita el desarrollo de la cultura.

La cultura es para Lacan (Serret, 2006) un orden simbólico, mientras que la naturaleza es lo real, y lo real es en sí mismo incognoscible o inteligible. Por otra parte, las representaciones del orden simbólico permiten lo imaginario. Este término alude a las imágenes (sean visuales, acústicas o de cualquier tipo) que preceden a la organización simbólica de la realidad.

El papel de las imágenes puede verse en *El estudio del espejo*, en el cual, a través de la imagen especular del niño que se mira en el espejo, se crea el reconocimiento de sí mismo en el espacio como una representación que permite la formación del yo ideal. Esto es, sin duda, un paso vital para la vida anímica de las personas, ya que a través de este proceso se podrá establecer una relación entre la persona y su realidad por medio de representaciones como método de reducción simbólica. A partir de este proceso se inaugura la subjetividad en el individuo (Serret, 2006).

Seguido de la formación del *yo ideal*, el aprendizaje del lenguaje organiza el mundo del infante en un mundo simbólico, a partir de una dialéctica de identificaciones imaginarias. Cabe mencionar que "la apropiación del orden simbólico es siempre una apropiación imaginaria, no real, no inmediata" (Serret, 2006, p. 46).

Castoriadis lleva este concepto de imaginario a lo social, y dice que el tejido de significaciones se produce en lo imaginario: "La institución de la sociedad es institución de significaciones imaginarias sociales" (Serret, 2006, p. 47). Estas significaciones se crean a través de las prácticas sociales, es decir, que pueden cambiar de acuerdo a la sociedad. Lo anterior le servirá a Serret para entender lo imaginario como un elemento que cambia al registro subjetivo, el cual opera por referencia al orden simbólico.

Siguiendo a Castoriadis, la autora dirá que la identidad es una autopercepción subjetiva, la cual es imaginaria. Por otra parte, considerará que la significación producida por lo simbólico no es ni puede ser homogénea, por lo que la identidad colectiva no depende de una uniformidad de significaciones, sino de que en lo imaginario se proporcione certeza a la existencia de los sujetos.

Por lo tanto, el significado de lo femenino es diverso entre los sujetos. Las identidades singulares dependen de una referencia del código simbólico de lo femenino, pero en lo imaginario se establecen rasgos definidos particulares.

Con referencia a lo que ya se ha mencionado, Serret (2006) entenderá al género como un ordenador y como delimitador simbólico de la realidad social. En nuestras culturas el orden simbólico de la mujer es desvalorizado, ya que el imaginario de la mujer se asocia con la naturaleza de que debe ser regulada, normada y controlada, así como con todo lo simbólico que se le asocie, como la homosexualidad masculina.

Se podría pensar que la mujer, en su calidad biológica de procreadora, tiene un lazo más cercano con la naturaleza, sin embargo, la mujer es también el primer vehículo de culturización en la imposición del grupo familiar, pues a ella le corresponde la transmisión del lenguaje a los hijos. La

explicación del por qué a la mujer se le asocia con este nivel inferior sólo puede ser resuelta a través de la construcción simbólica, jerárquica y excluyente, pues esto alude a los significados producidos por la cultura. Tal es así que: "un rol social cualquiera será valorado o despreciado, se le considerará más cercano a la cultura o a la naturaleza, según si lo desarrolla un hombre o una mujer, respectivamente" (Serret, 2006, p. 56).

Aquí la Serret (2006) hará la distinción entre género femenino y mujer, y entre género y sexo. El concepto de mujer es definido por su pertenencia al género femenino, pero el género no se reduce al hecho de ser mujer. Entendidos el ser hombre y el ser mujer como construcciones simbólicas, el ser hombre o ser mujer es decidido por la cultura, y esto implica que cualquier cuerpo puede ser resignificado y convertido en lo imaginario en cuerpo femenino o masculino, de acuerdo a las pautas simbólicas establecidas.

El fenómeno descrito en el párrafo anterior se explica a través de algunas consideraciones acerca de la modernidad, debido a que la autora parte de un estudio histórico sobre el origen del poder a través de la filosofía política. Retomando el caso de la modernidad, ésta encuentra una oposición a lo tradicional, pues en lo tradicional existe una gran limitación de cosmovisiones y estructuras ideológicas, económicas, sociales, etcétera. El paso a la modernidad, según Weber, se da a partir de un complejo proceso de racionalización. "Tradición y modernidad son, entonces, dos conceptos resultado de una misma operación; cada uno niega al otro y eso les da sentido" (Serret, 2006, p. 61).

La modernidad es el resultado de la especialización científica, así como de la creciente división del trabajo propia de la cultura occidental. La racionalización debe ser entendida principalmente con dos términos: especialización y calculabilidad, ambos relacionados con la revolución científica y el desarrollo del capitalismo (Serret, 2006).

Respecto a lo tradicional, debe de entenderse que es un orden que se estructura a partir de una verdad absoluta, la cual es fuente de todo conocimiento, organización política, organización económica, de lo social, de lo jurídico, etcétera. Este orden se expresa en los discursos de la religión y la metafísica. Se presenta ante los sujetos como rígido e inmodificable. Por lo tanto, los imaginarios individuales y colectivos son poco diversos y muy sólidos, pues una verdad absoluta no deja espacio a dudas. En el orden tradicional, cada sujeto está determinado a una función en específico. Por otro lado, este orden proporciona a los sujetos certeza de su existencia, lo que le proporciona un sentido a la acción y a la existencia de los sujetos (Serret, 2006).

Por medio del proceso de racionalización la verdad absoluta del orden tradicional se comienza a derrumbar, lo que Weber llama el "desencantamiento del mundo". Esto, en otros términos, es la secularización de la sociedad, "la muerte de dios". Destruye la ilusión de un sentido de vida preestablecido por la tradición e inaugura un estilo de vida occidental de autodeterminación de los sujetos, uno en el que haya la "superación abstracta de lo viejo, que deberá ser sustituido por una novedad también indefinida" (Serret, 2006, p. 65).

La modernidad inaugura una nueva serie de saberes y criterios de verdad distintos entre sí. Por otra parte, comprende una trasmutación de valores, y la libertad recobra importancia porque se ofrece una gran gama de posibilidades de elección. Dentro de la modernidad se deben entender también el poder y la política, puesto que estos elementos sirven como dominación y reproducción de los medios físicos e ideológicos que mantienen un orden patriarcal sobre las mujeres y otros hombres, como los homosexuales. El orden patriarcal es necesario para el mantenimiento del sistema capitalista (Serret, 2006).

Para Weber, el poder significa la posibilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, mientras que la dominación es la probabilidad de que un mandato sea obedecido. Esto significa que la dominación como expresión del poder permite un cierto orden social, en este caso, un orden patriarcal. Entonces, para Weber el poder es una relación social entre dominados y dominantes.

Foucault hace más explícito que el poder no es un atributo ni se tiene, sino que se ejerce. Por otro lado, el poder no es algo exterior, sino que se plantea como parte constitutiva de las relaciones sociales. Donde hay poder, hay resistencia. Foucault también refiere que el poder se ejerce mediante la reproducción de ciertas pautas normativas que pertenecen a un orden social por medio de dispositivos de poder. Los dispositivos de poder son instituciones (el Estado, la iglesia, las prisiones, las clínicas, etcétera.) que se encargan de ejercer el poder para mantener un cierto orden establecido, "este tipo de situaciones organiza las relaciones sociales en sus diversos niveles, desde una estructura de desigualdad, que se realiza (se objetiviza, según Foucault) por medio de relaciones múltiples de poder" (Serret, 2006, p. 74).

La eficacia del ejercicio del poder se halla en sus fundamentos de legitimidad. Siguiendo a Weber, Serret revisa los tipos puros de dominación: el tradicional y el racional. El tipo puro de dominación tradicional se fundamenta en que hay un orden natural de las cosas, por lo que ese orden debe ser así. Weber identifica que la dominación patriarcal es el orden de cosas más tradicional por

definición, y dicho orden se produce en su núcleo, o sea, en el ambiente doméstico. La estructura jerárquica patriarcal se basa en la superioridad natural del hombre dentro de la familia.

Por otra parte, la dominación racional o legal corresponde al orden establecido en la modernidad. Este orden alude a "argumentos de cientificidad, racionalidad y consenso" (Serret, 2006, p. 77), los cuales se encuentran encarnados en el derecho. Este tipo de dominación se ejerce por medio de la burocracia, la cual puede ser tanto una asociación política como una empresa capitalista. Estas asociaciones contraen una utilidad racional y utilitarista.

Según Habermas (Serret, 2006), en la modernidad todo acto de resistencia a estas asociaciones o instituciones legales implica un acto creativo como lucha por la emancipación, por lo que las resistencias al poder se manifiestan como contrapoder. A su vez, esta lucha se expresa como política, en el caso del género, y es visible en todos los movimientos que buscan el reconocimiento social como minoría.

La política puede ser vista desde tres ángulos: 1) la política como gobierno, 2) la política como fuerza y 3) la política como lo público. Sin embargo, la autora (Serret, 2006) se centrará específicamente en ver a la política como lo público, que se configura como un campo de producción, actuación y reproducción de ciertas relaciones de poder expresadas de forma desigual en un acto de jerarquías simbólicas: "Lo público es el espacio de organización de lo social por excelencia en las sociedades modernas, es decir, el ámbito donde se norma y sanciona, en un sentido amplio, lo que de manera imaginaria se percibe como concerniente a la colectividad" (Serret, 2006, pp. 87-88).

Por lo tanto, las relaciones de poder en la modernidad son relaciones políticas si se realizan en la esfera pública, sin importar que exista una vinculación de forma directa con el gobierno. Así, las relaciones privadas pueden pasar a ser públicas (y, entonces, políticas) en tanto que transiten a lo público a través de algún código normativo que sancione estas relaciones como asunto colectivo. Por ello, las relaciones de poder entre los géneros son un problema político, ya que "manifiestan pugnas culturales en las que se enfrentan códigos de legitimidad tradicionales contra otros signados por la racionalidad" (Serret, 2006, p. 89).

Para Preciado (2010), cada Estado ha mantenido las condiciones simbólicas y materiales para la reproducción del poder. Las condiciones propicias para la elaboración de ficciones o imaginarios sociales tienen que ver con anclajes simbólicos e históricos en un territorio específico.
Para fines de esta tesis, la noción de familia será un elemento simbólico y material que se trabajará de manera continua. Para ello, será de menester retomar el hecho histórico ocurrido después de la

segunda guerra mundial, desde 1943, la sexualidad reproductiva se anunciaba en medios masivos de comunicación como un deber natural de hombres y mujeres que desean hacer una familia con tal de incorporarse a la sociedad. Una ficción política viva es (Ranciére, 1987) un conjunto de articulaciones manifestadas en actos performativos (Butler, 2001) con máscaras sociales, representadas en espacios semiótico-materiales, es decir, escenarios simbólicos y referenciales de la vida cotidiana que construyen posiciones y roles específicos de género en los cuerpos sexuados al nacer. La condición geopolítica diseña (a partir de las dimensiones del poder y la identidad estructuran a las personas en una nacionalidad marcada por el género, la religión, la clase, la etnia, la casta, la edad, la habilidad y la sexualidad dentro de una red de fronteras políticas reconocidas) identidades mediante instituciones biopolíticas disciplinarias del cuerpo (familia, escuela, trabajo, salud, alimentación) que inventan la masculinidad y la feminidad como verdades biológicas y verificadas científicamente (Preciado, 2008).

La construcción identitaria nunca es azarosa, pues, como lo enuncia Serret (2006), es una codificación simbólica, imaginaria social y subjetiva, ya que la identidad se produce a partir del cruce de estrategias enunciativas en ámbitos históricos institucionales, y en el seno de prácticas y formaciones discursivas específicas: surge dentro del juego de modalidades concretas de poder. Es más un resultado del señalamiento de la diferencia y la exclusión que un signo de identidad única y que es natural en los cuerpos. Entonces, la sexualidad es vista como producto, pero también es vista como productora de relaciones de poder, cuyo análisis revela problemas políticos centrales para comprender las violencias sexo-genéricas y otros problemas políticos contemporáneos, como la discriminación, el heterosexismo y la homofobia (Cabezas y Berná, 2013).

Esta identidad ciudadana es imprescindible para el ordenamiento y la articulación industrial y comercial; fundamental en la legislación de los imperialismos en sus diversas expresiones modernas (Biersteker y Weber, 1996). Varios investigadores (entre ellos, Vázquez, 2001) describirán cómo los médicos, psiquiatras, juristas e higienistas sociales, como aquellos que centrarán su atención en la "degeneración de la raza humana" a partir de las prácticas sexuales durante el siglo XIX y principios del XX. Esta intención marca las acciones de la política médica que diferenciaba a los "verdaderos" pervertidos de aquellos otros con conductas obscenas o viciosas, a fin de intervenir con aislamiento u otros castigos penales. Con ellos marcha la estrategia multilateral de la eugenesia social (Cabezas y Berná, 2013).

A la par de este proceso, se construye y edifica una política "familiar" que naturaliza el modelo nuclear de familia heterosexual monógama, de control de la sexualidad y reproducción de la

mano de obra (gestación de varones) que precisa la industria y el ejército nacional (Cabezas y Berná, 2013). Por lo que el modelo familiar será visto como la "vacuna" para prevenir la "degeneración" de la población que los higienistas sociales llevaban décadas denunciando, y que convirtió a la mujer en *ángel del hogar*. Esto originó la nueva figura política de la madre como el sujeto central que mantiene y reproduce el hogar monógamo y heterosexual, que actúa performativamente como "antibiótico" para prevenir el contacto con los anormales, quienes son vistos como cuerpos que no deben tener acceso a la representación política por la preservación del cuerpo nacional o el cuerpo "sano", entendido como un hombre heterosexual, jefe de familia, saludable y exitoso (Preciado, 2002).

Al interior de la ficción política viva (Preciado, 2008), considerada como identidad colectiva constituida en un orden simbólico, imaginario social y subjetivo (Serret, 2006) de la familia, se podrán observar cuerpos leídos a través del género (que es la construcción social de la diferencia sexual), cuya función es marcar lo femenino o masculino a través de sus actos individuales en los espacios sociales, repetitivos en el "juego de la imitación", que se conectan con los relatos nacionales de la politización de la maternidad y la virilidad (Davids y Van Driel, 2005).

Un elemento sustancial de la ficción política viva de la familia será la institución del matrimonio heterosexual y monógamo, en el que las mujeres están sujetas a sus maridos y a las instituciones médicas (con sus aparatos de verificación), por lo que las mujeres están sujetas a la jerarquía clínica como pacientes. Durante el siglo XIX, la institución matrimonial parece fortalecerse como un espacio de reproducción, de economía doméstica y de transmisión patrimonial, pero raramente como un espacio de placer sexual (Preciado, 2008). Estas ficciones configurarán en la memoria social y colectiva prejuicios que conducirán los actos a favor o en contra de los cuerpos identificados como "anormales".

La historia material de la psiquiatría y la psicología (estadounidense y no estadounidense), como antecedente de la terapia familiar, presentó una evolución cíclica y modelada por los intereses económicos de cada geopolítica. En estas oscilaciones histórico-materialistas, la psicología ha mantenido una identidad ontológica, epistemológica, metodológica y, además, económica, ya que es una disciplina caracterizada por la aplicación y la practicidad. El marcado carácter práctico de la ideología estadounidense, que fue orientada conforme el modo de producción iniciado por los ingenieros (entre ellos, Henri Ford), también dirigió y orientó la actividad clínica y, específicamente, la psicológica y sus tecnologías, entre ellas, la terapia familiar.

Esto nos lleva a un punto importante a nivel metodológico y político: la asimilación que la psicología y la psicoterapia ejercen sobre la medicina. Estas disciplinas interconectadas crean los

procedimientos ontológicos para la objetivación de la mente, pues la consideran como un "órgano" y es vista desde un conjunto de procedimientos técnicos dirigidos hacia la representación de ese "órgano" para mostrar la conducta. También crean procedimientos epistemológicos centrados en explicaciones adquiridas o ambientales. Esto hace surgir a la terapia o psicoterapia como un conjunto de procedimientos técnicos dirigidos hacia la conducta sana o hacia estilos de vida "saludables", según los parámetros simbólicos, imaginarios y subjetivos de los binomios salud/enfermedad, hombre/mujer, mente/cuerpo que existen en cada sociedad.

Al mismo tiempo, se asocia esta objetivación institucional de la mente/cuerpo y la salud/enfermedad a un valor de cambio y al binomio hombre/mujer como los consumidores y productores de la fuerza de trabajo, a lo cual apela la práctica psicoterapéutica. Por ello, la psicoterapia se convierte definitivamente en una mercancía, y pasa a formar parte del circuito fordista de la cadena industrializada respecto al cuerpo taylorizado, de la cultura comercial que produce subjetividades en masa (Preciado, 2010; 2013, Le Bretón, 1995).

El conocido fordismo es una forma de conceptualizar a la industria del automóvil que sintetiza y define un modo específico de producción y de consumo (evocando a su autor Henri Ford), la cual retoma una temporización taylorizante de la vida, es decir, que la industria comercial trata de evitar que los obreros o cualquier cuerpo tengan la posibilidad de controlar su tiempo, y en consecuencia, su vida. Esto se logra mediante procedimientos sistematizados y medidos por subdivisiones; produciendo y reproduciendo una estética polícroma para educar a los cuerpos sexuados como si fuesen objetos "inanimados" y sin voluntad propia; gestionando así una forma de pensar el espacio interior y de habitar la ciudad, un agenciamiento conflictivo del cuerpo y de la máquina, un modo discontinuo de desear y de resistir (Preciado, 2010).

Sin embargo, y recordando la declinación del fordismo y del taylorismo, en los años que siguen a la crisis energética y a la caída de las cadenas de montaje de Henri Ford, se buscarán nuevos sectores que sean portadores de las transformaciones de esa economía global. De este modo, se hablará de las industrias bioquímicas, electrónicas, informáticas o de la comunicación como nuevos soportes industriales del capitalismo. Pero estos discursos seguirán siendo insuficientes para explicar la producción del valor y de la vida incluso en la sociedad actual (Preciado, 2013).

Progresivamente, surge el negocio del nuevo milenio: la gestión política y técnica del cuerpo, del sexo y de la sexualidad. Dicho de otro modo, hoy resulta filosóficamente pertinente llevar a cabo un análisis sexopolítico de la economía mundial por medio de una búsqueda exhaustiva en los archivos, en la memoria histórica de las disciplinas (Preciado, 2013).

Esta situación nos lleva a observar de cerca la transición histórico-materialista del capitalismo después de los regímenes esclavistas (Taylorismo) e industriales (Fordismo). Se pone en marcha

un nuevo tipo de gobierno del cuerpo. Y se traduce en la transformación del sexo en objeto de gestión política de la vida. Una biopolítica de los nuevos sistemas de control social en una era posfordista (Preciado, 2010; 2013, Le Bretón, 1995).

Al respecto, a finales de la primera guerra mundial comienza la visibilidad de las mujeres en el espacio público y poco después surgen casos de homosexualidad en el ejército americano, situación que provoca la persecución "patriótica" contra la homosexualidad como forma de antinacionalismo, lo cual exalta los valores familiares de la masculinidad laboriosa y la maternidad doméstica (Bertrando y Toffanetti, 2004; Preciado, 2010).

De esa época procede el informe epidemiológico conocido como "el sexo variante", al que más tarde le seguirán el informe Kinsey sobre la sexualidad y los protocolos de Staller sobre la feminidad y la masculinidad; mientras que en México se desarrolló la estandarización del instrumento multifacético de la personalidad conocido como "Minnesota", que calculaba los niveles de feminidad y masculinidad con fines patologizadores. También se comienzan a sintetizar, comercializar y utilizar las primeras moléculas hormonales de progesterona y estrógeno (Bertrando y Toffanetti, 2004; Preciado, 2010).

En 1946 se inventa la primera píldora elaborada a partir de estrógenos sintéticos. El estrógeno se convertirá pronto en la molécula farmacéutica más utilizada de toda la historia de la humanidad (Preciado, 2010). En 1947 John Money inventa el término *género*, que se diferencia de *sexo* con la intención de nombrar la pertenencia de un individuo a un grupo culturalmente reconocido como masculino o femenino, y afirma la posibilidad de modificar el género de cualquier bebé hasta los dieciocho meses. (Preciado, 2013).

En 1950 nace la terapia familiar como consecuencia de las fuertes corrientes influyentes de la consultoría matrimonial, la terapia sexual y la asistencia social. La terapia familiar brinda y extiende la idea sobre la posibilidad de intervenir en la vida familiar de la posguerra. En los Estados Unidos, durante la década de los cincuenta, y con relación a los servicios de salud, se dieron cambios importantes en la organización de las políticas que defendían a la familia y a la única sexualidad, o sea, la heterosexual: En lugar de centrarse en la prostitución o la masturbación, las ansiedades de los cincuenta tuvieron como tema central la imagen de la "amenaza homosexual" y el ambiguo fantasma del "delincuente sexual" (Gómez, 2015). Los valores de esta década dirigidos a la "familia" eran nuevos. El énfasis en la creación de un mundo pleno de satisfacciones, diversión e imaginación en el seno de la familia nuclear heterosexual no tenía precedentes (Bertrando y Toffanetti, 2004; Preciado, 2010; 2013).

En 1951 se reformulan las Child Guidence Clinics, donde ven la luz las primeras terapias de la familia que, sobre todo, heredan de la opinión pública, y de las políticas que defienden a la familia y a la única sexualidad, la idea de que *la madre es responsable* de la salud mental del hijo. Lo que es peor, estas primeras terapias formaron a algunos de los primeros terapeutas familiares importantes, entre ellos, Ackerman, Whitaker y Minuchin, los padres fundadores de varias escuelas internacionales en terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004; Preciado, 2010; 2013; Gómez, 2015).

En 1953, y pese al conservadurismo nacional manifiesto en las políticas públicas para las familias de Estados Unidos, el soldado George W. Jorgensen se transforma en Christine, convirtiéndose en la primera transexual mediatizada. En ese mismo año Hugh Helfner crea Playboy, la primera revista porno norteamericana difundida en cada esquina con la fotografía de Marylin Monroe desnuda como portada del número uno. Mientras, en la España franquista, la Ley de Vagos y Maleantes de 1954 incluye, por primera vez, a homosexuales y a desviados sexuales. Sin embargo, la homosexualidad y la intersexualidad preconizan, las terapias de modificación de conducta, el tratamiento mediante electroconvulsiones y la castración terapéutica con fines eugenésicos (Bertrando y Toffanetti, 2004; Preciado, 2010; 2013). En México, en ese mismo año se plantea la demolición del Manicomio General "La Castañeda" para dar inicio a la descentralización de la Neurología y la Psiquiatría, con tal de brindar atención especializada y enfocada en los males asociados con los trastornos mentales, dar un servicio a los niños e incorporar a la terapia familiar como parte del plan sanitario mexicano (Gómez, en dictaminación).

En San Francisco, la política y los medios de comunicación se lanzaron a la guerra contra los homosexuales durante toda la década de los años cincuenta. La policía llevó a cabo redadas en bares, patrulló y realizó arrestos masivos en las calles, y anunció a los cuatro vientos su intención de echar a los "maricas" de San Francisco (Preciado, 2010).

Para 1960 el movimiento feminista genera un interés por la liberación sexual, que se verá impulsado por la rebelión política contra los valores "familiares" de los años anteriores. Además, los modos de producción buscarán una dinámica industrial en la cual se incluyan nuevos mercados para las y los jóvenes, las y los solteros; es decir, mercados que incluyan a las mujeres. En ese sentido, la tecnología médica fue avanzando en sus mercados de aplicación, pues en 1966 se inventaron los primeros antidepresores que intervinieron directamente en la síntesis del neurotransmisor serotonina, y que llevarían en 1987 a la concepción de la molécula de Fluxetina, misma que fue comercializada como Prozac y administrada en dosis delirantes hacia la regulación anímica de las mujeres estadounidenses (Bertrando y Toffanetti, 2004; Preciado, 2010; 2013).

Todo lo anterior es parte del contexto de 1950 a 1970, tiempo en el que se dieron fuertes disputas políticas con respecto al tema de la sexualidad, ya que los movimientos feministas y de revolución sexual fueron cambiando las costumbres y, por ende, las formas en que se organizan las familias. En este periodo se populariza la idea de que la *familia está en crisis,* debido a que, y en contra del deseo de la prensa nacional, las crisis familiares quedaron al descubierto: hubo un aumento de divorcios, una disminución en la tasa de natalidad, los jóvenes respetaban menos a los padres, hubo padres homosexuales que pelearon la guardia custodia de sus hijos, y otras situaciones relacionadas. Por lo tanto, el trabajo terapéutico sobre la familia comenzó a cambiar: lo que era una oportunidad de investigación se transformó en una necesidad social. Estos cambios en la familia americana se vieron afectados por diversos acontecimientos: la guerra de Vietnam, la revolución China, o los asesinatos de Kennedy y de Martin Luther King que apagaron muchas esperanzas (Bertrando y Toffanetti, 2004; Preciado, 2010; 2013, Gómez, 2015, 2016).

En el trayecto evolutivo de la medicina en 1960, Manfred Clynes y Nathan Kine utilizan por primera vez el término *cyborg* para referirse a un organismo técnicamente suplementado por una máquina, que podría vivir en un medio ambiente y operar como un sistema homeostático integrado inconscientemente por un intercambio de información entre los sistemas del organismo y el de la máquina. A esto se le hará llamar "prótesis", o un "rabo" cibernético. Esta noción sería recuperada por Bateson y, más adelante, incorporada a la terapia familiar para describir el proceso de intercambio de información entre los miembros de la familia; cause circular, por cierto, carente de un análisis de jerarquías, pues todos tenían el mismo poder de afectación, no importaba si eras hombre o eras mujer, o niño o niña en el espacio familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004; Preciado, 2010; 2013; Gómez, 2016).

Lo que nos lleva a pensar en la economía que deja la investigación teórica y práctica de las técnicas "psi", entre ellas, la terapia familiar, en la cual la producción y el consumo reproducen en la sociedad reacciones anticolectivas, y donde el modelo liberal fabricará emociones que serán analizadas, difundidas y trabajadas por la psicología y la psiquiatría. Estas emociones versan en el binomio "cambio/esfuerzo y mantenimiento" y "felicidad/tristeza".

Hacia 1969 la extrema derecha en Estados Unidos atacó al Consejo de Información y Educación Sexual, publicando panfletos, tales como: El jaleo de la educación sexual: la pornografía en las escuelas y el SIECUS (por sus siglas en inglés), corruptor de los jóvenes. Estos ataques hacia la educación sexual giraban en torno a argumentos como los siguientes: *el SIECUS quiere eliminar los tabúes religiosos, para promover la aceptación de relaciones sexuales anormales, degradar las*

normas morales absolutas y "destruir la cohesión racial", al exponer a los blancos (en especial a las mujeres) a las normas sexuales supuestamente "inferiores" de los negros (Rubin, 1989p.126).

Sin embargo, Estados Unidos ha mostrado una incoherencia con su política conservadora, pues ante el comercio se debilitará pero no dejará de existir la pornografía. En 1971 Gerard Damiano realiza, con el dinero de la mafia californiana, *Deep Throat* (Garganta profunda), una de las primeras películas porno comercializadas públicamente en Estados Unidos. Esta película se convirtió en una de las más vistas de todos los tiempos. A partir de entonces estalla la producción cinematográfica porno: de treinta películas clandestinas que había en 1950 crece a dos mil quinientas en 1970 (Preciado, 2010; 2013).

En 1973 se retira la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales del Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM). Pero en 1983 la transexualidad (disforia de género) se incluye en la lista del DSM. Sin embargo, y pese a esta victoria política, en 1979 se crea una iniciativa llamada Ley de Protección de la Familia, introducida en el congreso con la finalidad de ser un contrapeso al feminismo, los homosexuales, las familias no tradicionales y la intimidad sexual de los adolescentes (Preciado, 2010).

En 1988 se aprueba el uso farmacológico de Sildenafil (comercializado como Viagra por los laboratorios Pfizer) para tratar la disfunción eréctil. A partir de 1996 los laboratorios americanos lanzan a la venta hormonas para provocar la pérdida de peso. A principios del nuevo milenio cuatro millones de niños son tratados con Ritalín por hiperactividad y por el llamado Síndrome de Déficit de Atención, y más de dos millones consumen psicotrópicos destinados a controlar la depresión infantil (Preciado, 2010).

Este periodo económico evolucionado nos posiciona en un nuevo tipo de capitalismo caliente, psicotrópico, terapéutico y punk. Muestra claras evidencias de las transformaciones que articulan a un conjunto de dispositivos micropolíticos y mediáticos (Preciado, 2008).

La nueva economía del mundo no funciona sin el despliegue simultáneo e interconectado de la producción de cientos de toneladas de terapias y psicoterapias, conectadas o no, con esteroides sintéticos, con difusión global de imágenes pornográficas, falsas representaciones del cuerpo de la mujer, distorsiones de la vida familiar, con la elaboración de nuevas variedades psicotrópicas sintéticas, legales e ilegales, para cumplir con los ideales de la imposición de la estética del cuerpo y la subjetividad. Sin lugar a dudas, estas prótesis de la subjetividad tendrán una extensión material, una extensión a la totalidad del planeta, mostrada en una forma de arquitectura urbana difusa en la que mega ciudades de miseria se codean con nudos de alta concentración de capital (Preciado, 2010).

Por otra parte, la sociedad se ha convertido en una sociedad de consumo que, ante todo, exige a sus habitantes producir y comprar. Incluso los conflictos existenciales pasarán a formar parte del circuito comercial. Entre los productos que los estadounidenses pueden consumir se encuentran también las distintas terapias: es el triunfo de lo terapéutico (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En ese sentido, el feminismo y la medicina social son ya modos de pensar la investigación desde otros lugares más incómodos para la hegemonía, en los que se devele en todos los espacios la marginación de las personas "nombradas" como "mujeres", gays, lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales, travestis, indígenas, pobres, portadores de VIH. Esta necesidad incluye a la terapia familiar. Debido a lo anterior, en 1978 en la revista *Family Process* se publica por primera vez una terapia familiar con la óptica del feminismo blanco. Relacionado a lo anterior, las feministas, terapeutas familiares de los ochenta, empezaron a cuestionar:

> ¿Cómo es posible, entonces, que los terapeutas familiares no tuvieran plena conciencia de la socialización basada en el género?, ¿Cómo se podría haber pasado por alto dentro del campo, la tendencia a estereotipar los roles sexuales en la formación de la familia? (Walters, Cartes, Papp y Silverstein, 1991, pp.20)

Para Walters, Cartes, Papp y Silverstein (1991), la teoría de sistemas aplicada a la terapia familiar permitía a sus adherentes proclamar contextos "neutrales", con ello se producía y se reproducía toda una forma de intervenir sin tomar conciencia de los prejuicios implícitos en la práctica. Estas autoras propusieron revisar los prejuicios sexuales en los organismos en que realizaban práctica profesional, así como en programas de capacitación en terapia familiar. Este hecho impactó en la Asociación Americana de Terapia Marital y Familiar (AAMFT), que en 1991 incluyó en su código ético la no discriminación por orientación sexual. Asimismo, desde 1994, la comisión de acreditación de la enseñanza de terapia marital y familiar incorporó en sus programas de formación contenidos referentes a la orientación sexual (COAMFTE, 1994), con ello se esperó dirigir al seguimiento de nuevas líneas de reconocimiento e inclusión de problemáticas que enfrentan los homosexuales, como la discriminación, la homofobia, y la heteronormatividad (Brown, 1989; Evans, 1991).

Para Espriella (2007), los prejuicios frecuentemente se encuentran en los profesionales de la salud en formación. Estos prejuicios afectan el servicio brindado a homosexuales. Por citar un ejemplo, Campo, Herazo y Cogollo (2010) realizaron dos investigaciones descriptivas y retrospectivas de publicaciones científicas que hablaran de la homofobia en estudiantes de enfermería y

odontología. En esta revisión de los artículos publicados entre 1998 y 2008, todos escritos en español, inglés o portugués, se encontró que entre el 7% y el 16% de los estudiantes presenta algún grado de homofobia, más común en varones y más establecida en religiosos. Sólo en estudiantes de posgrado se evidenció un menor deseo de interactuar socialmente con personas homosexuales. No se han encontrado estudios sobre prejuicios en estudiantes de la carrera de psicología, así como en terapeutas familiares (Clark y Serovich, 1997), situación preocupante debido a que la población homosexual ante los prejuicios heterosexistas y homofóbicos vulnera su salud y, en algunos estudios, predice conductas autodestructivas y daños autoinfligidos (Gómez, 2016) que los llevarán al uso de psicoterapias, medicación psiquiátrica y uso de servicios de salud mental (King y Bartlett, 2004). Aunado a eso, los prejuicios dañan y trastocan la relación con el paciente y, finalmente, dificultan su tratamiento o psicoterapia. Esto hace notar el peligro que implica que los profesionales de la salud tengan discursos de este tipo, dejando al usuario en una vulnerabilidad mayor que en la que ya se encuentra (Álvarez y Sevilla 2010).

Para Rock, Stone y McGeorge (2009), existe una marginación con respecto a la enseñanza de tópicos relacionados a parejas y familias homosexuales en los programas de formación en terapia familiar. También consideran que los programas de entrenamiento en terapia familiar no cambian los discursos hegemónicos sobre la sexualidad y muestran a la diversidad sexual como un tema aislado e implícito con otros temas de pareja, lo cual fomenta prejuicios sobre los estudiantes. Lo anterior se refiere a lo ocurrido en Estados Unidos y los movimientos feministas y homosexuales que impactaron diversos escenarios hasta llegar a la terapia familiar y, con ello, impulsar reformas educativas que fuesen más incluyentes con la enseñanza de la diversidad familiar. No obstante, dista de lo que ocurre en México al respecto de la terapia familiar, sus formaciones y sus contribuciones sociales, pues se puede asegurar que el modelo de terapia familiar en México ha sido un paradigma en expansión comercial durante los últimos veinticinco años, que poco a poco va perdiendo su memoria histórica (Eguiluz, 1998).

Desde el punto de vista de Krestan y Bepko's (1980) los reportes que se escriben sobre unión lésbica colocan como premisa de identidad los roles tradicionales de género y de orientación heterosexual como punto moral para las relaciones homosexuales: la falta de compromiso o relaciones "parcas", posesivas y poco "realistas" (Robles, 2003) son ejemplos claros de los textos que se escriben sobre el tema. Con ello se sobregeneraliza, sin respeto y distinción, las diferencias entre las relaciones lésbicas, gays y heterosexuales marcadas por la homofobia. Esos autores encajan al género en estereotipos que resultan una continuidad patologizante de relaciones entre personas del mismo sexo (Laird y Green, 1996).

Para Douggan (2002) Esta variedad de retórica que describen los roles tradicionales de género, ahora está generalizada en la política occidental. Para la autora, esta política se hizo popular a principios de 1990, ofrecida por líderes occidentales que iban desde Bill Clinton New Democrats en los Estados Unidos y los laboratorios de Tony Blair en Gran Bretaña hasta el conservadurismo compasivo de George Bush. De ahí que la idea central de esta investigación gire en torno a aquellos prejuicios construidos a partir de ideas, creencias, y fantasías, que son nada más ni nada menos que reflejo de dos ejes centrales: la historia de vida del estudiante de terapia familiar y el aprendizaje obtenido de los programas de formación en terapia familiar con respecto a las parejas homosexuales. Sin embargo, la comisión de acreditación de la enseñanza de terapia marital y familiar ha encontrado y ha criticado la literatura heterosexista en los programas de formación, y concluye que los programas no preparan a los estudiantes para el trabajo con personas homosexuales (Rock, Stone y McGeorge, 2009).

Ejemplo de ello es la investigación realizada por Doherty y Simmons en 1996, en la que se realizaron los primeros datos nacionales sobre los servicios de salud mental proporcionados por terapeutas matrimoniales y familiares. Se tuvo en cuenta una muestra de 526 terapeutas de 15 países que dieron información descriptiva sobre su formación, nivel de experiencia y prácticas profesionales, así como información detallada sobre los casos recientemente terminados. Además, 429 de los clientes de estos terapeutas informó sobre su satisfacción con el tratamiento y el cambio en la función. Los resultados indicaron que los terapeutas matrimoniales y familiares tratan una amplia gama de problemas graves de salud mental y relacional, que lo hacen de manera relativamente a corto plazo, y que usan terapias individuales, de pareja y familiar. Otro dato importante fue que cerca de la mitad de los estudiantes examinados no se siente con las habilidades y las competencias necesarias para trabajar con personas lesbianas y homosexuales (Rock, Stone y McGeorge, 2009).

Jackson (2006) explica que los analistas de la heterosexualidad institucionalizada (o heteronormatividad) se han "centrado exclusivamente en el papel (o prejuicio) de regulación de la homosexualidad y teorizan cómo "la homosexualidad gana coherencia en relación a la heterosexualidad", pero el impacto de los regímenes de la heterosexualidad normativa sobre la homosexualidad ha sido ignorado y poco estudiado.

Desde la publicación revisada de Clark y Serovich (1997) sobre el desinterés de los *journals* de terapia familiar por estudiar y publicar trabajos relacionados a familias lésbico-gay, ha ido creciendo el cuerpo clínico orientado al trabajo profesional que describa la vida de parejas y familias que viven fuera de los límites de la heterosexualidad.

No fue sino hasta 1996 que Laird y Green realizaron el primer manual clínico dirigido a familias de diversidad sexual (Green, 1996; Rock, Stone. McGreorge, 2009; Journal of Marital and Family Therapy, 2000). Esos autores y Journal han apurado el desarrollo de la terapia familiar en el conocimiento del ambiente de familias con experiencias de personas LGTB y, más recientemente, la naturaleza quir. Estos cambios en el campo de la terapia de pareja y familiar replantean las nociones en las que se constituye lo "normal" y lo "sano".

A pesar de redirigir este movimiento, la literatura y el entrenamiento en el campo de la terapia familiar permanecen situadas en un paradigma primario que privilegia la heterosexualidad. Un ejemplo de ello es una investigación realizada por Arcelloni y Ferrero (2008) en la que se propone una metodología para el trabajo con la historia de las parejas, la cual fue llamada *dougrama* y centra la atención en el proceso de elección de pareja a través del tiempo. De esta forma, la terapeuta analizó de forma anecdótica las historias de pareja en los grupos de formación sistémica, las cuales reportan de forma cualitativa los significados, fantasías y emociones del alumnado. No obstante, se muestra como una investigación excluyente, donde la técnica es contemplada en condiciones heteronormativas sin distinción de las necesidades, fantasías y emociones de las parejas homosexuales (Gómez, 2015).

En otro estudio cualitativo, realizado por Desatnik (2013) con estudiantes de maestría en terapia familiar en México, con el fin de comprender las representaciones y sus cambios en personas que inician una formación en terapia familiar y quienes la terminan, se afirma que la formación y la relación terapéutica de los estudiantes de terapia familiar se va construyendo y va cambiando a partir del conocimiento de los distintos modelos de terapia en los que las representaciones se modifican cuanto mayor es el dominio de los modelos teóricos, los roles del psicólogo, el apoyo, la asistencia, la educación y la guía por parte de los tutores. Sin embargo, en el estudio no se hace mención de la evolución del concepto de *familia* en los estudiantes, ni mucho menos de las posturas con respecto a las familias homoparentales, y tampoco se habla de algún material técnico terapéutico que trabaje con el tema. Esto nos hace recordar dos de las críticas realizadas por la Comisión de Acreditación en Terapia Marital y Familiar: la literatura que prevalece en los centros de entrenamiento en terapia familiar es heterosexista y no provee a los estudiantes el conocimiento, las habilidades suficientes y necesarias para atender las necesidades de la comunidad lésbica, gay y bisexual, y por el contrario, genera un rechazo hacia los homosexuales (Clark y Serovich, 1997; Green, 1996).

Este capítulo concluye con diversas necesidades para trabajar en esta investigación, entre ellas: la enunciación crucial del componente cultural, aquello que Serret nos ofrece con la articula-

ción simbólica, imaginaria social y subjetiva que es producida en los albores de un poder político cuya tarea es dictar normas de comportamiento y, por ende, de identidad; la identidad definida y limitada en tanto orden de género, y que asigna descriptivamente "lo propio de los hombres" y "lo propio de las mujeres", así como también edifica una forma de tratarlos en el espacio público y privado, lo que Preciado (2010) llama una ficción política de asignación y verificación médico-jurídico que lleva consigo la creación de disciplinas "psi". Estas disciplinas operan como prótesis de subjetividad con la finalidad de corregir las desviaciones, entre ellas, la homosexualidad, que en conjunto con las campañas políticas antiobscenidades, crearán a la terapia familiar, un producto creado a partir de la combinación entre las ciencias cristianas y la consejería marital, dos elementos que seguirán vigentes hasta hoy, pues diversas organizaciones e investigaciones han marcado el desinterés de los programas formativos en terapia familiar para incluir los temas de diversidad sexual y género.

Capítulo 5. El currículo oculto

El currículo es una categoría analítica que en si misma trae complejidades, de ahí que sea abordado desde diferentes perspectivas, cada una con sus propios conceptos y posturas. Todas y cada una de ellas nutren un campo de la pedagogía, la cual se dedica a la "teoría curricular". Desde el inicio es importante reconocer que no hay una definición clara y única del currículo que pueda abarcar todas las construcciones conceptuales. Es por ello que es importante hacer una selección precisa de la teoría del currículo que se adecue a los objetos de estudio de la Medicina Social y el feminismo en el campo de la formación de profesionales en salud mental. Para comenzar, una definición sobre el currículo podría ser la que nos aporta Sacristán (2010):

> El currículo significó el territorio acotado y regulado del conocimiento que representa los contenidos que el profesorado y los centros educativos tendrán que desarrollar, es decir, el plan de estudio propuesto e impuesto en la escolaridad a profesores (para que lo enseñen) y a estudiantes (para que lo aprendan). De todo lo que sabemos y es potencialmente enseñable y es posible aprender, el currículo es una selección regulada de los contenidos a enseñar y aprender que, a su vez, regulará la práctica didáctica que se desarrolla durante la escolaridad. (p.22).

En este sentido, es fundamental reconocer que la teoría curricular es producto de una consolidación del campo de la investigación y de producción del conocimiento que da cuenta de la naturaleza del currículo, en el cual siempre están presentes la adquisición y procesamiento de conocimiento. Por otra parte Sacristán (2010:16) comenta:

> No tiene idéntica función el currículum de la enseñanza obligatoria (básica) que el de la especialidad universitaria o el de una modalidad de enseñanza profesional, y ello se traduce en contenidos, formas y esquemas de racionalización interna diferentes, porque es distinta la función social de cada nivel y peculiar la realidad social y pedagógica que en torno a los mismos se ha generado históricamente. El currículo es la forma de acceder al conocimiento, no pudiendo agotar sus significados en algo estático sino a través de las condiciones en que se realiza y se convierte en una forma particular de ponerse en contacto con la cultura.

Siguiendo a la discusión, el punto de vista de Magendzo (1992), nos ofrece una distinción importante en cuanto a la teoría técnica del currículo, la práctica y la crítica. Elementos que diferencian ejes constitutivos del saber, según Habermas (1982). Estos intereses pueden ser vistos desde tres puntos:

- El interés técnico. Busca controlar y regular objetos, su didáctica es empírico-analítica.
- El interés práctico. Busca el entendimiento humano para informar sobre la acción humana. Lo anterior se consigue mediante la interpretación de los hechos, es decir, mediante la hermenéutica.
- El interés emancipador. Se logra a través de fomentar la autonomía y la libertad en la forma de pensamiento y, por sobre todo, develando críticamente las relaciones de poder en la vida social y en la producción de ideas.

Sin embargo, y para los fines de esta investigación, se empleará la teoría crítica del currículo para dar cuenta de que las premisas que conforman las estructuras sociales no son ni racionales, ni justas como generalmente se plantean al interior de cada campo formativo. Esto lleva a la construcción de una premisa importante que se comparte con la medicina social y el feminismo: las estructuras sociales están creadas mediante procesos y prácticas distorsionadas por la irracionalidad, la injusticia y la coerción, y tales distorsiones han dejado una herida abierta en las interpretaciones sobre el mundo (Serret, 2006).

Para Magendzo (1986), la racionalidad instrumental del positivismo empezaba a producir un papel técnico de la ciencia y de sus recursos humanos, lo que impactó en la producción del rol utilitario de las formaciones. Entonces, esto hace necesario revisar de forma crítica y emancipadamente la formulación de los currículos desde la mirada tradicional/técnica. Magendzo (1986) logró revisar cuatro elementos de esta ética racional e instrumental que subyace en los currículos, como agentes reproductores de la cultura hegemónica, provocando marginación de los y las profesoras como agentes de transformación y reproduciendo una pretendida neutralidad del conocimiento.

Por otro lado, Hamud (1998) nos ofrece una explicación sobre estos hechos en la que ve a la educación como un dispositivo que tiene un carácter de conservación de las estructuras del poder, y asume implícitamente la necesidad de su permanencia mediante los tres rubros siguientes:

- Racionalidad instrumental. Es una ideología que utiliza el lenguaje de la empresa, buscando la eficiencia y eficacia, la utilidad y la competencia en la ciencia, lo que satura la práctica educativa.
- El carácter reproductor de la cultura hegemónica. La educación garantiza que algunos grupos sociales puedan mantener una posición dominante, donde sólo unos grupos sociales pueden participar en cuál es la cultura dominante, y a través de mecanismos arbitrarios se obtienen ciertas normas, costumbres, valores y contenidos, y así se consigue su legitimidad.

- La neutralidad del conocimiento. Incentiva a los profesores a abandonar la actitud "problematizadora" que se tiene con respecto al saber académico, aceptando la neutralidad como un carácter importante en la producción del conocimiento.

Por último, la perspectiva crítica-curricular, vista desde Giroux (1998), nos ofrece una explicación más amplia al respecto:

> Uno de los elementos de la crítica al currículo es su posición histórica y acontextualizada que pretende borrar los rostros de las y los profesores y de las y los estudiantes, y que desdibuja la posibilidad de mirar al profesor como agente emancipador y lo reduce a un engranaje más en la maquinaria social de la escuela como institución reproductora (p.45).

Los modelos de currículo deben dirigirse a las experiencias personales concretas de grupos culturales y específicos, y por lo tanto, de investigación interseccional que sea capaz de observar la marginación en sus diferentes ejes. Por último, el modelo tecnocrático instrumental de los currículos niega tácitamente el conflicto intelectual y normativo. Señala Apple (1988) que en lugar de considerar el conflicto y la contradicción como las "fuerzas impulsoras" necesarias para la sociedad, parece una suposición básica la de que el conflicto entre los grupos de personas es algo negativo y debe ser anulado por completo.

Siguiendo a Magendzo (1986), Giroux (1998) y Hamud (1998) en esta investigación que nos ocupa revelar la relación entre el currículo oculto y la producción de prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares en México, ellos aportarán entre sus aproximaciones teóricas: el utilitarismo en la educación, la conformación del currículo como parte del engranaje de la maquinaria social y la educación como un dispositivo que tiene un carácter de conservación de las estructuras del poder.

5.1 **Las expresiones del currículo**

La formación del currículo tiene tres componentes fundamentales: el currículo formal o manifiesto, el currículo real o vivido y el currículo oculto. Ellos constituyen una triada fundamental para comprender cómo se construyen todos los tipos de conocimientos, incluso los prejuicios (Sacristán, 2007; Casarini, 1999; Ruiz, 1985).

- Currículo Formal. Está constituido por los planes manifiestos y públicos de la oferta educativa. Aclara las estructuras académicas y administrativas con los recursos y formas operativas que

permiten su instrumentación. Determina contenidos, niveles y requerimientos para su instrumentación.

- Currículo real o vivido. Es la puesta en práctica del currículo formal considerando las modificaciones necesarias en el devenir del proceso enseñanza aprendizaje. Está presente en las categorías dimensionales: espacio/tiempo, contexto/coyuntura. En este caso, el cumplimiento de las tareas educativas, de alguna manera, determina el auténtico papel que juega el currículo dentro de la función social de la institución. El currículo real supone, además, una negociación entre docentes y alumnos. Esto nos lleva a develar las particularidades y las maneras diversas en que los cuerpos docentes llevan a la realidad los planes de estudio.
- Currículo oculto. Es una categoría de análisis que nos permite interpretar con mayor amplitud las tensiones que existen entre las expresiones del currículo formal, el real y el vivido de una forma dinámica. Enuncia la necesidad de tomar en cuenta los siguientes puntos: a) las escuelas no pueden ser analizadas como instituciones separadas del contexto socioeconómico en el que están situadas. b) Las escuelas son sitios políticos involucrados en la construcción y el control de discursos y subjetividades (Solís, 2014;p.71). c) Las creencias y valores que guían y estructuran las prácticas en el salón de clase no son universales *a priori*, sino que son construcciones sociales basadas en supuestos normativos y políticos específicos (Solís, 2014;72).

El currículo oculto, por ser el eje central del debate de esta investigación, merece un análisis a mayor profundidad. Por esta razón, rescataré las dos ideas de la pedagogía crítica que se instalan en el currículo oculto (McLauren, 2003):

- Dimensión política. La escuela no sólo es un espacio instruccional, sino un campo de capital cultural, de reconstrucción de la memoria y construcción del pensamiento, donde la heterogeneidad humana es el supuesto generalizado que da invisibilidad a sujetos de sexo, género, prácticas sexuales, deseos, raza y clase social para dar poder social e individual a una sola representación de lo humano (Solís, 2014;72).
- Dimensión cultural. Las escuelas siempre han funcionado de manera instrumental, como una máquina performativa que produce desigualdad, racismo y sexismo en las relaciones sociales, esto mediante el énfasis en la competitividad y el etnocentrismo cultural (Solís, 2014;72).

Por lo tanto, el currículo oculto consta de aprendizajes de origen no formal como y de contenido moral del docente, estos se manifiestan en: valores, actitudes, conocimientos, destrezas, significados, habilidades, supuestos, no explícitos y/o no intencionales y/o conscientes, que se dan en el contexto educativo, no sólo en el aula o en el proceso de enseñanza mismo, sino que se reproducen y/o

expresan tanto en elementos vinculados al proceso de enseñanza aprendizaje de: objetivos, metas y contenidos, recursos didácticos y metodologías, las rutinas y tareas escolares, las formas de disciplinamiento, los sistemas de evaluación y el desempeño docente, así como en las relaciones de poder y autoridad, códigos y formas de comunicación, lenguaje verbal y no verbal, interacciones escolares y sociales, ambiente escolar y de trabajo, actividades extraescolares, discursos, normas y políticas institucionales, la organización y gestión de la institución/sistema escolar y, por supuesto, en los criterios y supuestos con los que se eligieron y conformaron todos esos componentes del contexto escolar (Solís, 2014).

Maceira (2005) considera que una gran cantidad de instituciones educativas reproducen un "currículo oculto de género", que quiere decir, que desde lo oculto hay una serie de valoraciones, conceptos, creencias, relaciones de poder, roles, en fin, de recursos textuales y simbólicos (Serret, 2006) generizados, sexistas y heterosexistas que se transmiten en la escuela y que refuerzan e incrementan la discriminación contra la mujer y otros grupos vulnerados. Maceira (2005) ejemplifica al sistema educativo como aquel que supone basarse en criterios "neutrales" y libres de ideología, usando categorías como: "rendimiento", "capacidad" y "competencia", a las que subyacen ideas y principios que no son neutrales, debido a que presuponen, construyen y justifican un discurso sobre "aprovechamiento" y recompensas que deja de lado las brechas estructurales que afectan el progreso o igual desempeño de grupos oprimidos, sean mujeres, pobres, indígenas, homosexuales etc. En ese sentido Azaola (2009) afirma que en las instituciones de enseñanza y aprendizaje circula simbología e imaginarios, que integran en la subjetividad estudiantil "verdades científicas" y prohibiciones del cuerpo, que a su vez, transmiten normas sobre el género y la sexualidad; se enseña a portar en el cuerpo "lo bueno" y "lo malo" sobre cómo deben ser hombres y mujeres, negando, invisibilizando o intentando corregir otras formas de vivir. El cuerpo estudiantil interioriza comportamientos que reproducen modelos de socialización diferencial para mujeres y hombres, que justifican bajo ideas supuestamente "neutrales", el desempeño diferenciado y deficiente de grupos discriminados, fuera de la norma del binario de género, como es el caso de las personas homosexuales.

Entre las implicaciones que tiene el currículo oculto de género, dice Maceira (2005), están:

a) **Coherencia con la misión y visión** de la institución educativa que determinan los aspectos y temas relevantes que deben ser considerados en el diseño curricular. Es usual que en los currículos educativos se **evite** el acceso al **análisis crítico** de los fenómenos históricos relacionados a la disciplina, aun posicionándose desde los derechos humanos como puntos de partida.

Por ejemplo, poco se conoce sobre la estructura productiva y sobre el poder económico y social global y su incidencia local y nacional; o aspectos básicos como preguntarse sobre las motivaciones e intereses de tales iniciativas o proyectos y a quién beneficia.

b) La ideología del docente es determinante para contemporizar los temas relacionados a su área específica. Esa situación genera un natural conflicto epistemológico en el discurso académico del docente, optando por la vía pragmática de tomar partido por la omisión -una suerte de autocensura-, a fin de evitar los conflictos intelectuales cuando se abordan problemas no consignados en el currículum formal, como por ejemplo cuando se contextualiza temas como la globalización, los derechos humanos, la perspectiva de género, las orientaciones sexuales, creacionismo, evolucionismo (Buquet, Cooper, Mingo, Moreno, 2013).

c) La ignorancia es la segunda causa y ocurre simplemente porque el docente no sabe o no se encuentra adecuadamente actualizado ni entrenado en determinados temas establecidos en el programa de la asignatura. Para nadie es desconocido que la educación secundaria es deficitaria, de igual manera puede decirse del segmento superior; por lo general cualquier título de grado disciplinar habilita ser docente universitario.

d) La omisión surge cuando a veces la visión institucional impone los temas que pueden ser abordados, entonces se da la figura de la omisión impuesta. También se da el otro tipo omisión, la omisión consciente, cuando se sabe que la ampulosidad del programa es imposible de desarrollar según estaba planificado, lo que provoca que aparezcan los recortes, las jerarquizaciones, selecciones, etc., para que puedan adecuarse a las nuevas circunstancias.

Esto sólo puede observarse en el conjunto de características que corresponden a la interacción entre alumnos y maestros, así como en la repercusión en los procesos de aprendizaje. De ahí que las observaciones de las tres formas en las que se presenta un currículo sean importantes en esta investigación. Pues, cada uno, contribuye a la construcción de los prejuicios heterosexistas y homofóbicos en las formaciones de terapia familiar. Para dar descripción de este proceso, será necesario dedicar todo un capítulo a este devenir.

Capítulo 6. Los prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapia familiar en México

En este capítulo se aborda el tema de la construcción de prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares en México. Mediante el conocimiento interdisciplinario de la Medicina Social, que incluye en sus objetos de estudio la dimensión de las prácticas en salud, el personal de salud y su proceso de formación interconectado con el campo educativo, se analizará el caso de la terapia familiar ubicada particularmente como una práctica en salud que produce y reproduce fuerza de trabajo en el campo de la salud mental e interviene directamente con la formación docente, pues está condicionada por el tipo de economía capitalista, así como por el sistema de producción y organización social, ya que estos factores influyen en el modelo de atención a la salud y califican como "natural" a la sexualidad reproductiva.

También se exponen los distintos elementos que intervienen en la conducción de los procesos académicos y pedagógicos relacionados a la educación de los terapeutas familiares, sus contenidos formativos y los prejuicios heterosexistas y homofóbicos que son resultado del orden simbólico construido socialmente en la producción y reproducción del binomio hombre/mujer y su organización al interior de las unidades familiares, mismas que aluden al continuo estereotipo de la salud relacionada con la heterosexualidad como única práctica sexual socialmente reconocida y atendida por los equipos de salud. Todo lo anterior puede presentarse en el currículo oculto, cuyo origen se puede rastrear a través de la historia, y que está presente hoy en día en la práctica educativa de los formadores de terapeutas familiares en México.

El terapeuta familiar tiene como uno de sus compromisos éticos y profesionales la transmisión del conocimiento y las habilidades necesarias para que otros se formen como terapeutas familiares o para que continúen en el camino de seguir aprendiendo. El quehacer del terapeuta familiar se puede englobar en cuatro áreas: la asistencial, la docente, la investigación y la gestión. Las cuatro se interrelacionan y es deseable que los terapeutas puedan desenvolverse en ellas. En cada área estará presente la transmisión de sus prejuicios hacia el tema de la heterosexualidad y la homofobia (Gómez, 2015).

El objetivo de esta investigación fue mostrar y dar significado a las implicaciones que hay en la formación de terapeutas familiares, pues se busca que los sujetos partícipes de esa formación puedan incluir la crítica del pensamiento feminista y de la Medicina Social en el diseño y el carácter operativo de la conceptualización y el ejercicio cotidiano de su función docente, ya que mediante la producción y reproducción de documentos heterosexistas y homofóbicos, anulan la posibilidad de visibilizar al colectivo homosexual que, ante el rechazo social, vulnera su salud mental (Gómez, 2015).

Para lograr una mayor precisión en el concepto de "prejuicio" se requiere, primero, el significado general del término. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define como: acción y efecto de prejuzgar. También como: opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal.

Los prejuicios son un tema que ha sido tratado por los psicólogos sociales y los estudiosos de la ética profesional que se encargan de regular el comportamiento de los prestadores de servicio en el campo de la salud. Fueron Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson y Sanford (1950) quienes realizaron los primeros estudios sobre el tema del prejuicio. Ellos establecieron básicamente que el autoritarismo de una política educativa conservadora era la base principal de cualquier prejuicio reproducido en la sociedad.

Para Julián, Donat y Bernabeu (2013), es de suma importancia reflexionar y actuar frente a los efectos de los estereotipos y los prejuicios de género en la práctica clínica cotidiana de los profesionales de la salud mental, pues resulta imperativo para entender las diferencias en la forma de enfermar, los factores de vulneración psicosocial, el modo de manifestar la enfermedad y buscar ayuda, sesgos en la atención recibida por mujeres y hombres y su afectación a la salud. Para ello, los autores antes mencionados parten de la esquematización y la diferenciación que existe entre los estereotipos, los prejuicios y los estigmas, con la finalidad de cuestionarlos y detectar los factores que determinan la construcción social de las relaciones de género.

Por lo anterior, las investigadoras y el investigador acotaron una clasificación del tema por medio del siguiente esquema:

1. Estereotipos, prejuicios y estigmas

2. Estereotipos sociales de género

3. Estereotipos de género y salud

4. Enfoque integrado de género en problemas de salud

5. Determinantes de género en su salud mental

Para Julián, Donat y Bernabeu (2013, pp.15), el estereotipo viene definido por la *"imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad, con carácter inmutable"*, de ahí que los estereotipos ayuden a simplificar la realidad porque la hacen más comprensible. Para ellos, los estereotipos juegan un rol muy importante en la socialización, el desarrollo y la integración de los individuos cuando se enfrentan a un entorno agresivo, desconocido, incomprensible o inaccesible. Los estereotipos se definen también como creencias populares sobre grupos sociales específicos o sobre determinada clase de individuos. Desde el punto de vista de la psicología social, los estereotipos forman parte de nuestras actitudes: aluden al componente cognitivo de las mismas. Se pueden entender como "verdades" socialmente compartidas y, en la mayoría de los casos, políticamente incorrectas.

Por su parte, el prejuicio entraría en el territorio de lo individual y viene definido como la "opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal" (Gómez, 2015, pp. 20). Se entiende como el proceso de formación de un concepto o juicio acerca de una persona o situación de forma anticipada o preconcebida, e implica la elaboración de ideas, creencias, actitudes, juicios u opiniones antes de someterlos a la primacía de la evidencia.

Si el estereotipo alude al componente cognitivo de las actitudes, el prejuicio apelaría al componente afectivo, ideas, verdades aceptadas, presentimientos, preconceptos, nociones, hipótesis, modelos, teorías, sentimientos, estados de ánimo, actitudes y convicciones ocultas (Cecchin y Ray, 1997). Para Julián, Donat y Bernabeu (2013), ambos (estereotipo y prejuicio) se relacionan con el componente de comportamiento o conativo que se materializa en las conductas discriminatorias y estigmatizantes.

En todo caso, la fuerte conexión entre prejuicios y estereotipos se mediatiza por las categorías: sexo, orientación sexual, preferencia sexual, género, estado civil, estatus profesional, clase social, etnia, apariencia o aspecto social general, estatus migratorio, nivel educativo o nacionalidad. Así, expresiones tales como "las mujeres latinas son muy cariñosas", o "los alemanes son muy fríos" son ejemplos de atribuciones estereotipadas. Sin embargo, cuando aplicamos los estereotipos y los prejuicios, lo hacemos bajo la influencia de todas estas categorías o variables sociales. Por lo que el estigma se puede entender como la serie de rasgos, aspectos o atributos que justifican la ex-

clusión social de quienes los poseen. A partir de este concepto, el sistema médico hegemónico clasifica a las personas en dos grupos:

a) Normales: individuos que no se desvían negativamente de las expectativas particulares concebidas para su grupo

b) Estigmatizados: sujetos que padecen actitudes y conductas de evitación, discriminación o rechazo que reducen sus posibilidades de convivir dentro del grupo.

La forma en que el sistema "normativo" categoriza a las personas generará experiencias y trayectorias en las que estará presente el acoso, la discriminación o el rechazo, donde los efectos emocionales de la persona estigmatizada serán la vergüenza y el auto desprecio hasta los intentos de corregir aquello que considera el fundamento objetivo de su deficiencia legitimada socialmente.

Sin embargo, la definición tradicional del prejuicio supone una opinión que, por lo general, será desfavorable, aunque otros autores como Gadamer, Husserl y Montero (1992) harán un planteamiento con mayor profundidad sobre una fenomenología del prejuicio.

Para Montero (*op.cit*), el problema del prejuicio ha sido tratado por Gadamer y por Husserl, aunque de formas muy distintas. Mientras constituye un elemento teórico positivo de la hermenéutica de Gadamer (1998), suscita la más decidida oposición por parte de la fenomenología de Husserl, porque en ella el "prejuicio" viene a ser la antítesis del *a priori histórico,* que significa una generalidad ideal e invariable del mundo histórico. También supone un rechazo de los prejuicios que pudieran introducirse en cualquier sistema teórico o práctico.

Gadamer (*op.cit. pp.35*) aborda el tema del prejuicio enlazándolo con la teoría heideggeriana de la comprensión, ya que esta teoría comprende una conciencia histórica de los precedentes que abrieron paso a lo que ahora se comprende como prejuicio. Para ello, explica: *"Sólo este reconocimiento del carácter esencialmente prejuicioso de toda comprensión confiere al problema hermenéutico en toda la agudeza de su dimensión"*. Pues la "comprensión" o la "interpretación" sólo podrán suceder en la medida en que operen los prejuicios que condicionen el conocimiento de una cosa, debido a que en todo aquello que se comprende hay una historia previa, la que concierne a la cosa comprendida, a su entidad concreta y a todo aquello que se relaciona con ella y hace posible su comprensión.

Por lo que para Gadamer (*op.cit.*), un análisis de la historia del concepto muestra que sólo en la Ilustración éste adquiere el matiz negativo que ahora tiene. En sí mismo, el prejuicio quiere decir un juicio que se forma antes de la convalidación definitiva de todos los momentos que son objeti-

vamente determinantes. Es cierto que en el lenguaje jurídico "prejuicio" significa un juicio dañino o desventajoso. Pero si se preside de esa acepción judicial, "prejuicio" no tiene por qué significar necesariamente un juicio falso o perturbador para la comprensión de aquello que es prejuzgado. Es de manifiesto la actitud positiva que Gadamer (*op.cit. pp. 35*) adopta con respecto a los prejuicios, y está basada en su valoración de la historicidad de la existencia humana. *"Si se quiere hacer justicia al modo de ser finito e histórico es necesario llevar a cabo una drástica rehabilitación del prejuicio y reconocer que hay prejuicios legítimos"*.

Un punto importante que hay que reconocer en este proceso histórico con respecto a los prejuicios es que nuestra conciencia no es estrictamente actual, como si sólo se pesara en ella lo que en el presente se le manifiesta o lo que expresamente la condiciona en la actualidad. Lo mismo que la comprensión, está constituida por la vigencia de lo retenido de experiencias anteriores, así, los prejuicios encauzan nuestra apertura al mundo, condicionan previamente toda experiencia y toda interpretación de cualquier cosa.

Otro elemento de suma importancia relacionado al proceso histórico de los prejuicios es la construcción de los mismos. Para Gergen (2007), las teorías sobre el comportamiento humano no se construyen ni se derivan de la observación, sino que surgen de la estructura misma del conocimiento. Lo que significa que las convenciones de inteligibilidad que comparte un grupo específico son las que determinarán cómo se interpreta el mundo que se observa. Puesto que las teorías proporcionan la base para la construcción del mundo, no hay manera de que entre ellas se utilicen pruebas empíricas. Cada "prueba", inevitablemente, construye su propio mundo de los hechos considerados como relevantes. Lo mismo sucede con el análisis de resultados, ya que un resultado positivo puede significar una regresión o la exacerbación del problema, dependiendo del enfoque.

Por lo que los prejuicios, desde el construccionismo social, son vistos como una comunidad lingüística y semántica que se ha establecido históricamente mediante convenciones que comparten un grupo en específico, ya sean las unidades familiares, las formaciones educativas, e incluso la mediación institucional, como en el campo de la salud mental.

Sin embargo, esas convenciones comunales tienden a "categorizar" lo que culturalmente se acepta dentro de su espacio lingüístico y conductual, y también lo que no se acepta dentro de la misma, lo que Canguilhem (1978) trabajará como la contextualización de la normalidad y anormalidad consideradas ejemplos de conceptualización de la salud y la enfermedad desde la construcción social y la configuración de niveles de diferentes normas (Fruggeri, 2001).

De este modo, los prejuicios son un juicio que se forma antes de la convalidación definitiva de todos los momentos que son objetivamente determinantes, basados en la valoración que repre-

sentan sobre la historicidad de la existencia humana (Gadamer, 1998), la cual es construida de forma social mediante convenciones lingüísticas (Gergen, 2007), y tienden a articular normatividades así como niveles de vida ante esas fluctuantes normalidades (Canguilhem, 1978).

6.1 El heterosexismo

La palabra heterosexismo en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española no existe. Puede considerarse principio de normalización (Canguilhem, 1978) de la heterosexualidad (Whittig, 2006), así como invisibilización de otras prácticas sexuales no coherentes, según la base reproductiva de la sociedad. En los sistemas de género se entiende como el conjunto de mecanismos discursivos, culturales, institucionales, políticos, económicos, entre otros, que se activan en las relaciones sociales, y sus efectos de poder interactúan entre sí en la prescripción de las pautas normativas que pretenden determinar las prácticas sexuales de los cuerpos generalizados. Esta conceptualización operativa toma en cuenta los planteamientos estructurados por Scott (1996), Conell (1998) y Butler (2001). El sistema sexo-género que predomina en Occidente puede caracterizarse como patriarcal, dicotómico y heterosexista. En él se contraponen, de modo jerárquico y binario, las subjetividades masculinas y femeninas, y se excluyen y subordinan otras subjetividades posibles, como la lésbica, la gay, la bisexual, la de transgénero e intersexual, entre otras.

Para Muñoz (2012), entender el heterosexismo es mirar la práctica sexual en el reducto de la penetración del pene en la vagina, donde se afirma la superioridad "natural" del sexo masculino y de su órgano sexual externo, en el que recae la parte activa de todo el acto sexual, en el que el sistema social y económico produce y reproduce una ideología que lo concibe como única expresión de la sexualidad. Muñoz (2012) nos describe que el heterosexismo implica comprender a la heterosexualidad como una construcción social en la que los intereses de las clases dominantes pueden transmitir sus bienes materiales, y los valores morales propios se sitúan por encima de la necesidad, el interés y el deseo de todo ser humano por alcanzar los niveles altos de satisfacción y placer, tanto físicos como emocionales. En este punto interactúan la discriminación, el rechazo y la marginación, se trata de comprender las bases del modelo patriarcal judeocristiano-capitalista de la sexualidad, el cual está compuesto por tres elementos íntimamente conectados entre sí:

a) Monogamia. Organización social donde la sexualidad de la mujer es controlada por el hombre, es decir, una organización patriarcal de la familia (Muñoz, *op.cit.*).
b) Falocracia. El derecho natural de los hijos varones para poseer los bienes y las propiedades de los padres, lo cual no aplica para las mujeres (Muñoz, *op. cit.*).

c) Reproductivismo. Sostiene que la sexualidad persigue el fin único de la reproducción de la especie, donde el placer es un "anexo" a la sexualidad reproductiva, y la lujuria merece el castigo moral y físico, lo cual es herencia de los modelos judeo-cristianismo y el islamismo, y se traduce en reglas para la educación del cuerpo de las mujeres, así como en la prohibición de la sexualidad no reproductiva (Muñoz, *op.cit*.).

Aunado a lo anterior, Wittig (2006) analiza la categoría de sexo como una *categoría política* que muestra el esencialismo marcado en el heterosexismo. Retoma a la categoría de género y la define como algo imprecisa, y ejemplifica mediante la frase "no se nace mujer", extraída de *El segundo sexo* (Simone de Beauvoir), la lucha contra el *esencialismo* de un contrato social marcado en el binomio hombre/mujer. Recuerda a Rousseau con la sentencia *"cuando una mujer usa la razón sale de su sexo"*, por lo que una lesbiana —discute Wittig— *sale de su clase sexual,* de la apropiación del sexo masculino, que posiciona a la heterosexualidad como algo dado, y que todo aquello que salga de esa norma es una patología.

El planteamiento de Wittig, por lo tanto, es mirar críticamente la posibilidad de ir más allá del contrato social heterosexual, reconociendo a la homosexualidad de mujeres y hombres. A este contrato se le llamará heteronorma o heteronormatividad. Según el feminismo de la tercera ola, es un régimen social (mejor conocido como heterosexismo), político y económico, que imponen el patriarcado y las prácticas sexuales heterosexuales mediante diversos mecanismos médicos (Preciado, 2010), artísticos (Butler, 2001), educativos, religiosos, jurídicos, etcétera, y mediante diversas instituciones que presentan la heterosexualidad como necesaria para el funcionamiento de la sociedad (Foucault, 1990), así como el único modelo válido de relación sexoafectiva y de parentesco. El régimen se retroalimenta con mecanismos sociales como la marginalización, la invisibilización o la persecución.

El feminismo hace ver cómo en la ciencia y en la práctica clínica se minimizan o se excluyen algunos temas sociales en los que predomina un modelo único de familia consagrada en la heterosexualidad, independientemente de su configuración, y que los modelos idealizan los ciclos de vida de los homosexuales, ya que mutan de un modelo de pensamiento heterosexual al homosexual (Amorós, 1991).

6.2 **La homofobia**

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define a la homofobia como la aversión obsesiva hacia las personas homosexuales. También se considera un temor y un rechazo hacia hombres y mujeres homosexuales. Estas actitudes tienen una función expresiva basada en los beneficios sociales y psicológicos derivados de la expresión de ese rechazo (Herek, 1987). En conclusión, la homofobia es una práctica discriminatoria. Sin embargo, se expresa de distintas maneras.

Este temor se encuentra conectado profundamente con la orientación sexual, que se diferencia del rol de género y de la identidad de género. El género es la construcción social de la diferencia sexual y la identidad son los actos simbólicos (Serret, 1999; Butler, 1990) asociados a las diferencias sexuales y apropiadas por los individuos (Lamas, 1990). La orientación sexual se refiere a la elección del objeto de deseo erótico y sexual, que en el caso de la homosexualidad son las personas del mismo sexo.

Sevilla y Álvarez (2010) consideran que se puede identificar a la homofobia en dos tipos de discurso:

1. Actos del lenguaje u omisión de las personas.
2. Actitudes que minimizan a una persona que abiertamente es homosexual.
3. Puede ser abierta o encubierta.

Sevilla y Álvarez (2010) narran que el discurso homofóbico tiene como característica marcar un "deber ser", que las sociedades deben de conducirse de una forma particular y como lo dictan las buenas costumbres de una sociedad con moralidad clara. En la homofobia está encarnada una postura de superioridad que busca la "normalidad" y la homogeneidad.

El discurso específico de homofobia que aquí interesa trabajar es el del personal de salud, ya que es una práctica que daña la relación médico-paciente, y también suscita que el paciente abandone un tratamiento e incumple con el principio de no maleficencia al que el personal de salud está obligado éticamente.

Aunado a lo anterior, ha habido acercamientos, reflexiones, e ideas que dan visibilidad al problema de los prejuicios y a las actitudes negativas hacia la homosexualidad y el lesbianismo por parte del terapeuta familiar, porque la terapia deriva de la interacción de los prejuicios del terapeuta y el cliente (Cecchin y Ray, 1997). Esto implica, inevitablemente, un intercambio en el cual las acciones y las expresiones de uno y otro reproducen discursos y significados, y se moldean en la relación terapeuta-paciente.

Por lo mismo, se han intentado identificar cómo se desarrollan y cómo se pueden facilitar intervenciones para disminuir el prejuicio que conduce a este grupo vulnerable hacia el rechazo social (heterosexismo y homofobia). En un intento por caracterizar a las personas con prejuicio hacia los gays y las lesbianas, Herek (2000) indicó que aquellas que manifiestan más prejuicio hacia la homosexualidad poseen actitudes tradicionales sobre los roles de género y tienen una red social que manifiesta actitudes negativas hacia el mismo tema: son mayores en edad, tienen menos educación formal y son conservadoras en asuntos religiosos. Sin embargo, hay que tener la sensibilidad necesaria de contextualizar históricamente los prejuicios, y evitar la generalización, pues, sería una falta ética no reconocer los grupos humanos que no están regidos por el sistema sexo género. También Hereck (2000) explica que, desde una perspectiva funcional, estas actitudes tienen una función expresiva en la que se contempla al objeto de prejuicio como un medio para que la persona pueda alcanzar un fin, ya sea el asegurar apoyo social en su entorno, incrementar su autoestima, o reducir la ansiedad. En este sentido, los hombres y las mujeres homosexuales desempeñan un papel de símbolo o vehículo, y la función de los prejuicios expresados hacia ellos se construye primariamente con los beneficios sociales y psicológicos que se derivan de la expresión de esos prejuicios, confort, seguridad o aceptación social por parte de la persona que emite un prejuicio heterosexista u homofóbico.

Para Espriella (2007), los prejuicios frecuentemente se encuentran en los profesionales de la salud. Estos prejuicios afectan el servicio brindado a homosexuales. Por citar un ejemplo, Campo, Herazo y Cogollo (2010) realizaron dos investigaciones descriptivas y retrospectivas de publicaciones científicas que hablaran de la homofobia en estudiantes de enfermería y odontología. En esta revisión de los artículos publicados entre 1998 y 2008, todos escritos en español, inglés o portugués, se encontró que entre el 7% y el 16% de los estudiantes presenta algún grado de homofobia, más común en varones y más establecida en religiosos. Sólo en estudiantes de posgrado se evidenció un menor deseo de interactuar socialmente con personas homosexuales. No se han encontrado estudios sobre prejuicios en estudiantes de la carrera de psicología, así como en terapeutas familiares (Clark y Serovich, 1997, Gómez, 2015), situación preocupante debido a que la población homosexual, ante los prejuicios heterosexistas y homofóbicos, vulnera su salud y, en algunos estudios, predice conductas autodestructivas y daños autoinfligidos que los llevarán al uso de psicoterapias, medicación psiquiátrica y uso de servicios de salud mental (King y Bartlett, 2004). Aunado a eso, los prejuicios dañan y trastocan la relación con el paciente y, finalmente, dificultan su tratamiento o psicoterapia, lo cual hace notar el peligro de que los profesionales de la salud tengan discursos con este tipo de prejuicios y dejen al usuario en una situación de mayor vulnerabilidad (Álvarez y Sevilla 2010).

Para Cecchin (*op.cit.*), es de suma importancia que en la formación de terapia familiar exista el reconocimiento de los prejuicios, de tal forma que se pueda asumir la responsabilidad ética necesaria para reducirlos o trabajarlos en la interacción terapéutica. Además, en poblaciones específicas como en los homosexuales, esos prejuicios tienen un peso y un impacto en la salud física y mental de los afectados.

Un hecho rescatado por Díaz Barriga (1997, pp. 35) es que la escuela o las formaciones de los terapeutas siguen siendo una "escuela de espaldas a la vida, de espaldas a la realidad que trata", donde Bertrando y Tofanetti (2004) resaltan que la terapia familiar es un área abierta a lo nuevo, dispuesta a incorporar la novedad a toda costa, incluso en menoscabo de la memoria histórica y política, de ahí que sean muy escasos los textos que hablen del tema del heterosexismo y la homofobia en los contenidos curriculares (Clark y Serovich, 1997), pues hacen el esfuerzo por mantenerse alejados de una realidad que penetra permanentemente en los estudiantes de cualquier formación en salud, dando la espalda a los elementos estructurales que cotidianamente influyen en la mentalidad de los estudiantes.

El estudiante aprende a discutir con su grupo de pares, observa cómo en el mundo de hoy la polemización en torno al matrimonio igualitario, a la interrupción legal del embarazo, al suicidio en jóvenes gay, a la crítica del conservadurismo entorno a la homosexualidad, es decir, todo aquello que comprende el heterosexismo y la homofobia en la sociedad, es un elemento central en la toma de decisiones de su comunidad, en el sindicato, en el partido político, en la empresa y en el gobierno. Sin embargo, en estas formaciones se preconiza un método de escucha y repetición, de resolución de ejercicios y ejercitaciones para preguntas de exámenes, ensayos o juegos de roll que producen y reproducen el mismo modelo familiar (hombre blanco, proveedor, heterosexual, casado por la iglesia con una mujer heterosexual, ama de casa, criadora y cuidadora de los hijos).

El maestro como ser político es un agente de cambio, no sólo un mediador entre sus alumnos y el estatus. Provee de herramientas para aprender a leer la vida. Difunde el valor de las ideas y los actos para que los alumnos sean lo que creen ser y convivan armónicamente en sociedad.

Un diseño curricular constituye un documento "normativo" que sintetiza las intenciones educativas y resume los aprendizajes previstos. Da unidad y atiende al mismo tiempo a la diversidad de alumnos. Su función es establecer normas básicas para la especificación, evaluación y mejoramiento de los contenidos y procesos de enseñanza-aprendizaje en diversos contextos, así como ser un instrumento común para la comunicación entre los distintos actores del quehacer educativo. En lo que respecta a los diseños curriculares, podemos ubicarlos en dos tipos, formal y obviado u ocul-

to, que hemos descrito a ambos en el capítulo anterior como componentes objetivos y subjetivos en los procesos de enseñanza- aprendizaje.

a. Por lo que una formación es una interacción dinámica y continua entre el maestro, considerado como un agente de cambio social, con una postura política que influye directamente en los alumnos, y ellos mismos, quienes están conectados con los acontecimientos cotidianos que experimentan. En un contexto educativo el diseño curricular será el instrumento que una a estos agentes con tal de preconizar normas sociales para brindar información entre el contexto social y la instrucción de objetivos específicos que definen los resultados o productos como comportamientos específicos (Hernández, 1998).

Sin embargo, Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson y Sanford (1950) analizaron que la combinación entre la didáctica, el diseño curricular, los contenidos y los objetivos en un proceso de enseñanza-aprendizaje autoritario o rígido, además con tintes conservadores, es la base principal de cualquier prejuicio reproducido y producido en la sociedad, en este caso específico, el heterosexismo y la homofobia.

Por lo tanto, el pendiente dentro de las formaciones y los diseños curriculares es la incorporación formal de la perspectiva de género en cualquier programa, en especial en el de la terapia familiar. La declaración mundial de la educación superior en el siglo XXI (UNESCO, 1998), señala que la universidad tiene la misión de: 1) Establecer un sistema de educación superior equitativo y no discriminatorio; 2) Eliminar todos los estereotipos fundados en el género en la educación superior; 3) Tener en cuenta el punto de vista del género en las distintas disciplinas; 4) Consolidar la participación cualitativa de las mujeres en todos los niveles y las disciplinas en que están insuficientemente representadas; 5) Incrementar su participación activa en la adopción de decisiones y 6) Responder a las demandas sociales con innovaciones y pertinencia en el diseño de prácticas educativas vinculadas con comportamientos y cambios sociales.

En relación con lo anterior, en México se publicaron dos documentos con el fin de implementar medidas para la eliminación progresiva de las desigualdades e incorporar acciones de no discriminación entre mujeres y hombres, así como de la lucha contra la homofobia. Por un lado, existe la Norma Oficial Mexicana (NOM) 046, que es la norma oficial para una vida libre de violencia contra las mujeres, y en el Diario Oficial de la Federación, el 17 de mayo de 2014, se promulgó la implementación de políticas públicas que promuevan en todos los ámbitos la eliminación de la homofobia, en especial, en los campos educativos.

Conectada al ámbito educativo, la teoría crítica ve al currículo de cualquier formación como un instrumento formalizado en un documento que se considera un bagaje cultural, organizado, intermedio y mediador entre la sociedad y las prácticas sociales que se ejecutan en la escuela. Por lo tanto, considera los aspectos del currículo como algo que no es accesible inmediatamente para su investigación y análisis. El enfoque crítico requiere organizar la investigación comprometida con el perfeccionamiento del currículo, reconociendo la interacción dinámica entre la acción y la reflexión de lo que hay en el contenido escrito respecto a la didáctica educativa, y que ésta obedezca al sistema más amplio de los planes nacionales que regulan a la sociedad (Hernández, 1998).

Ejemplo de ello son los diseños curriculares en la formación de terapeutas familiares que siguen idealizando virtudes de los héroes o "padres fundadores", de las técnicas en terapia familiar y de las teorías, a costa de sacrificar la comprensión de la compleja situación humana (Bertrando y Toffanetti, 2004), y también de la condición social de las familias, de las políticas institucionales en salud, de la incorporación a los planes nacionales o locales de la práctica en salud. Así, en vez de realizar un debate epistémico y genealógico sobre el aspecto metodológico, se lleva a cabo la definición etimológica de la palabra, lo que relaciona a la educación con la técnica inmediata, es decir, se incluye más al reduccionismo educativo en la didáctica y la práctica educativa y no la discusión política de su intervención (Hernández, 1998; Eguiluz, 1998; 2004).

La terapia familiar, aunque no sea *per se* una ciencia del comportamiento, se encuentra en la posición de ser uno de los campos de la investigación y de práctica en salud cuya unidad de análisis son las familias. Para Bertrando y Toffanetti (2004), un punto importante a resaltar en el génesis de la terapia familiar en Estados Unidos ha sido la necesidad impulsada por la construcción de un nuevo método de intervención e investigación, en la Child Guidance, así como en la Chistian Science, y por supuesto, en la propia idiosincrasia norteamericana, en las nociones de desarrollo y progreso. A partir del psicoanálisis neofreudiano, incorpora la atención al contexto y la visión "cómica", según la cual todas las dificultades son, en cierto modo, superables, y esto es parte de la influencia del modelo económico liberal que se comenzaba a gestar en Estados Unidos. Del movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica, extrae la idea de la terapia ambiental o ecológica. De la cibernética, la visión sistémica, pero también la tendencia a recurrir a metáforas tomadas de otras disciplinas. Del clima social americano, considera su carácter apolítico y la imposibilidad de transformarlo en crítica social. De las tecnologías existentes, la tendencia a la rapidísima difusión de lo nuevo y al cambio veloz e inesperado. Todas son características que la terapia familiar conservará siempre en sus fundamentos, incluso cuando, en apariencia, evolucione de manera totalmente novedosa.

Las definiciones que se construyen de familia son, en cierto sentido, “ambiguas” con tal de incorporar cualquier organización familiar en ella. Sin embargo, y recordando a Wittig (2006), el lenguaje no es inocente, y no carece de género, clase y sexo, pues todas las categorías son pensadas conforme una base heterosexual.

En sus orígenes, las investigaciones sobre las familias estuvieron fundamentalmente orientadas según la teoría general de sistemas y la cibernética, considerando procesos de retroalimentación en grupos organizados (Hoffman, 2008). Sin embargo, el concepto de familia no fue puesto en duda, pues implícitamente las publicaciones reproducían y producían un trabajo con familias hegemónicas, cuyo jefe de familia era un varón blanco, medio burgués y heterosexual.

Esta imagen corresponde a las típicas familias nucleares que son reconocidas en todo el mundo como el estereotipo norteamericano de las películas y telefilmes populares: es la familia prototípica. La época en que la terapia familiar se construyó fue aquella en la que la familia estadounidense media asumía una forma de vida que se transformaría después en símbolo y en arquetipo de lo que debe ser la familia, la familia "normal". Se puede, entonces, conjeturar que el nacimiento de la terapia familiar y el tipo de familia sobre la que inicialmente actúa están estrechamente ligadas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Pese a que en 1973, una vez eliminada la homosexualidad de los desórdenes psiquiátricos, comienzan a realizarse estudios de hijos de lesbianas y gays, esto a razón de la creciente demanda por guardia y custodia de niños cuyos padres se declaraban homosexuales, hubo un impulso para que se crearan investigaciones que demostraran cómo era el desarrollo de los hijos de lesbianas y gays (Fitzgerald, 1999). Sin embargo, muy pocos estudios de terapia marital con parejas del mismo sexo empezaron a aparecer en las tendencias de los *journals* de la terapia familiar (Osman, 1972).

Patterson (2005) expone que así como en las familias encabezadas por padres heterosexuales, los padres homosexuales y las madres lesbianas y sus hijos son parte de grupos configurados de forma diversa. A diferencia de los padres heterosexuales, las familias conformadas por madres lesbianas o padres homosexuales son objeto de prejuicios a razón de su orientación sexual, que pueden ser objeto de penalizaciones, malos tratos por parte de profesionales o servidores sociales con tendencias a tener conductas nocivas para su salud.

Las actitudes negativas dirigidas a familias de lesbianas o gays, llegan a sostener, producir y reproducir en la sociedad la estigmatización de estas configuraciones familiares. Se ha observado que, muchas veces, las creencias que la sociedad construye acerca de los homosexuales no tienen relación con experiencias cotidianas, y frecuentemente son transmitidas de forma cultural. Estas

creencias son detectadas como prejuicios caracterizados por la heteronormatividad y acompañados de la homofobia (Patterson, *op. cit.*). Muchas de las creencias alrededor de los padres homosexuales y las madres lesbianas y sus hijos han abierto la necesidad de realizar estudios empíricos, principalmente investigación psicológica que puede evaluar con exactitud los patrones de comportamiento (Patterson, *op. cit.*).

En adición a lo anterior, existen pocos artículos enfocados en las relaciones de crianza de gays o lesbianas con hijos, o de matrimonios heterosexuales que descubren su homosexualidad (Sebastián y Córtez, 2012). Las ciencias de la mente, invadidas por la moral sexual burguesa y patriarcal, encuentran en el confinamiento y el castigo una de sus maneras más comunes de operar, aunque hoy en día la manera más sutil sea la invisibilización o la homologación, que en el caso de la homosexualidad sucede cuando es vista comparativamente con la heterosexualidad, sin tocar el tema de la injusticia y desigualdad social.

La ideología heterosexista de la sexualidad invade todas las formas del pensamiento humano, y así genera necesidades naturales y "esenciales" de los seres humanos. Las prácticas en salud se consideran dispositivos curativos del cuerpo, y serán los responsables de legitimar los modelos de la salud que, en el caso de la sexualidad, será la relacionada y estrechamente ligada a la heterosexualidad con fines reproductivos.

Esta ideología sobre la heterosexualidad como única forma de sexualidad patriarcal y judeocristiana será la que genere prejuicios en la sociedad que irán creando, poco a poco, prácticas en salud, y en pro de establecer el orden, enajenarán y cosificarán al cuerpo humano. El placer y la libertad serán sometidos a la producción y reproducción de lo normal o esperado en las cadenas de la vida familiar.

Este modelo familia-salud perseguirá a la sexualidad sin fines reproductivos para condenarla e invisibilizarla, por medio de prácticas en salud que hablen de la monogamia heterosexual o las configuraciones surgidas a partir de ésta, ya que por obvias razones la homosexualidad es parte de las grandes enfermedades de hoy en día.

Como lo escribieron Bertrando y Tofanetti, la terapia familiar surge de un momento histórico donde la familia es el centro de los tratamientos en salud mental; un modelo familiar que, a pesar de la voluntad de los autores de las "nuevas configuraciones familiares", sigue trabajando bajo el modelo heterosexual, clasista y discriminatorio, en el que se hace presente la omisión de contenidos

sobre la homosexualidad en los programas formativos, y en caso de incluir el tema, lo manejan con una homofobia implícita. Ejemplo de ello es el texto de Robles (2003) que describe a los homosexuales como personas ambivalentes que generan relaciones de pareja parcas e impulsivas o poco "realistas".

Michel Foucault (2008) demuestra cómo el núcleo familiar ha sido el impulso central para el desarrollo de aquellas ramas del conocimiento, desde la psiquiatría y el psicoanálisis hasta la terapia familiar, y demuestra que la moral burguesa empapa de principio a fin el corpus conceptual y metodológico de estas "ciencias", que pretenden encontrar una forma de legitimación para marcar la frontera entre la salud mental, la locura, lo normal y lo anormal, lo funcional o disfuncional, lo significante y significativo en las relaciones familiares, y que al interior de su discurso mantienen lo heterosexual y lo homofóbico. Por lo que toda manifestación sexual fuera del funcionamiento social avalado por la burguesía va a ser omitida o trabajada de forma implícita en sus programas educativos. Entonces, de acuerdo con Foucault (2008), sucede una "conversión de la medicina en justicia, de la terapéutica en represión, de la educación en omisión".

Hablando de los campos educativos, la omisión de los temas de la homosexualidad en su diseño curricular es una forma de educación generalizada en las instituciones del capitalismo, entre ellas, la escuela, el hospital y la familia. Hay que subrayar aquí el carácter opresivo que reviste el pensamiento heterosexual en su tendencia a universalizar inmediatamente su producción de conceptos, a formular leyes generales que valen para todas las sociedades, todas las épocas y todos los individuos. Cuando se analiza el proceso de institucionalización de la heterosexualidad, el foco de atención ha sido en un continuo la regulación de la homosexualidad a través del modelo heterosexual. Sin embargo no hay estudios que revelen las consecuencias del impacto de la heterosexualidad sobre la homosexualidad (Gómez, 2015).

Así opera el mundo burgués, y así es como históricamente ha construido prácticas en salud con el fin de normalizar y homogeneizar la conducta, una vez que las disfunciones se convierten en significados influidos por la moralidad de la heterosexualidad y la homofobia, y pertenecientes al orden simbólico y al imaginario social que obvia los procesos de desigualdad social, política y económica, condición que ha cargado y sigue cargando la terapia familiar.

Metodología

A lo largo de toda la investigación se buscó una recolección de información, desde lo más general hasta lo más particular o específico. Lo más general se refiere a las instituciones de formación de terapia familiar, las producciones tecnológicas y discursivas en un nivel intermedio, y la percepción general de los egresados. Respecto a lo más particular, se trata de la experiencia de disidentes sexuales a lo largo de su formación como terapeutas familiares (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), Bouquet, Cooper y Rodríguez (2010), y Buquet, Cooper, Mingo y Moreno (2015) este tipo de estudio es de corte mixto, cuantitativo y cualitativo. El Diseño elegido dentro del corte mixto fue el explicativo secuencial, que incluye los siguientes diseños de estudio: Observacional, Transversal, Descriptivo y hermenéutico interpretativo. Los estudios de corte mixto, cuantitativo y cualitativo de tipo explicativo secuencial se caracterizan por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos (Observacional, transversal y descriptivo), seguida de otra donde se recogen datos cualitativos (hermenéutico interpretativo). Esta mezcla metodológica es elegida cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativos. Cabe señalar que la segunda fase se construye sobre los resultados de la primera. El propósito de usar este modelo mixto explicativo secuencial es utilizar los resultados cualitativos para auxiliar en la interpretación y explicación los descubrimientos cuantitativos. En otras palabras es un método de investigación circular y retroalimentativa (Echeverría, 1997: 245; Bartra, 2012; Lagarde, 1996; 2013).

En este tipo de metodología propuesta por Bouquet, Cooper y Rodríguez (2010) definen un sistema de indicadores que, por su presentación secuencial cuantitativa y cualitativa, expresan elementos según los objetivos determinados. Retomaré este planteamiento para desarrollar esta investigación y a continuación describiré los indicadores de entrada, proceso e impacto que dan sentido al tipo de estudio mixto con diseño explicativo secuencial.

Los indicadores diferenciados, según los objetivos de esta investigación, son:

Indicadores de Entrada

Los indicadores de entrada en esta investigación buscan cumplir con el objetivo específico: Describir la manera en que los currículos formales de los programas de terapia familiar en México omiten los temas de género, sexualidad, y homosexualidad.

- **Indicadores de entrada.** Son de origen cuantitativo, cuyas variables por la naturaleza del dato son nominal y ordinal. Correspondientes al tipo de investigación observacional, transversal y descriptiva, en el marco de la investigación mixta con diseño explicativo secuencial. Este tipo de indicadores contribuyen con el escrutinio de datos, con la finalidad de elaborar un diagnóstico situacional (Bouquet, Cooper y Rodríguez, 2010; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

1) **Operacionalización de los Indicadores de entrada:** Identificación de programas formativos en Terapia familiar en México. Por medio del directorio del Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) se obtuvieron los datos de 61 directores de institutos o universidades, a fin de conocer si en su escuela o universidad se tenía algún programa de formación de terapeutas familiares. También se obtuvieron los datos de las asociaciones civiles que se formaron como institutos formativos en terapia familiar.

En este punto se construyeron criterios de exclusión y criterios de inclusión.

Criterios de exclusión:

- Los que no tienen programas de terapia familiar.
- Los programas recién constituidos por tres generaciones.
- Los programas sin REVOE.

Criterios de inclusión:

- Si cuentan con REVOE.
- Si cuentan con más de 10 generaciones de egresados (Confiabilidad y permanencia del programa, Eguiluz, 2004). Se utilizó el indicador del Criterio Esencial para evaluar Planes y Programas de Estudio Para la Apertura de Programas de Psicología, (CIFRHS, 2015) 1.1.3.3 que puntúa si los programas de estudio tienen estos contenidos:
- Psicología de Género, orientación sexual, identidad sexual.

1.1) Encuesta a Egresados de Programas Formativos en Terapia familiar en México. Por medio de una muestra no probabilística intencionada y por cuotas de 100 participantes. La característica principal de este muestreo es la **selección de una muestra regulada por criterios de inclusión y exclusión, de igual forma es empleado este muestreo cuando se desconoce la población**. En otras palabras, los individuos empleados en la investigación se seleccionan por disponibilidad de los mismos y no por un criterio estadístico. Tiene como consecuencia la imposibilidad de hacer afirmaciones generales con rigor estadístico sobre la población (Bouquet, Cooper y Rodríguez, 2010; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La cuota se asigna a partir de criterios de inclusión y exclusión (Hernández, Fernández y Baptista, 2010):

Criterios de Inclusión:

- Haber egresado de una maestría en terapia familiar en la República Mexicana.
- Tener disposición de tiempo para contestar el cuestionario.
- Contar con internet.
- Ser miembro de alguna de las siguientes páginas de internet: *Asociación Mexicana de Terapia familiar*, *Amigos Crisol*, *Terapia familiar Sistémica*, *Libros y Artículos de Terapia familiar* e *ILEF Terapia familiar*.

Criterios de Exclusión:

- No haber estudiado una maestría en terapia familiar en la República Mexicana.
- No tener disposición de tiempo para contestar el cuestionario.
- No contar con internet.
- No ser miembro de alguna de las siguientes páginas de internet de alto tráfico virtual: Asociación Mexicana de Terapia familiar, Amigos Crisol, Terapia familiar Sistémica, Libros y Artículos de Terapia familiar e ILEF Terapia familiar.

Definición Operativa de las variables

- **Género:** Variable dependiente, cualitativa, nominal.
- **Diversidad Sexual:** Variable dependiente, cualitativa, nominal

Instrumento de investigación

El cuestionario que se aplicó a los egresados está construido con 43 reactivos tipo Likert de 5 opciones en algunas de sus preguntas. El cuestionario fue construido a partir de la encuesta de egresados de la Maestría en Medicina Social del CONACYT. Los reactivos que tratan de detectar el heterosexismo y la homofobia fueron construidos a partir de oraciones textos publicados por terapeutas familiares.

Indicadores de insumo o proceso

Los Indicadores de insumo o proceso buscan cumplir con el objetivo de **d**escribir la manera en que la producción tecnológica (tecnología del yo) y académica omite contenidos de homosexualidad.

- **Indicadores de insumo o proceso.** Estos indicadores son de tipo cuantitativo, cuyas variables son de origen nominal y ordinal. Correspondientes al tipo de investigación observacional, transversal y descriptiva, en el marco de la investigación mixta con diseño explicativo secuencial. Este tipo de indicadores contribuyen con el escrutinio de datos, con la finalidad de describir insumos educativos producidos en algún campo del conocimiento (Bouquet, Cooper y Rodríguez, 2010; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

- **Operacionalización de los Indicadores de insumo o de proceso.** Se refieren a la producción y reproducción tecnológica de una disciplina (Bouquet, Cooper y Rodríguez, 2010). En esta investigación, se determinó 1) Identificar revistas académicas sobre terapia familiar por medio de los siguientes criterios de inclusión y exclusión, 2) Realizar un escrutinio en las publicaciones desde la más antigua hasta la más actual y 3) Observar la frecuencia de publicaciones relacionadas directamente con el género y la homosexualidad:

Criterio de inclusión

- Contar por lo menos con registro ISSN.
- Contar con mínimo 10 años de producción ininterrumpida
- Publicar contenidos relacionados exclusivamente a la Terapia Sistémica o Terapia Familiar en México.

Criterios de exclusión

- No contar con registro ISSN
- No contar con un mínimo de 10 años de producción ininterrumpida

- No publicar contenidos relacionados exclusivamente a la Terapia Sistémica o Terapia Familiar en México.

Definición Operativa de las variables

- **Género:** Variable dependiente, cualitativa, nominal.
- **Homosexualidad:** Variable dependiente, cualitativa, nominal

2.1) Análisis de Contenido o ideológico

Los indicadores de insumo o de proceso brindan descripciones cuantitativas representadas en gráficas y en tablas de productividad temática y de referencia de contenidos de autores/as de la terapia familiar en México. Con esta información se puede analizar, reflexionar y discutir las áreas con mayor trabajo e investigación en terapia familiar de habla hispana. De ahí que fuese primordial para este estudio realizar después de una descripción cuantitativa, un análisis cualitativo del contenido ideológico referente al concepto: "ciclo vital de la familia" a sugerencia de la investigación realizada por Mejía (2013), que al analizar las publicaciones de Médicos Familiares y Terapeutas Familiares sobre el concepto normativo y paranormativo del ciclo vital de la familia en más de 50 autores de este campo de conocimiento. Deja claro que el concepto "ciclo vital de la familia" es una unidad de análisis ideal para discutir la ideología institucional de la normalidad dentro de los grupos familiares.

Definición Operativa del ciclo vital de la familia según Mejía (2013)

- **Pertinente:** Adecuada a los propósitos de la investigación debido a los significados de normalización de las estructuras familiares.
- **Exhaustivo:** La presente investigación al analizar los 374 (1988- 2013) artículos de la revista psicoterapia y familia, así como los 110 (1996- 2016) artículos de la revista Redes, dieron a conocer que el uso del ciclo vital de la familia se encuentra ubicado como central dentro de la categoría "prácticas en terapia familiar".
- **Homogénea:** La forma en que se ha utilizado está compuesta por el elemento de naturaleza común, la normatividad de la estructura familiar.

Indicadores de impacto o de salida.

Los indicadores de impacto o de salida buscan cumplir con el objetivo de describir la manera en que aquellos procesos, tanto de enseñanza como de aprendizaje, que no son objeto de una intencionalidad explicita, ni de una planeación puntualizada en la gestión (Landesman, Segall, 2014), producen y/o propician prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares.

- **Indicadores de impacto o de salida.** Estos indicadores son de tipo cualitativo, donde por naturaleza del dato no se usan variables. Este indicador corresponde al tipo de investigación observacional, transversal y descriptiva, en el marco de la investigación mixta con diseño explicativo secuencial. Este tipo de indicadores contribuyen a la comprensión del fenómeno, con la finalidad de describir la forma en que operan la estructura ideológica en los individuos concretos (Bouquet, Cooper y Rodríguez, 2010; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

- **Operacionalización de los indicadores de impacto o de salida.** Describen los cambios que hay en las relaciones entre los implicados y el diagnóstico, la producción y reproducción de los prejuicios, y el fomento al trabajo con el tema del heterosexismo y la homofobia de forma teórica y práctica (Bouquet, Cooper y Rodríguez, 2010). En este caso, se puede demostrar toda la información por medio de los datos cualitativos, mismos que reflejarán el efecto del currículo oculto en las y los 5 participantes entrevistados.
- Como instrumento utilicé las entrevistas semiestructuradas. Esto quiere decir, la organización de encuentros "cara a cara" entre investigador e informante, con la finalidad de que los informantes expresen con sus propias palabras sus experiencias y situaciones respecto a las preguntas que se les plantean (Hernández, Fernández y Baptista, 2007).

- **Procedimiento de implementación de los indicadores de impacto:**

Por medio de un muestreo estratégico obtenido en los indicadores de entrada y confirmados por los porcentajes de egresos de la encuesta, se hizo una lista con 5 instituciones formadoras de terapeutas familiares y se invitó a 6 informantes egresados de esas instituciones (por un principio ético, los nombres permanecen anónimos). El muestreo estratégico se realizó a partir del análisis del contenido curricular de cada una de las instituciones, ya que fueron elegidas a razón de poseer por lo menos un contenido en su formación que considerara el tema del género, la sexualidad y la diversidad sexual. Se elaboró una guía para la realización de una entrevista semiestructurada, la cual consta de 31 preguntas abiertas para aplicarse en un orden específico, abordando el proceso de la trayectoria

formativa en Terapia familiar, las creencias sobre el género, el sexo, las prácticas sexuales y el deseo y sobre la heterosexualidad. También se consideró la experiencia de los encuestados con personas homosexuales y las técnicas empleadas en la terapia. Se llevó a cabo una selección intencional de participantes y se realizaron criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Egresados con dos años (máximo) de haber concluido el programa de maestría y especialidad en Terapia familiar.
- Querer participar voluntariamente en las actividades de la investigación.
- Asumirse de forma pública con una orientación sexual diferente a la heterosexual

Criterios de exclusión:

- Ser estudiantes de 1º, 2º y 3º semestres y con tres a cinco años de haber egresado de la maestría y la especialidad en Terapia familiar.
- No querer participar de forma voluntaria.

La selección de los/as 6 participantes no fue producto de un muestreo estadístico, sino de elecciones y negociaciones previas. En la óptica de este estudio, la representatividad no se plantea en los términos tradicionales de las Ciencias Sociales, ya que no se alcanza por la definición de una muestra estadística. El interés de este tipo de estudios radica en el análisis de los procesos, y deposita su capacidad de generalización en la profundización analítica que pueda lograr del objeto de estudio y en la contribución que dicho conocimiento haga para la comprensión de los procesos (*Cfr*. Rosalba Ramírez, 2013:30). Los relatos obtenidos de las experiencias previas de las y los estudiantes, así como las notas de campo, fueron recursos fundamentales en este trabajo, pero no se agotaron ahí. Desde el inicio de la investigación se consultaron diversas fuentes locales de información para comprender aspectos específicos, con el fin de fortalecer las intuiciones de esta investigación (archivo histórico, análisis curricular, análisis de la producción académica, entrevistas y experiencias con los sujetos clave).

Los aspectos éticos a considerar en las entrevistas semiestructuradas son:

- **Confidencialidad.** Se estableció un compromiso de respeto con la información personal y los testimonios de los participantes.
- **Privacidad en las sesiones.** Se ubicó un espacio físico seguro que facilitó la comunicación e interacción de las y los participantes, sin el riesgo de ser escuchados por personas que no estén participando en las sesiones.
- **Riesgo del protocolo.** El riesgo que se corrió al participar fue la posibilidad de experimentar dolor emocional o inconformidad al responder a las preguntas de las entrevistas grupales. De no ser posible y sentir incomodidad, los y las participantes tuvieron la libertad de abandonar el estudio cuando ellos lo desearan.
- **Carta de Consentimiento Informado.** Las participaciones voluntarias en este estudio contaron previamente con una carta de consentimiento informado donde se explicó a detalle las características del estudio y la importancia de la participación, así como los riesgos que puede tener quien acepte participar (ANEXOS).

Debido a que se trata de una investigación que requiere de la participación de voluntarios, el estudio tuvo un riesgo superior al mínimo, debido a la presencia de síntomas ansiosos y/o depresivos en los y las participantes durante las entrevistas, reacciones que pudieran relacionarse con el recuerdo de eventos traumáticos emparentados con su situación actual o pasada. El estudio se apegó en todo momento a la Declaración de Helsinki (Romero, 1998), la cual considera la autonomía de las/los participantes y los principios de justicia, respeto y confidencialidad.

A los participantes se les entregó la carta de consentimiento informado, pero antes se les procurará la siguiente información:

Buenas tardes. Muchas gracias por participar en este estudio coordinado por la UAM Xochimilco, y la Maestría en Medicina Social. Para llevar a cabo este estudio se requiere de su consentimiento voluntario, así que le pedimos que sea tan amable de leer cuidadosamente la siguiente información (en este momento se dará la Carta de Consentimiento Informado) y no dude en preguntar todo lo que no entienda claramente. Le informo que lo que usted nos diga ayudará a detectar la falta de contenidos sobre homosexualidad y heterosexismo en la formación en terapia familiar y que acudan a instituciones como ésta. Gracias. (ANEXOS).

Duración

La duración de las sesiones es de dos horas por entrevista y se realizaron 5 entrevistas.

Procedimiento de análisis de los datos cualitativos

(1) Idea general: colecta de la información y diagnóstico del problema.

(2) Análisis e interpretación de datos.

(3) Planificación para la acción: guión de la entrevista semiestructurada.

(4) Puesta en marcha de la primera acción: aplicación de la entrevista semiestructurada. Observación y seguimiento del proceso en la realidad y con los actores sociales: análisis de la filmación y transcripción de la entrevista.

(5) Evaluación y detección de realidades sociales o nuevos problemas: reporte de lo observado.

Análisis de datos. Cada entrevista fue grabada en audio y transcrita para fines de análisis. Una vez completadas todas las entrevistas, las respuestas de los participantes fueron revisadas conjuntamente para identificar los temas importantes en los discursos generados. Para la fase de tematización de la narración de los participantes se identificaron palabras, frases, o conceptos dentro de los datos, de modo que los temas más significativos fueron identificados y analizados desde un enfoque médico-social con perspectiva feminista. Se realizó un análisis hermenéutico desde cuatro niveles discursivos del texto.

Para el análisis de los datos cualitativos se trabajó con el Análisis Crítico del Discurso de Van Dijk (2003), porque es una perspectiva crítica centrada en los problemas sociales y en el papel del discurso en la (re) producción del abuso de poder y de la dominación.

Para Van Dijk (2003), en el análisis crítico del discurso (ACD) existe un triángulo entre el discurso, la cognición y la sociedad. Para analizar estos elementos será necesario diferenciarlos por niveles y estructuras. Y para lograr este análisis crítico fue indispensable seguir este procedimiento:

1. Selección del tema que da la macroestructura con el significado global entre texto y contexto.
2. Hacer una lista de temas (significados globales) del texto y resumirlos (resumen de la macroestructura).
3. Resumir macroposiciones y macroproposiciones generales.
4. Describir los significados locales e inmediatos.
5. Describir los significados implícitos.

6. Comprender las estructuras formales y sutiles del discurso.
7. Comprender las formas globales y locales del discurso.
8. Comprender los modelos conceptuales.

Los indicadores de impacto o de salida buscan cumplir con el objetivo de describir la manera en que aquellos procesos, tanto de enseñanza como de aprendizaje, que no son objeto de una intencionalidad explicita, ni de una planeación puntualizada en la gestión formativa (Landesman, Segall, 2014), producen y/o propician prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares.

Nota Metodológica: Los indicadores cuantitativos tienen una forma numérica y se refieren a las relaciones objetivas y materiales del fenómeno a estudiar. Se expresan en coeficientes, proporciones, rangos y estratos. En este caso, brindarán mucha información para entender cómo se expresa el currículo formal y el vivido que trabajaremos sobre porcentajes expresados en gráficas y tablas.

Los indicadores cualitativos se refieren a opiniones y percepciones acerca de un determinado hecho. En general, y como lo expresan las autoras citadas, los indicadores cualitativos son particularmente útiles para comprender el punto de vista, los intereses y las prioridades de los actores de un espacio o proyecto. En este caso, serán de relevancia porque nos brindarán elementos útiles para entender cómo se expresa el currículo oculto.

Matriz Metodológica

Imagen 1. Muestra los elementos teóricos de análisis, así como los objetivos específicos marcados en la metodología mixta, explicativa y secuencial.

Resultados

Indicadores de entrada

- Da una respuesta para identificar la cantidad de programas formativos en terapia familiar que existen en México.

En un reporte realizado por Eguiluz (2004) se describe cómo la Asociación Mexicana de Terapia familiar otorga una acreditación por dos años a los programas de formación en terapia familiar, lo que significa que, por la calidad de sus diseños curriculares, se les otorga un reconocimiento oficial que los acredita como entidades formadoras de terapeutas familiares. Las escuelas con ese reconocimiento oficial son:

- Instituto de la Familia, A.C.
- Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia.
- Instituto de Investigación y Entrenamiento en Psiquiatría para Personas.
- Instituto de Terapia Familiar Cencalli.
- Instituto Crisol, A.C.
- Instituto Regional de Estudios de la Familia.
- Universidad del Mayab, Maestría en Terapia Familiar.
- Universidad Autónoma de Tlaxcala, Maestría en Terapia Familiar Sistémica.
- Centro para Desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI).

Sin embargo, existen escuelas de formación sistémica en México que no están registradas en la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Eguiluz (2004) describe cómo, a través de una búsqueda en el directorio del Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), se obtuvieron los datos de 61 directores de institutos o universidades, a fin de conocer si tenían algún programa de formación de terapeutas familiares. El resultado obtenido fue que sólo 36 (59%) contestaron afirmativamente, pero sólo 11 enviaron sus datos correspondientes:

- Universidad Autónoma de Coahuila. Especialidad en Terapia Familiar.
- Universidad Autónoma de Tlaxcala. Maestría en Orientación y Terapia Familiar.
- Universidad del Valle de Atemajac. Maestría en Terapia Familiar.
- Universidad Autónoma del Estado de México. Maestría en Estudios de la Familia.
- Universidad Autónoma de Zacatecas. Maestría en Terapia Familiar.

- Universidad de Guanajuato. Especialidad en Terapia Familiar.
- Universidad del Mayab. Maestría en Terapia Familiar y de pareja.
- Universidad Autónoma del Noroeste. Maestría en Terapia Familiar.
- Universidad de Guadalajara. Maestría en Terapia Familiar.
- Universidad Latina de México. Maestría en Terapia Familiar.
- Universidad Autónoma de la Laguna. Maestría en Terapia Familiar y de pareja.

Para el 2014 (CENEIP, 2014), el Consejo Nacional de Estudios e Investigación en Psicología demostró cómo ha habido un incremento de los programas de formación en psicología (incremento del 30%), pues según Eguiluz (2004) en el 2001 existían 61 programas registrados, pero en el 2014 la cifra cambió a 71. De estos programas, sólo 26 tienen un nivel de maestría en terapia familiar (ver ANEXO 1 y 2). En cuanto a los institutos y las asociaciones civiles de educación superior con programas en terapia familiar con REVOE, con más de 10 generaciones de egresados cuyas formaciones tienen contenidos de sexualidad, género y diversidad sexual, podemos observar que de 6, sólo un instituto cuenta con todos esos criterios; le sigue el Instituto 2 con REVOE, con más de 10 generaciones de egresados y con contenidos de sexualidad y género, y en tercer lugar el instituto 3 con REVOE, con más de 10 generaciones y con contenidos sólo de sexualidad, al igual que los institutos 4 y 5 (ANEXO 3).

En la investigación que realizaron Medina-Mora y Berenzon (2013) para la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se demostró que los reportes de recursos humanos en salud mental en México no incluyen en los datos oficiales a los egresados de terapia familiar. En el año 2008, el número de profesionales graduados en instituciones educativas fue el siguiente: 51 psiquiatras de los 8,366 médicos, 4,047 enfermeros y 2,484 psicólogos. Esto significa que no se conoce el número de terapeutas familiares egresados y provenientes de las disciplinas antes mencionadas.

El siguiente paso es cubrir el objetivo que describe una muestra de 100 egresados de terapia familiar en México, su ubicación geográfica, el plantel del cual egresaron, su condición socioeconómica y su experiencia con los contenidos formativos sobre diversidad sexual incluidos en su formación.

Resultados Encuesta

La población analizada está compuesta por un 78.4% de mujeres y un 25.2% de hombres, con un rango de edad entre los 25 y 85 años y con una media de 35 años. El 45% de las participantes estaban casadas, el 31% eran solteras, el 11% viven en unión libre y el 9% estaban divorciadas. El 76% de la población había hecho sus estudios de Maestría en Terapia Familiar en las instituciones que se encuentran en la Ciudad de México, mientras que el 34% los había realizado en el área metropolitana y en diferentes estados de la República Mexicana.

Entre el 2012 (13%) y el 2014 (9.5%) hubo un mayor ingreso de personas de 27 años hasta 70 años. También se reportó que en 2014 (13%) y 2016 (13%) hubo una mayor cantidad de egresos de los programas formativos en terapia familiar en México. Por otra parte, en 2016 hubo un 22% de la población total que reportó la mayor cantidad de exámenes profesionales, debido a que se juntaron rezagados que habían ingresado desde 1996 (2%), 2009 (4%) y 2012 (2%).

El costo de los estudios en terapia familiar en una institución pública varió, desde $0 (debido a la beca CONACYT), $20,000 (1.2%) y hasta $30,000 (18.5%). El costo de los estudios en una institución privada osciló entre $48,000 (.2%) y $250,000 (82%). La forma en que los egresados financiaron sus estudios fue: un 45% trabajaba y estudiaba, un 30% contaba con una beca institucional, y un 23% gozaba de un apoyo familiar. Actualmente, el 98% trabaja, y su régimen laboral (48%) lo ejerce en el sector privado; un 43% labora en el sector público y un 8% trabaja en alguna asociación civil. El 42% brinda servicios de salud en el sector privado y un 31% da clases en el sector público. La principal actividad que desempeñan es la atención clínica a familias (81%), y un 49% se dedica a la docencia. Un 70% de la población considera que su actividad laboral tiene una relación directa con sus estudios. El ingreso mensual que obtienen oscila entre menos de 2 salarios mínimos (2.9%) (menos de $3,155) y más de 10 salarios mínimos (32%) (más de $15, 777). Algunos tardaron en incorporarse al mercado laboral menos de 6 meses (59%), y otros más de dos años (14%). Respecto al costo de la consulta, sólo 5.9% cobra entre $50 y $150, pues del 20 al 28% cobran entre $450 y $1,000. Respecto al tiempo que tardan para resolver algún problema de índole psicológico, el 36% afirma necesitar de 9 a 12 sesiones.

El 64% de las terapeutas tiene su consultorio en la Ciudad de México. El lugar más solicitado para ello es la delegación Benito Juárez (12%), seguida por la delegación Coyoacán (11%); mientras que el 36% radica fuera de la Ciudad de México.

En cuanto al tipo de población que atienden las terapeutas familiares, un 65% da consulta a familias con hijos adolescentes (10 a 18 años), un 54% atiende a familias con hijos pequeños (0 a 10 años), un 46% trabaja con familias cuyos hijos son jóvenes (18 a 28 años), y un 40% atiende a parejas heterosexuales con conflictos. Sólo un 21% afirma que atiende a familias con hijos con diversidad sexual, y otro 18% atiende a parejas LGBT.

Los eventos comunes asociados al motivo de la consulta son: un 68% reconoce la violencia familiar, junto con un 58% que afirma trabajar separaciones en parejas heterosexuales; un 56% afirma trabajar problemas escolares; un 49% trata el tema de divorcios; un 47% trabaja duelo y muerte en la familia; y sólo un 9.5% afirma haber trabajado con parejas homosexuales serodiscordantes, así como otro 9.5% afirma trabajar la homofobia en la familia. Lo relevante de estos datos es que sólo un 1% mencionó haber trabajado el tema de feminicidio en la familia.

En cuanto a los temas abordados en sus formaciones, el grueso de la población afirma estar preparado para poder atender los siguientes temas: un 88% afirma poder abordar temas relacionados a las separaciones, un 87% afirma tener habilidades para trabajar casos de divorcio, un 86% afirma haber visto en su formación profesional las maneras de intervenir en casos de violencia familiar, y otro 83% afirma poder abordar temas relacionados al duelo y a la muerte en la familia.

Por otro lado, los temas que se abordaron, pero en una menor medida, son: el de miembros de la familia en la cárcel, el feminicidio, las parejas homosexuales serodiscordantes y los problemas de parejas LGBT.

Temas abordados en las formaciones de terapia familiar

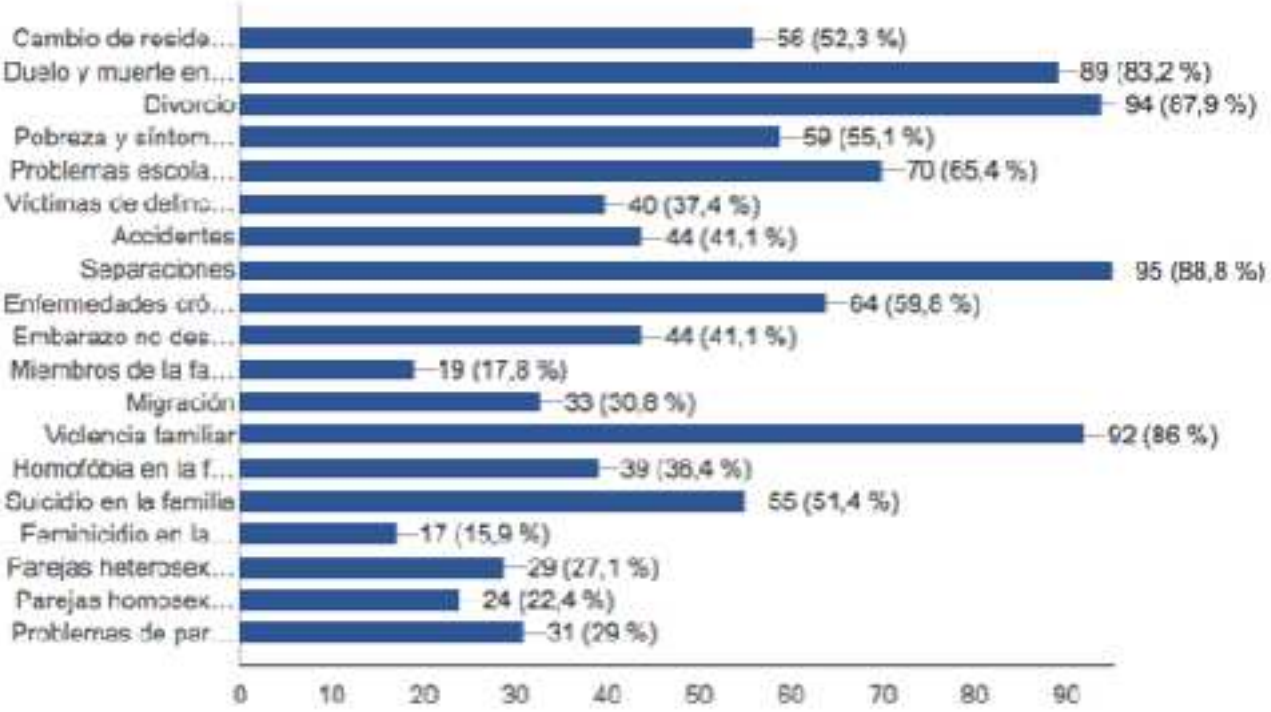
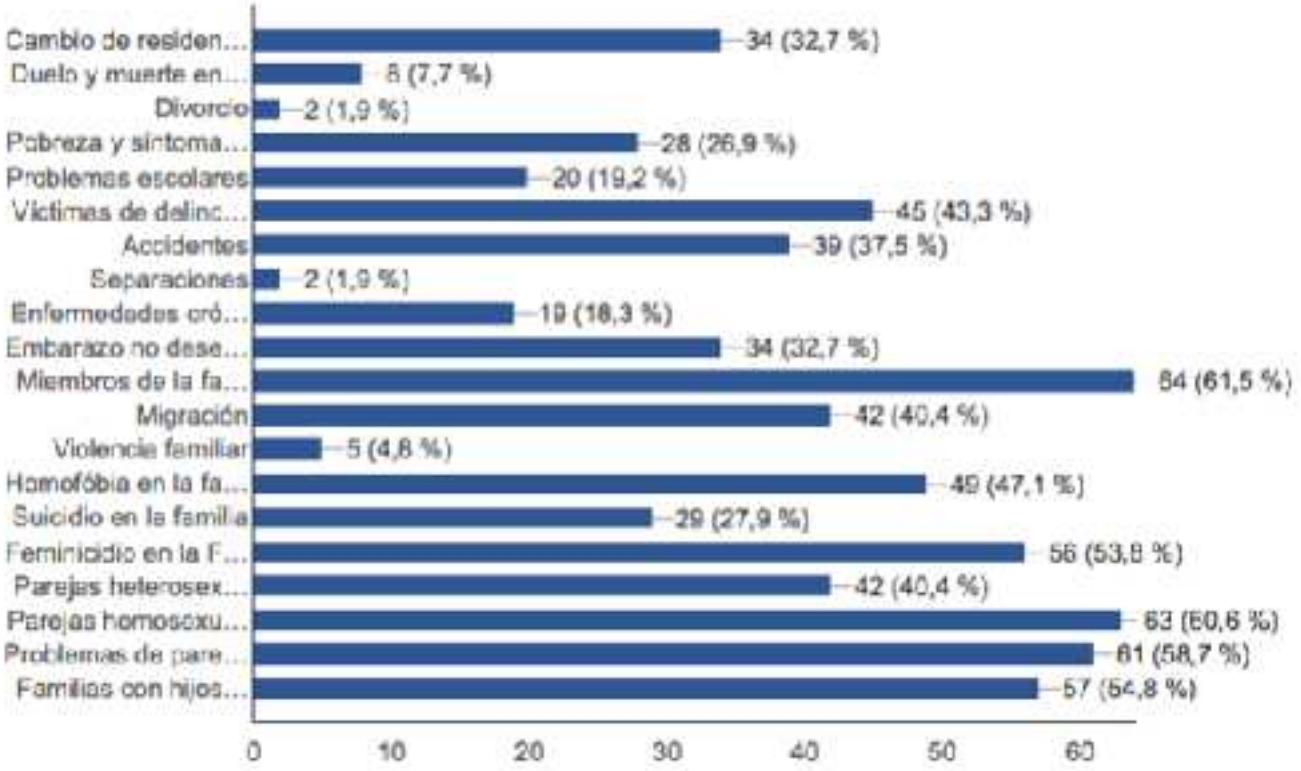


Gráfico 1. Porcentajes de temas abordados en el programa formativo de las terapeutas encuestados.

Por otro lado, los temas no abordados en la formación de terapia familiar fueron: 61% afirma no haber visto el tema de miembros de la familia en condición carcelaria, un 60% afirma no ha-

ber visto el tema de parejas homosexuales serodiscordantes, y un 58% afirma no haber visto cómo trabajar con problemas de parejas LGBT+, así como los problemas de familias con hijos con diversidad sexual (54%), y otro tanto (47%) afirma que no vio el tema de homofobia en la familia.

Temas que no se abordaron en los programas formativos de terapia familiar



Gráfica. 2. Porcentajes de los temas no revisados en el programa formativo de las terapeutas encuestados.

Con todo y las ausencias temáticas, un 87% de la población total afirma haber tenido las herramientas necesarias para insertarse en el medio laboral, y describe que lo más útil a la hora de buscar empleo ha sido en un 49% la práctica clínica, un 31% la supervisión y un 9% considera que los seminarios teóricos ayudaron. En cuanto al apoyo de la formación en terapia familiar para incorporarse en proyectos de investigación, un 68% afirmó que su campo formativo sí lo involucró en esos quehaceres, sin embargo, un 61% en la actualidad no se involucra con la investigación, sólo un 10% ha fungido como director o coordinador de proyectos de investigación.

En cuanto a la definición o construcción de la definición de familia, un 91% utiliza la Teoría General de los Sistemas, y un 93% afirma que el autor que utilizan es a Bertalanffy, un autor de 1943, sólo un 1% está actualizado en la teoría hasta 1990 con Luhman, y sólo un 3% complementa la definición de familia con el artículo 16 de los Derechos Humanos.

Con respecto a la incorporación de las problemáticas sociales de México en la formación de terapia familiar, el 42% afirma que sólo analizan modelos teóricos norteamericanos para explicar los síntomas en los sistemas familiares mexicanos, un 38% afirma que analizan el modelo neoliberal y su impacto en la salud de las familias, y un 12% no sabe si lo han estudiado o no.

Este elemento cobra sentido en relación al conocimiento generado respecto a la inserción de la terapia familiar como práctica en salud en México, donde el 51% afirma que su incorporación al sistema de salud está desde el área privada, y otro 22% coincide en señalar a los programas formativos de las universidades privadas, mientras un 19% afirma no saber.

En cuanto a los contenidos curriculares sobre diversidad sexual en su formación en terapia familiar, un 54% afirma que sí vieron temas relacionados, sin embargo, al cuestionarles si su programa de terapia familiar incorpora el modelo de Terapia Afirmativa recomendada por la APA para el trabajo con homosexuales, un 67% dijo que no.

En este sentido, los siguientes reactivos de la encuesta giraron en torno a la homosexualidad, y un 69% la define como una orientación sexual hacia una persona del mismo sexo. También se les solicitó a los encuestados que identificaran, desde el conocimiento brindado en su formación, ¿cuál era el origen de la homosexualidad?, y un 84% de la población afirmó que es algo que se descubre en el desarrollo del individuo a temprana edad, mientras que un 15% afirmó que se da porque el hijo está apegado a la madre, o porque el hijo no ha aprendido de un modelo masculino, así como a causa de una recombinación genética de los gametos XY.

La opinión de las terapeutas familiares sobre la vivencia homosexual afirma que 41% de los homosexuales vive el rechazo social por su orientación sexual como un problema de salud física y mental. Otro 2% afirma que los homosexuales están envueltos en vínculos emocionales dañinos.

Sobre las psicopatologías relacionadas con la experiencia de vida homosexual, según las terapeutas familiares, un 43% afirma que viven depresión, un 30% considera que la homofobia está conectada a las psicopatologías, y un 23% afirma que presentan ansiedad.

Otro punto importante a resaltar es la opinión de la igualdad respecto a las problemáticas de las parejas homosexuales con base en las parejas heterosexuales, pues un 54% dice que son iguales y un 45% afirma que no lo son. Esta idea está conectada a la creencia de los estilos de vida de las personas homosexuales con respecto a los heterosexuales. Un 81% afirma que son iguales y un 18% que no.

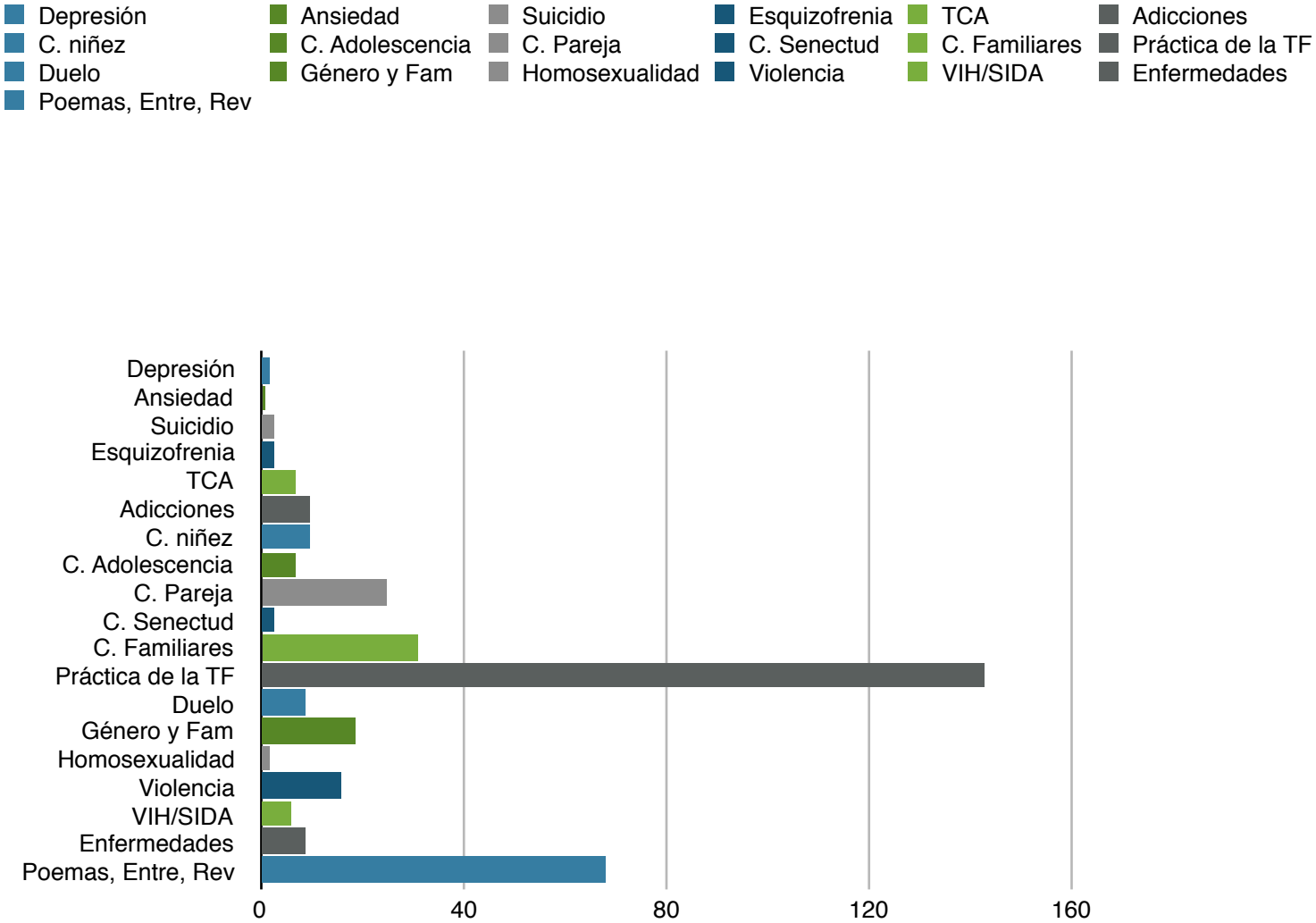
En relación al tema del ocultamiento de la homosexualidad, un 45% estaría de acuerdo en que quien se identifique con una orientación homosexual, no debería decirlo en público, a diferencia de los heterosexuales ("Dont ask, dont tell"). Esto se puede conectar también con el tema del matrimonio igualitario, donde 87% está de acuerdo en que se casen las personas del mismo sexo,

pero un 14% está parcialmente de acuerdo, y un 5% de la población total de terapeutas familiares está en desacuerdo, situación que nos lleva a plantear la interrogante, "si hubiera la posibilidad, ¿dejarías a tus hijos a cargo de un homosexual?", donde un 71% afirmó estar de acuerdo, un 28% parcialmente de acuerdo y un 5% negó esta opción.

2) Indicadores de proceso

Este apartado tuvo por objetivo identificar contenidos sobre homosexualidad en las revistas: Psicoterapia y Familia que tuvo un total de 374 artículos, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones sociales con 110 artículos:

Frecuencias de publicaciones de la Revista Psicoterapia y Familia



Gráfica 1. Muestra las diferentes frecuencias temáticas publicadas en la revista Psicoterapia y Familia

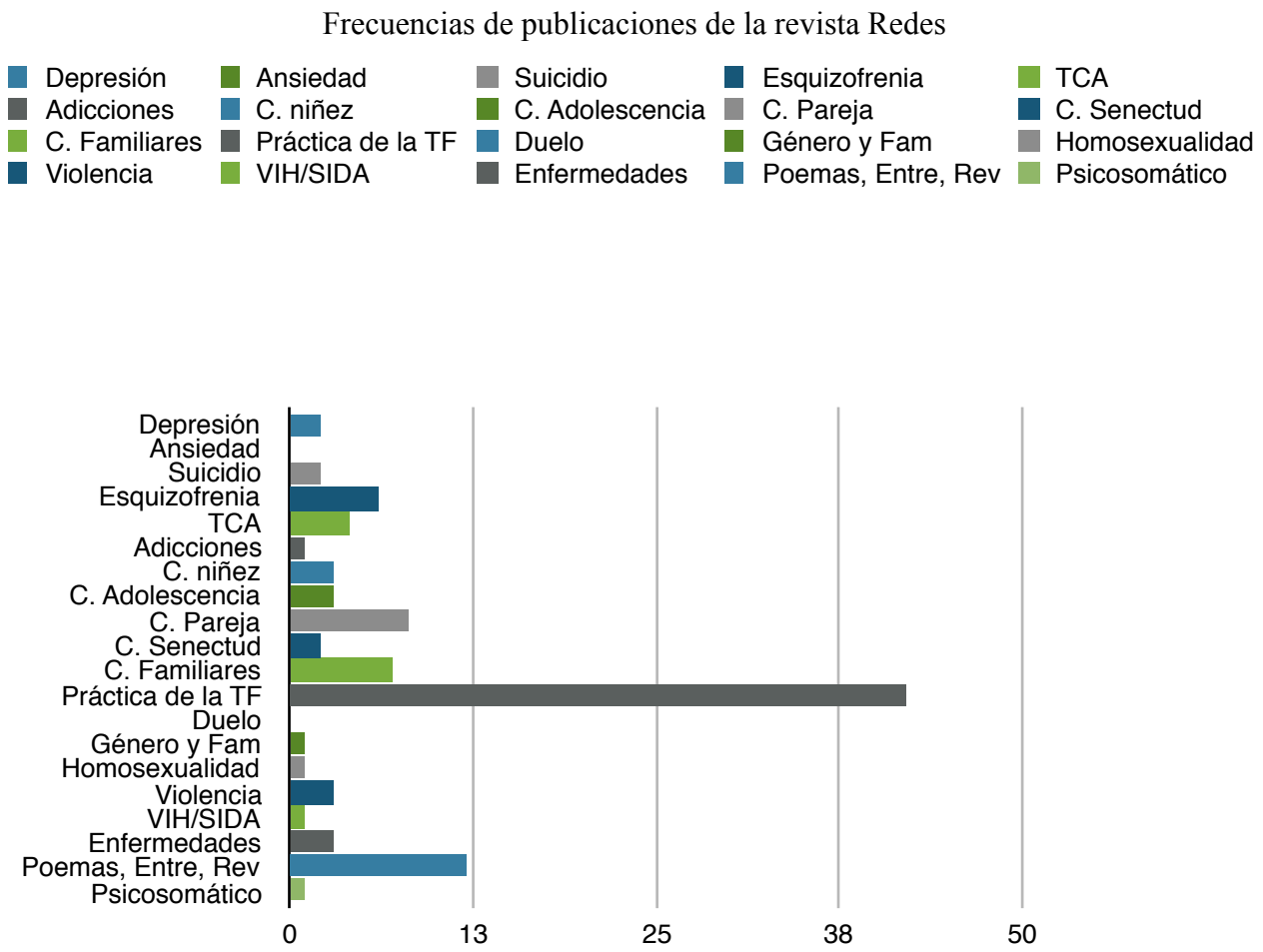
La producción científica de los terapeutas familiares que publican en Psicoterapia y Familia, durante veintiséis años ha llevado a la publicación de 374 artículos en los cuales se pueden observar las

diferentes problemáticas que han enfrentado los terapeutas familiares, y que año con año han ido reportando en sus avances e investigaciones:

Tópicos más frecuentes de publicaciones en la revista Psicoterapia y Familia de 1988 a 2013

Temáticas	Aportaciones
Depresión	2 (0.5%)
Ansiedad	1 (0.2%)
Suicidio	3 (0.8%)
Esquizofrenia	3 (0.8%)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	7 (1.8%)
Adicciones	10 (2.6%)
Conflictos en la niñez	10 (2.6%)
Conflictos en la adolescencia	7 (1.8%)
Conflictos de pareja	25 (6.6%)
Conflictos en la senectud	3 (0.8%)
Conflictos familiares	31 (8.2%)
La práctica de la terapia familiar	143 (38.2%)
Duelo y muerte	9 (2.4%)
Estudios de género en las familias	19 (5%)
Homosexualidad y familia	2 (0.5%)
Violencia	16 (4.2%)
VIH / SIDA	6 (1.6%)
Enfermedades Crónicas	9 (2.4%)
Revisiones de libros, poemas y entrevistas	68 (18%)
Total	374 (100%)

Tabla 2. Muestra los porcentajes de publicaciones en la revista *Psicoterapia y Familia* (de 1988 al 2013).



Gráfica 2. Muestra las diferentes frecuencias temáticas publicadas en la revista Redes

La producción científica de los terapeutas familiares que publican en Redes, durante veinte años ha llevado a la publicación de 110 artículos en los cuales se pueden observar las diferentes problemáticas que han enfrentado los terapeutas familiares, y que año con año han ido reportando en sus avances e investigaciones:

Tópicos más frecuentes de publicaciones en la revista *redes* (de 1996 al 2017)

Temáticas	Aportaciones
Depresión	2 (1.8%)
Ansiedad	0
Suicidio	2 (1.8%)
Esquizofrenia	6 (5.4%)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	4 (3.6%)
Adicciones	1 (0.9%)
Conflictos en la niñez	3 (2.7%)
Conflictos en la adolescencia	3 (2.7%)
Conflictos de pareja	8 (7.2%)
Conflictos en la senectud	2 (1.8%)
Conflictos familiares	7 (6.3%)
La práctica de la terapia familiar	42 (38%)
Duelo y muerte	0
Estudios de género en las familias	1 (0.9%)
Homosexualidad y familia	1 (0.9%)
Violencia	3 (2.7%)
VIH / SIDA	1 (0.9%)
Enfermedades Crónicas	3 (2.7%)
Revisiones de libros, poemas y entrevistas	12 (10%)
Psicosomático	1 (0.9%)
Total	110 (100%)

Tabla 2. Muestra los porcentajes obtenidos en la investigación descriptiva de los temas más frecuentes en la revista *redes* en 20 años

Del total de 484 artículos revisados entre las dos revistas, 404 son de investigación empírica y 80 fueron revisiones de libros, poemas o entrevistas realizadas a algún personaje de la terapia familiar. Sólo aparecen 3 publicaciones referentes al tema de la homosexualidad.

Clark y Serovich (1997), en una investigación que tenía por objetivo hacer una revisión de los contenidos en las publicaciones de diversos *journals* y artículos de terapia familiar (de 1975 a 1995), demostraron que durante veinte años en Estados Unidos se publicaron 13 000 artículos. Si se compara esta cifra con la producción de artículos en México, también durante veinte años, se obtiene que sólo se produce el 2.8% de lo que se hace en Estados Unidos. Además de que es similar el poco interés en publicar temas sobre la homosexualidad de algún integrante de la familia.

2.1) Análisis de Contenido o ideológico.

Este indicador responde al objetivo de identificar los contenidos sobre el ciclo vital de la terapia familiar sistémica basados en prejuicios heterosexistas y homofóbicos.

Textos con contenido heterosexista más citados por los terapeutas familiares y publicados en la Revista *Psicoterapia y Familia y la revista Redes*

Heterosexismo en autores que históricamente desarrollan la terapia familiar.
Descripción del Ciclo Vital de la familia en la terapia familiar
Organización Mundial de la Salud (1978). *"La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida, está constituida por la pareja y su descendencia".*
Duval (1988). "*Después de la Segunda Guerra Mundial las familias americanas fueron convocadas y organizadas de manera que las mujeres dejaran sus trabajos y se dedicaran al hogar y los hombres dirigieran a sus familias y reestablecieran la economía de la posguerra".* (p.127)
Barragán (1976). *"Entendemos por familia nuclear a aquella integrada por una pareja de adultos con una tarea dual, que comprende ser esposos y padres".* (p. 179)
Haley (1980). "*La Conjunción de dos familias, que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas. Hay que tomar la unidad triangular; padre, madre e hijo, o suegra marido y esposa". (*p. 120)
Minuchin (1992). "*La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo va elaborando pautas de interacción". "Podemos mirar de frente al hombre héroe cósmico, pero preferiríamos no verlo discutir con su mujer sobre quién debió cerrar la puerta de calle".* (p.45)
Carter y McGoldrick (1990). *"La idea básica que subyace a la noción del ciclo vital familiar es que todas las familias experimentan cambios a lo largo del tiempo". "Adulto joven emancipado"* (p. 15)
Beyebach M. y Rodríguez A. (1993) *"La familia y su ciclo han cambiado drásticamente… La longevidad, el descenso de la natalidad, los cambios en el papel de la mujer, la mayor tolerancia ante las parejas homosexuales".* (p.63)

Heterosexismo en autores que históricamente desarrollan la terapia familiar.
Avilés (2000) *"Por familia entendemos aquí un grupo (dos o más) de seres humanos adscritos en forma natural".*
Robles (2003). *"La familia es un sistema total compuesto por tres subsistemas: conyugal, parental y fraternal". "En cada una se integran dinámicas que integran la diversidad de sistemas familiares actuales".* (p.19)
Eguiluz (2004).*"La familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación".* (p.12)
Huerta (2005). *"Funciones familiares que ameritan atención: Socialización, reproducción, estatus, protección y afecto".* (p.148)
Eguiluz (2007). *"En México los hogares familiares están formados por tres tipos principales: a) el tradicional, b) el moderno (trabajo extra doméstico), c) el de las familias monoparentales".* (p. 15)
Eguiluz (2007). "*La importancia de que dos seres humanos, hombre y mujer en libertad, decidan vivir juntos para ser fieles uno al otro, para amarse y tener hijos".* (p. 12)
Estrada (2012). "*La estructura biológica y psicológica de la familia humana pasa por un "ciclo" (nace, crece, se reproduce y muere) que comprende seis etapas: el desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el reencuentro y la vejez".(*p.5)

Tabla 3. Citas textuales de las descripciones del ciclo vital de la familia más utilizadas en las revistas especializadas en México sobre terapia familiar y de pareja.

Textos con contenido heterosexista más citados por los terapeutas familiares y publicados en la Revista *Psicoterapia y Familia y la revista Redes.*

Homofobia en autores históricos de la Terapia familiar
"Esto también es un problema del hombre homosexual que añora una relación con un "hombre de verdad", "sólo para encontrarse con que éste último siempre tiene que ser, necesariamente, otro ***hombre homosexual"*** *(Watzlawick, Helmick Beavin, y Jackson, 1967, p. 200).*
"El fracaso de los padres en mantener fronteras definidas entre las generaciones y en adherirse a sus roles de género llevan a problemas de incesto, ***confusiones de identidad de género*** *y* ***tendencias homosexuales*** *en padres e hijos." (Lidz, 1969, p. 239).*
"Todos los diagnósticos psiquiátricos pueden conceptualizarse en este continuo de adaptación o diferenciación. La edad en que inició el problema, las confusiones de identidad de género y el deterioro relacionado con estos diagnósticos puede entenderse en el contexto de los procesos emocionales multigeneracionales. Las formas más extremas de depresión maníaca, alcoholismo, neurosis obsesivo-compulsiva, y ***homosexualidad,*** *por ejemplo, se desarrollan en el curso de múltiples generaciones." (Kerr y Bowen, 1988, p. 241).*
Boscolo, Bertrando (2008). *"Para referirnos al terapeuta hemos usado el género masculino sólo a fin de evitar complicaciones y confusiones lingüísticas"* (p.13)
Espinosa, (2009). *"Parejas del mismo sexo que adoptan (no legalmente) y crían hijos … asumiéndose como familia".* (p.19)

Tabla 4. Citas textuales de las descripciones del ciclo vital de la familia más utilizadas en las revistas especializadas en México sobre terapia familiar y de pareja.

En el espacio de la terapia familiar, la reproducción de la dominación masculina heterosexual pasa invisible en los escritos e investigaciones, la identidad de la *familia* está embestida por la consigna de un grupo "natural" véase tabla 3, en el cual es evidente la inmutabilidad del sexo, que codifica y educa a los cuerpos sexuados a una *sinergia procreadora* heterosexual, misma que *telelológicamente* dividirá la fuerza de trabajo respecto al sexo en aquella agrupación para que coincida con la imposición de la moralidad burguesa de lo que es una *familia* (Preciado, 2009; Gómez, 2015). Y lo que no coincida con esa "coherencia" sexo-genérica, causará estragos en las relaciones familiares (Butler, 1998). Esto fue documentado por Rubín (1989) donde nos narra que en el sistema de justicia criminal de 1950 hasta 1970 de Estados Unidos y parte de Europa incorporó el término de "delincuente sexual" para trabajar jurídica y psicológicamente con violadores y "pederastas" y de hecho funcionaba como clave para referirse a los homosexuales. Estas leyes proporcionaron a las profesiones psicológicas mayores poderes sobre los homosexuales y otros "desviados" sexuales (Rubín, 1989). Dando a conocer la imposibilidad de separar la sexualidad reproductiva, la vida familiar heterosexual y la división sexual de trabajo, de la vida "normal" y esperada; los que no cumplan con esa norma, la psicología y las terapias corrieron con la suerte de ser dispositivos de control y regulación de la vida familiar (Rubín, 1989; Gómez, 2015).

Esto quiere decir que los pensamientos dominantes no son otra cosa que la expresión ideal de las relaciones materiales dominantes, son estas relaciones materiales dominantes capturadas bajo la forma de ideas, por lo tanto, son la expresión de las relaciones que hacen de una clase la clase dominante; dicho de otro modo, son las ideas de su dominación (Preciado, 2009; 2010). Y la categoría de sexo, es una categoría política que funda la sociedad en cuanto a heterosexualidad. Esta categoría para Wittig (2006), establece como natural la relación que está en la base del contrato social del biopoder disciplinario heterosexual y través de ella la mitad de la población - las mujeres - son "heterosexualizadas".

3) Indicadores de impacto o salida:

Se efectuaron seis entrevistas a egresados y egresadas de la maestría en terapia familiar. Las entrevistas fueron audiograbadas, con previa autorización de las personas entrevistadas, a quienes se les informó sobre el propósito de la investigación, el resguardo de su identidad y el uso de sus testimonios con fines exclusivos de la investigación. A cada participante se le adjudicó un pseudónimo y, para su mejor ubicación, sus características se resumieron en la tabla 1.

Las y los participantes fueron invitados a colaborar mediante la técnica "bola de nieve". Dos egresados son activistas con visibilidad política dentro del espacio de los recursos humanos en salud y en la enseñanza de la terapia familiar; ellos fueron los primeros en participar, y a partir de sus contactos, se construyó la red de informantes.

Participantes en las entrevistas semi estructuradas

Instituto de procedencia	Orientación sexual	Años de egreso
Participante, Instituto 1	Bisexual	2
Participante, Instituto 2	Homosexual	2
Participante, Instituto 3	Homosexual	2
Participante, Instituto 4	Bisexual	1
Participante, Instituto 5	Lesbiana	1
Participante B, Instituto 5	Lesbiana	1

Tabla 5. Describe las características de cada participante en las entrevistas semi estructuradas

Ejes Estructurales de las categorías analizadas en las entrevistas

Imagen 1. Muestra las subcategorías obtenidas de las entrevistas semiestructuradas que se cruzan entre los y las entrevistadas.

La imagen 1 fue construida como representación visual de la entrevista semi estructurada, así como los caminos transversales que se fueron generando en cada una de las entrevistas con las personas participantes.

A continuación se presentan los testimonios de los y las egresadas que fueron entrevistados y el análisis cualitativo de estas experiencias. Con la finalidad de ganar claridad, se exponen los análisis organizados a partir de la institución donde se presentó la relación con el campo formativo de la terapia familiar.

El motivo por el cual los egresados escogieron un campo formativo en terapia familiar se ve relacionado con la curiosidad o el interés particular de ampliar sus conocimientos en intervención psicológica, ya que es una opción de menor dificultad de acceso, pues la mayoría de ellos contaba con el presupuesto económico para solventar los gastos que implica tomar una formación de tal naturaleza.

De acuerdo con Gómez (2015), el quehacer del terapeuta familiar se puede englobar en cuatro áreas, mismas que aparecen en los testimonios de los entrevistados como motivos que los llevaron a elegir una formación de esta naturaleza. El área número uno es la asistencial, en la que hay: "*conflictos que podían ser resueltos en el consultorio" (Participante 1)*. En el área docente hay testimonios como: "*En la Universidad tomé una materia y me atrajo mucho el modelo*

sistémico" (Participante 2). En el área de la investigación se maneja: "*Inquietud personal. A partir de mi investigación terminal doctoral" (Participante 3), "una epistemología incluyente, coherente y comprensiva" (Participante 4)*. Y en el área de la gestión: "*Me interesa incidir en los núcleos familiares" (Participante 5) Me di cuenta que era prioritario el trabajo con las familias, pues es ahí donde se gestan los valores (Participante B, Instituto 5).* Según el autor, las cuatro áreas se interrelacionan, y es deseable que los terapeutas puedan desenvolverse en ellas.

En los testimonios obtenidos, la situación económica se relacionó con la elección del plantel de manera frecuente. La toma de decisiones estuvo definida no sólo por el gusto profesional y personal, sino por la posibilidad de acceder a ese tipo de formación: "*Primeramente el precio de la colegiatura" (Participante 5)*, que significaría un gasto y un esfuerzo extra para solventarlo: "*personalmente necesitaba seguir trabajando para mi manutención" (Participante 3)*. En los primeros debates sobre el currículo oculto, según nos dice Giroux (2004), la decisión de un escolar en la elección de un curso educativo está influenciada por las políticas económicas y educativas que limitan al estudiantado en sus posibilidades para estudiar. En este caso, la estrecha relación entre el capital económico y la educación limita las opciones del estudiantado: "*Me ofrecieron una beca para estudiar en una de esas instituciones y la tomé" (Participante 4).* Y también influye en las jornadas laborales para pagar su educación: "*Mis horarios de trabajo, las horas que debo destinar a los estudios y el conjunto del plan de estudios"(Participante 2). "El coordinador de la maestría es un viejo amigo mío, y me apoyó con la obtención de una beca institucional, aunque me costarán los estudios, no será igual a pagar la cuota que me solicitan (Participante B, 5).*

Estas decisiones implicaron para las/los entrevistados un uso del capital económico, cultural, social y simbólico con el que ya contaban, el cual guió sus elecciones: "*El enfoque que manejaban, que no era psicoanalítico y que tenía muchos puntos en común con la sociología" (Participante 1)*. Todos usaron su capacidad de análisis para juzgar el plan de estudios al que se incorporarían más adelante: "*Tenía mucha práctica, no sólo teoría. Y que se trataban varios tipos o enfoques de teoría"(Participante 3), "Que combinaba los aspectos clínicos familiares, individuales y de pareja con lecturas epistemológicas y sociales, aunado a la supervisión de casos clínicos"(Participante 2), "Me llamó la atención el hecho de que el plan de estudios parecía ser bastante global y multidisciplinario" (Participante 4)*. Además, un punto importante para decidir al respecto fue el vivir en un espacio de marginación y discriminación, debido a que fueron sensibles a las necesidades del colectivo LGBT+, con el que sienten identidad de pertenencia y que no tiene visibilidad en los campos de la salud: "*La postura a la multidiversidad que el Instituto 5 asume en relación a la familia, familias diversas" (Participante 5), "Aunque había una profesora que trabajaba de manera incluyente,*

y eso me gustaba muchísimo, por que hablaba de la diversidad familiar, la complejidad y el género, aún siento que faltó mayor inclusión del tema". (Participante B, 5).

Los campos formativos en terapia familiar tienden a trabajar de forma incluyente, al menos discursivamente, pues un proyecto formativo en terapia familiar es, necesariamente, un proyecto normativo en el que, al ser su objeto clínico el grupo familiar, existe una tendencia a dirigir a los estudiantes, con intervenciones normalizadas (Gómez, 2016). En este caso, el proyecto formativo de la terapia de familia, evalúa el funcionamiento familiar a partir de la distribución estereotipada de los roles de género, la cual es propia de las sociedades que viven la modernidad americana (Gómez, 2015). De ahí que fuese importante explorar si en la formación que recibieron las y los estudiantes de terapia familiar se trató la categoría de "género" para la práctica clínica. Al respecto, los participantes mencionaron:

> *Sí, solamente en una materia. Cabe decir que hubo quejas de las alumnas, y luego una preocupación de la dirección por la impartición de dicha materia. La directora no quería que se impartiera de la manera como estaba porque dijo que era una pérdida de tiempo para un sólo tema.*
>
> Participante, Instituto 1
>
> *Las lecturas y clases sobre género se debieron a la revisión de "La Red Invisible", y ese módulo estuvo complementado con algunas lecturas sobre terapia de pareja en situaciones de violencia bajo una perspectiva de género y una lectura de Marta Lamas. Las profesoras responsables de ello fueron (…) quienes también abordaron los estereotipos de género presentes tanto en los motivos de consulta como en el ejercicio de la psicoterapia.*
>
> *Participante*, Instituto 2
>
> *Sí, tuvimos un invitado (que sólo nos dio unas clases) sobre género. Pero la clase no me gustó para nada.*
>
> *Ya teniendo conocimiento sobre el área, y habiéndola estudiado por muchos años, me pareció ilógico que un psicoanalista hablara de género desde la perspectiva psicodinámica. Muy absurdo.*
>
> *La persona confundía términos, se aferraba a roles de género tradicionales y mostraba una inflexibilidad arcaica en torno a los nuevos formatos de pareja. No se tocó el tema de la construcción social del género a profundidad, ni los fundamentos biológicos de la diversidad sexual en cuanto a sexo biológico/asignado al nacer. Además, el tema se tocó en un par de horas solamente.*
>
> *Esto resultó en que en muchas prácticas supervisadas y sesiones de discusión grupal yo intencionalmente incluyera el tema de género en mis críticas. El tema de género es imprescindible si estamos tratando con parejas, pues a final de cuentas impacta de manera global la dinámica interaccional entre las personas. Trataba, de alguna manera, de enviar un mensaje a mis compañeras con respecto a la práctica clínica y los prejuicios que tenemos desde nuestra formación profesional, extraordinariamente heteronormativa. Parecía que siempre jugaba al abogado del diablo, y tal vez eso me ganó ciertas enemistades. Mi intención siempre era hacer una crítica global a nuestros análisis, incluyendo la dinámica de poder en la pareja y el simbolismo detrás de nuestras concepciones de "lo que debe ser". Participante, Instituto 3*

En ocasiones me daba cuenta que existían muchos sesgos en cuanto al rol de las mujeres en las relaciones de pareja heterosexuales (porque, además, jamás vimos o trabajamos con parejas del mismo sexo/género), lo cual me molestaba mucho. Inclusive recuerdo a una compañera que comentó que uno de sus pacientes en su práctica privada le daba mucho "coraje" porque para ser hombre era muy "cobarde y lloricón", lo cual la llevaba a hacer intervenciones en forma de confrontación bastante apabullantes (desde mi perspectiva, claro está). Yo señalé mi indignación ante tal comentario y en verdad me metí en camisa de once varas...

Participante, Instituto *4*

Un profesor, al tratar de explicar los tipos lógicos de Russel, el cual implica la diferencia entre clase y especie, y por ejemplo dijo: "Como los homosexuales, que confunden mascotas por hijos", eso me molestó, por que aunque entendía a dónde quería ir con el ejemplo, estaba cargado de apabullantes estereotipos". Participante, Instituto 5

"Lo único que vimos sobre la categoría de género, fue y de manera obligada, cuando un profesor mencionó que el género sólo sirve cuando se trabaja el tema de la violencia, y como el no es especialista, pues no le es útil la categoría". Participante, Instituto B5.

Para Espriella (2007), los prejuicios se encuentran frecuentemente en los profesionales de la salud que imparten alguna formación profesional en esta área, y afectan al estudiantado y al servicio brindado. En ese tenor, el currículo oculto tiene un carácter medular, puesto que representa una conjunción de ideologías políticas y educativas en la vida escolar. Esta estructura externa se ve reflejada en las experiencias de los egresados, que presentan puntos de vista dicotómicos. Por un lado, se revisa el tema de género, pero por el otro la postura personal del o la profesora se hace presente y se escucha que el tema es: *"pérdida de tiempo" o "sólo cuando es violencia"* (Egresado, Instituto 1 e Instituto 5), o cuando se retoma el psicoanálisis, los docentes reproducen *la heteronorma y los roles tradicionales de género* (Egresado, Instituto 3, Instituto B 5). Sólo en la experiencia del Egresado del Instituto 2 se afirmó que los docentes hicieron uso de materiales provenientes del campo de estudios de género, como es el caso de citar a Marta Lamas. Sin embargo, es una lectura que aún falta introducir en los debates en cuanto a la diversidad sexual y familiar.

Ante la definición de la categoría de género que tienen los egresados, existen nuevamente ligeras discrepancias: "El género es aquella construcción social y cultural que se elabora a partir de muchos factores, creencias, expectativas, deseos, pautas etcétera" (Participante 1). *"Creo que no hay una definición clara, me parece que nos limitamos a identificar los estereotipos"* (Participante 2), aunque marcando siempre *"la construcción social de la diferencia sexual"* (Participante 3) que impacta en los procesos psíquicos en la relación entre hombres y mujeres como caracteres identitarios: "*Como la construcción cultural que realiza la sociedad que atribuye "ideales de comportamiento" sexuado para hombres y mujeres"* (Participante 4), *"Pues, desde el psicoanálisis, aclaro,*

el que usó mi profesora, el género no está en la teoría psicoanalítica y la homosexualidad es reductible a una perversión!, yo le argumenté que en el mismo psicoanálisis Freud no lo veía de esa forma, o que Joan Riviere había escrito en defensa de las lesbianas, y ni aún así cambió de parecer" (Participante 5). Esta pregunta fue importante porque dio visibilidad al proceso de interiorización de la exterioridad, es decir, cómo los egresados atribuyeron teorías o posturas de los profesores para describir procesos conductuales concretos en hombres y mujeres, creyendo nuevamente que el género es un componente que enuncia identidades que están en relación de la diferencia sexual, y que son elementales para distinguir identidades heterosexuales en relación de hombres y mujeres. Pero este análisis nuevamente quedó "*Muy superficial... Abriendo levemente la puerta para la discusión sobre cómo puede haber identidades y expresiones de género "variantes" o "no normativas", pero de modo muy escueto"* (Participante, 5), "En varios momentos apareció el tema, y con dos profesores diferentes, uno dijo que eso del género es problemático y el otro omitía el tema, yo lo traía a clase y lo único que decía era "haaa es que tu estudias eso" …. (Participante B5). Serret (2008) sostiene que el género, más allá de la diferencia sexual, tiene como base la simbolización y la significación de lo femenino y lo masculino, asociado a lo simbólico del cuerpo. Estos marcadores de orden de género se verán profundamente interiorizados por las personas, y construirán "verdades" biológicas como verdades reveladas sobre el cuerpo y las identidades. Estas verdades se reproducirán en el imaginario social y, mucho más, en el campo de la salud que posee un poder normativo.

El prejuicio entra en el territorio de la terapéutica formativa. Está definido como la opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal. Se entiende como el proceso de formación de un concepto o juicio acerca de una persona o situación de forma anticipada o preconcebida, e implica la elaboración de ideas, creencias, actitudes, juicios u opiniones antes de someterlos a la primacía de la evidencia: "*Creo que el único momento en el que incorporaban (en la formación) este tema (el de género) en la práctica era al hablar de los roles de los miembros de la pareja y la violencia en la misma"* (Participante 5).

De este modo, si el estereotipo "nacido" del concepto de género en la formación de terapia familiar alude al componente cognitivo de las actitudes de los miembros de la pareja, el prejuicio apela al componente afectivo, las ideas, las verdades aceptadas, los presentimientos, los preconceptos, las nociones, las hipótesis-modelos, las teorías, los sentimientos, los estados de ánimo, las actitudes y las convicciones ocultas (Cecchin y Ray, 1997, citado en Gómez, 2015), "*Muchas veces los pacientes se guían por estereotipos de género… Esperan que sus parejas hagan algo porque es lo*

que deben hacer los hombres o las mujeres, o ellas y ellos tratan de cumplir con roles de género que suponen les corresponden, pero que realmente no los hacen felices" (Participante 3)—afectivo—. *"Creo que permea la práctica de manera que se esperan ciertas cosas de "la madre", "el padre", etcétera, y de esa manera se podría enjuiciar a las personas o a los patrones interaccionales, si no se muestran "como deberían ser"*— afectivo—*"Identificando aquellos roles y estereotipos que puedan estar asociados a la aparición o mantenimiento de un síntoma"* —cognitivo— De acuerdo con Donat y Bernabeu (2013), estereotipo y prejuicio también se relacionan con el componente de comportamiento o conativo que se materializa en las conductas discriminatorias y estigmatizantes: "*Me hace pensar que en realidad, al momento de trabajar clínicamente, el tema de género estaba presente más que nada por nuestros propios prejuicios, sin una reflexión activa que nos permitiera abrir puertas para el cambio"* (Participante 4). Algunos egresados identificaron un problema central dentro del campo formativo: el que se refiere al trabajo con la identidad de género. Gómez (2015) describe que, en la clínica sistémica a través de la invención categorial de "los ciclos vitales de la familia", la identidad de género inteligible será aquella que obedezca al patrón rítmico de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo, la cual se verá representada en actos de "obviedad" heterosexual por parte del profesional de la salud y los profesores que imparten cátedra sobre terapia familiar. Ante la interrogante sobre la incorporación de la sexualidad al campo formativo de la terapia familiar, los egresados respondieron así:

> *Sí, tuvimos una materia de sexualidad, pero fue muy mala. No aprendimos técnicas, teoría ni herramientas para trabajar en el consultorio los problemas de sexualidad más comunes entre las personas.*
>
> Participante, Instituto 1

> *En el cuatrimestre que revisamos terapia de pareja, revisamos temas sobre el abordaje sistémico de la sexualidad en parejas heterosexuales.*
>
> Participante, Instituto 2

> *¡Claro! Vimos temas de sexualidad, pero de manera superficial y muy aplicado a parejas heterosexuales. Tocamos el tema de disfunciones sexuales e infertilidad. Recuerdo que era un tanto alarmante cuando yo, como educador sexual, hacía comentarios sobre la vida sexual de mis clientes de manera libre y observaba la cara de terror en mis compañeras, ja ja.*
>
> Participante, Instituto 3

> *Solo en una clase del cuarto semestre.*
>
> Participante, Instituto 4

En la maestría no se abordó el tema como tal, sólo cuando hay algún caso, en el que se trata el tema de la homosexualidad, pero si no hubiese alguno, simplemente no se toca.

Participante, Instituto 5

"Parece que cuando uno se define abiertamente como homosexual, es cuando los profesores tratan de ser "respetuosos", pero el tema en el currículo, no está, y se les nota cuando les cuesta trabajo hablar del tema".
Participante B, Instituto 5

En los testimonios de los/las egresados/as se pueden notar elementos repetitivos que, aunque son diferentes en tanto la calidad de la clase (Egresado, Instituto 1), en el contenido de los materiales revisados se puede notar la presencia de la heterosexualidad como fundante de la intervención en la sexualidad (Egresados, Instituto 2 y 3). Y, por último, el tiempo que se le da a la revisión del tema también influye, pues, como lo expresan los egresados del instituto 4 y 5, en un caso han tenido sólo una clase y en otro no han tocado ese tema.

Esto nos lleva a pensar que las formas de socialización de los conocimientos y los contenidos formativos representan vías para mantener una estructura social y reproducirla. En este caso se trata de la heteronormatividad, al inculcar en el auditorio formas que permiten la repetición del sistema sociopolítico y económico vigente. Para Glazman (2014), la ideología de la heterosexualidad se manifiesta en el currículo oculto mediante "categorías" que silenciosamente separan lo esencial de lo no esencial, lo legítimo de lo ilegítimo en la vida escolar. Ante la profundización del tema de la definición de sexualidad en su campo formativo, los estudiantes mencionaron:

Es el conjunto de prácticas y fenómenos que tienen que ver con lo emocional y las conductas que se asocian con la búsqueda del placer sexual.

Participante, Instituto 1

Creo que, como ocurre en el caso del género, no hay una definición clara, pero la influencia biomédica o psicodinámica es la que se deja escuchar en los diálogos o reflexiones en clase.

Participante, Instituto 2

Observan la sexualidad como la mera expresión del acto sexual. Para ellos, parece que sexualidad es igual a sexo (o mejor dicho, coger). No hay integración de aspectos vinculativos, de nuestras potencialidades reproductivas (o tal vez desde la infertilidad), o de nuestras construcciones de género.

Participante, Instituto 3

Recuerdo que se habló desde el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana del Dr. Eusebio Rubio, el cual menciona que la sexualidad es el resultado de la integración de los cuatro holones/potencialidades: reproductividad, género, erotismo, vinculación afectiva.

Participante, Instituto 4

No he tenido algún módulo relacionado con la temática. Por lo que el conocimiento que tengo es por el activismo que hago, entonces, la sexualidad, la entiendo como el encuentro entre dos cuerpos, pero que la sociedad ha visto sólo la heterosexualidad como tema primordial para la existencia, y las demás no, por el contrario son patológicas.

Participante, Instituto 5

Algunas autoras feministas han teorizado la realidad social como la heteronormatividad o "régimen de la heterosexualidad obligatoria". Esta noción le permitió a Adrienne Rich (1980) reflexionar sobre las limitaciones que se producen cuando la heterosexualidad es el único modelo posible frente al cual se comparan los demás. En el siguiente apartado se ilustra lo que respondieron los participantes cuando se les preguntó sobre el abordaje de la sexualidad en la consulta familiar:

Yo no he tenido que abordar cuestiones de sexualidad muy específicas todavía. La verdad, si tuviera que hacerlo, necesitaría prepararme y buscar información, ya que no me siento preparada para esto. Hasta ahora, han sido más bien problemas de pareja de otros tipos que se reflejan en las relaciones sexuales, pero no propiamente un problema sexual, como una disfunción, insatisfacción sexual o casos de violencia sexual. Para eso esto estoy buscando capacitación extra que la información que recibí durante mi formación como terapeuta, fue muy deficiente.

Participante, Instituto 1

Adentrando en las historias significativas que estén asociadas al tema de consulta, en un esquema individual o de pareja, mediante preguntas reflexivas, circulares, a futuro o estratégicas. Las temáticas que leímos en clase fueron violencia sexual, anorgasmia, disfunción eréctil, pero me parece que no es un tema de expertis en el instituto donde me formé como terapeuta familiar.

Participante, Instituto 2

El área sexual se toca en el momento en que las parejas comienzan a hablar de ello. Así de sencillo. Tal vez pueda formar parte de una evaluación más global y exhaustiva de la dinámica de pareja, pero creo que va más enfocado a qué tan frecuente tienen relaciones sexuales, qué tanto las disfrutan y si existe evidencia para diagnosticar alguna disfunción sexual.

Participante, Instituto 3

De acuerdo a la formación recibida, es algo que debe abordarse sin tapujos. Podemos traerlo al consultorio dependiendo de si es necesario.

Participante, Instituto 4

No lo sé. Ahora que lo reflexiono, lo que vimos fue que la familia en el holón conyugal de Minuchin, puede tener problemas, económicos, de intimidad sólo afectiva, pero de sexualidad nunca. Creo que lo toman como una especialidad a parte de la terapia familiar.

Participante, Instituto 5

Pues, tengo muy presente lo de los tipos lógicos de Russel, donde considero que no es una expresión inocente, pues, nuevamente en la formación no lo vimos, solo una que otra ocurrencia de las y los profesores que hablaban de sus casos, pero nunca concluyen las intervenciones, por ejemplo, en un examen se tocó el tema de una familia con un hijo homosexual, pero se resolvió con que la violencia que vivían era debido a que el joven prefería su lado "femenino" al "masculino", es decir, que lo homosexual es igual a ser mujer … entonces, no vi nada del tema.

Participante B, Instituto 5

Los/las participantes se vieron sorprendidos por la supuesta inclusión del tema de diversidad sexual en sus campos formativos, lo cual refleja claramente la estructura de un pensamiento político y conservador al que Wittig (2006) llamó *"el pensamiento heterosexual"*. Con base en los formadores de recursos humanos en terapia familiar que buscaron, sin dar vueltas al asunto, demostrar que sexualidad es igual a heterosexualidad y a reproducción (Gómez, 2015). Esta situación es preocupante debido a que la población homosexual, ante los prejuicios heterosexistas y homofóbicos, ve vulnerada su salud, y en algunos estudios, predice conductas autodestructivas y daños autoinfligidos que los llevarán al uso de psicoterapias, medicación psiquiátrica y uso de servicios de salud mental (King y Bartlet, 2004). Aunado a eso, los prejuicios dañan y trastocan la relación con el paciente, y finalmente, dificultan su tratamiento o psicoterapia. Esto hace notar el peligro de que los profesionales de la salud tengan discursos conformados con estos prejuicios que dejan al paciente en una vulnerabilidad mayor a la que ya se encuentra (Álvarez y Sevilla, 2010, citado en Gómez, 2015).

De acuerdo con Patterson (2005), las familias conformadas por madres lesbianas o padres homosexuales son objeto de prejuicios debido a su orientación sexual, ya que pueden ser objeto de penalizaciones y malos tratos por parte de los profesionales o servidores sociales que tienden a tener conductas nocivas para la salud. Cuando se les preguntó sobre contenidos temáticos relacionados a las prácticas sexuales homosexuales, con reflexividad, esto fue lo que contestaron:

No, no se vieron en esa maestría. No formalmente, es algo que se incluye y ya.

Participante, Instituto 1

No. Si bien es cierto que de pronto se citaban los ejemplos o viñetas clínicas de parejas homosexuales o lesbianas o de familias homoparentales, sólo a recientes fechas el instituto donde me formé ha venido incorporando el tema de la diversidad sexual en la clase, en la clínica y en la supervisión.

Participante, Instituto 2

Para nada. Yo era quien incluía ese tema en la discusión. Y me daba cuenta que mis compañeras a veces se tensaban, o también quedaban maravilladas porque para ellas era un nuevo mundo. El discurso sobre sexualidad es exclusivamente enfocado a parejas heterosexuales, tanto de manera implícita como de manera explícita. Al hablar de parejas, incluso en nues-

tros libros o lecturas, siempre hay un él y una ella. Punto final. No hay cabida para la diversidad.

Participante, Instituto 3

Únicamente de manera superficial. Recuerdo que solo se leyó un libro infantil, y posteriormente se abrió a debate qué pensaba cada uno de lo que se había leído. Se compartieron algunas experiencias familiares y se terminó el tema.

Participante, Instituto 4

No. Yo soy abiertamente lesbiana y algunas lecturas propias de la formación, en especial las psicodinámicas, me ocuparon de cuestionar la postura que este enfoque tiene sobre la orientación sexual diferente a la heterosexual, sin embargo, me parece que no se aborda profundamente el tema.

Participante, Instituto 5

"Cuando tratan de tocar el tema, lo hacen con miedo, los profesores y profesoras tratan de generar una apariencia de poder y conocimiento, que, ante la interrogante o el cuestionamiento, se muestran firmes y te "hacen saber" que tu eres alumno/a".

Participante B, Instituto 5

El libro de Hocquenghem (pp. 15, 2009) empieza con una frase-martillazo: *"Lo que causa el problema no es el deseo homosexual, sino el miedo a la homosexualidad"*. La cultura del miedo es responsable de la visión heterosexista, por lo tanto, hay que invertir la cuestión homosexual: no se trata ya tanto de analizar las teorías psicológicas, sino más bien de examinar la homofobia institucionalizada, la que Hocquenghem llama "paranoia anti-homosexual" (Hocquenghem, 2009). En los testimonios puede notarse el temor a hablar del tema, lo poco que se habla y el ocultamiento del mismo.

Un punto de partida indispensable fue consultar el texto de Walter, Cartes, Papp y Silverstein (pp. 25, 1996), quienes analizaron las teorías de las formaciones en terapia familiar y demostraron que dichas teorías, como la de los sistemas y la cibernética, permitían y permiten proclamar contextos *neutrales*. "Lo que ocurría en la pareja lesbiana era que una de sus miembros no estaba logrando construir una identidad sexual saludable, y eso afectaba muchas áreas de su vida, incluida la vida en pareja" (Participante 3). Con ello se producía toda una forma de intervenir sin tomar conciencia de los prejuicios sexuales en los organismos que realizaban programas de capacitación en terapia familiar "*Pues no se describen y ya. O si se describen, por más que utilicen términos políticamente correctos, creo que existe un halo de discriminación y pecaminosidad alrededor de este tipo de prácticas —las homosexuales—. Recuerdo que al estar hablando de un cliente mío que tenía prácticas sexuales con otro hombre mientras estaba casado, mis compañeras*

y maestras no pararon de hablar sobre cómo iba a adquirir una ITS y transmitírsela a su esposa. Y ese no era el caso ni el maldito motivo de consulta de mi cliente. Carajo" (Participante 2).

Este tipo de hechos impactaron en la Asociación Americana de Terapia Marital y Familiar (AAMFT), que en 1991 incluyó en su código ético la no discriminación por orientación sexual. Asimismo, la Comisión de Acreditación de la Enseñanza de Terapia Marital y Familiar, desde 1994, incorporó en sus programas de formación contenidos referentes a la orientación sexual (COAMFTE, 1994): "*Poco he leído sobre homosexualidad y terapia familiar. De hecho no recuerdo ninguna información en particular, a excepción de un artículo tuyo que hablaba de la invisibilización del tema"* (Participante 1). "*Como tal no hay una descripción, sin embargo, sí percibo que al momento de hablarse de ello se ha venido haciendo sin patologizar la diversidad sexual y con una gran duda sobre cómo hablarlo y cómo trabajarlo en psicoterapia"* (Participante 2).

Con ello se esperó dirigir al seguimiento de nuevas líneas de reconocimiento e inclusión de problemáticas que enfrentan los homosexuales, como son: la discriminación, la homofobia, y la heteronormatividad (Brown, 1989; Evans, 1991, citado en Gómez, 2015). O el testimonio: "No tengo idea" (Participante 5).

Otro de los rasgos que se encontraron dentro de la homofobia institucionalizada, y que es piedra angular, es aquella identificación con el heterosexismo y la cultura de la "familia" que ve en la homosexualidad un peligro para la sociedad llamada *normal* (Hocquengem, 2009). En este sentido, las instituciones que "velan" por la comunión familiar, como la terapia familiar, no tienen interés en escribir y formar a profesionales del campo en intervenciones específicas a la experiencia de vida homosexual.

El manto moral de la homofobia institucionalizada en los campos de la salud mental cumple una doble función: la de beneficencia, que busca sanar el sufrimiento por el bien mismo de la persona, y la social, que persigue el mantenimiento del orden vigente (Angulo, 2014). En el tema referente a la actitud de los profesores y la posible homofobia en las aulas, esto fue lo que contestaron:

> *Yo no recuerdo que lo haya hecho alguna profesora, pero sí lo vi en las alumnas y vi que la profesora no hizo mucho por clarificar el tema y develar los prejuicios que estaban debajo del comentario de dicha alumna.*
>
> Participante, Instituto 1
>
> *No que yo lo recuerde, incluso se hablaba sin que fuera algo irrisorio, se tocaba con respeto y con cierta cotidianidad.*

Participante, Instituto 2

No directamente, pero para mí era despectivo que fuéramos invisibles. Como si no existiéramos. También existían muchos prejuicios sobre las parejas del mismo sexo, del tipo "quién es el hombre y quién la mujer". Era una lucha constante el traer el tema a la mesa.

Además el padre de la terapia familiar en México, que fue mi supervisor, externó que "los homosexuales se podrán casar pero nunca serán una familia"…

Participante, Instituto 3

No recuerdo alguno en particular. Aunque cuando mencioné mi bisexualidad, el trato de compañeros y profesores fue distinto, no podría mencionar qué en específico, pero fue un ambiente totalmente diferente.

Participante, Instituto 4

No, hasta el momento. Te tratan cordialmente, pero esas distinciones te hacen sentir incómoda, pues, aunque sea para algo "positivo", el que te señalen para dar "consejos" debido a tu orientación, muchas veces son más perjudiciales que benéficos.

Participante, Instituto 5

En una materia, para ser "inclusivo", siempre me preguntaba el profesor, "cómo es …x …con los homosexuales?", no se si por curiosidad o por incluir el tema, lo que se es que es una mala técnica didáctica por que al señalado lo hacen sentir incómodo.

Participante B, Instituto 5

La noción de homofobia institucionalizada es aplicable a la descripción que hacen las y los entrevistados sobre sus experiencias en sus instituciones y en el campo formativo de la terapia familiar. Donde por un lado, no se fomenta un cambio de actitud con respecto al tema (Egresado 1), o se reproduce la heteronorma al señalar a los "otros" que nunca podrán ser "familia". Este testimonio, por cierto, es emblemático, ya que proviene del "padre" de la terapia familiar en México, según el Egresado 3. Así como los dos testimonios que afirman que no han vivido actitudes negativas con respecto al tema.

Los espacios formativos se convierten en espacios en los que los sujetos, tanto alumnos como profesores, construyen convenciones morales que se convierten en convenciones *comunales* y tienden a "categorizar" lo que culturalmente se acepta dentro de su espacio lingüístico y conductual, así como lo que no se acepta dentro del mismo. En este punto se les preguntó sobre la actitud de los compañeros con respecto a la homosexualidad y la homofobia:

Muchas eran muy abiertas y estaban informadas al respecto. Otras, quizás por su educación familiar o su religión, se expresaban de manera despectiva con respecto a las parejas homosexuales. En el discurso manejaban la idea de que todos somos iguales y tenemos los mismos derechos, y que todos podemos hacer una vida de pareja y una familia independientemente de la orientación sexual, pero en los rol playing o en las preguntas que hacían a la profesora, denotaban incredulidad sobre estas cosas, por ejemplo, al de-

cir que una pareja homosexual no puede tener hijos y por lo tanto nunca llega a ser un núcleo familiar pleno. O que todos los gays son muy promiscuos y no pueden tener relaciones significativas.

Participante, Instituto 1

En mi opinión, creo que son influyentes y respetuosos, mis compañeras y compañeros saben de mi identidad sexual porque vivo 100% fuera del clóset y nunca recibí comentarios despectivos, había otros compañeros psiquiatras homosexuales, uno de ellos abandonó la maestría en el segundo cuatrimestre y el otro compañero sí la llevó a término y en ningún momento hubo expresiones con prejuicios o discriminación.

Participante, Instituto 2

Creo que existen opiniones encontradas. Algunas positivas y otras no tanto. También considero que hay mucha ignorancia en cuanto a los aspectos psicosociales de las vivencias de la población gay (y ni digamos de la población bi y trans, COMPLETAMENTE INVISIBLE-alzando la voz-*). Mis compañeras no estaban al tanto de los retos que esta población tiene que enfrentar, ni las barreras invisibles que nos ponen a nivel social, ni la dinámica sistemática de opresión estructural a la que nos someten. Mis compañeras variaban en cuanto a opiniones, pero las que tenían una impresión positiva del tipo "no tiene nada de malo ser gay" eran muy ingenuas en su comprensión de este aspecto de la diversidad sexual. Y las que no tenían una mención tan positiva del asunto, era por la influencia de su entrenamiento psicoanalítico o por su orientación religiosa. No obstante, jamás las escucharías decir algo despectivo... Más bien, te das cuenta por los metamensajes que arrojan y su comunicación no verbal cuando discutíamos el tema.*

Participante, Instituto 3

Creo que la mayoría acepta la homosexualidad mientras sea lo suficientemente ajena. Es el típico discurso: "Yo no tengo nada en contra de los gays. ¡Vaya, hasta tengo algunos amigos que son así!". Pero al hablar de derechos, vida en pareja y temas mucho más profundos, prefieren no emitir una postura.

Participante, Instituto 4

En términos generales tengo la impresión de que hay tolerancia (horrible palabra) y mucho desconocimiento sobre el tema y cómo abordarlo en la práctica clínica.

Participante, Instituto 5

Pues, nuevamente, es incómoda la discriminación positiva, y me doy cuenta que no saben nada del tema realmente, por que eso lo primero que hacen es verte como el diferente, señalar tus atributos positivos y decir que es buena la inclusión.
Participante B, Instituto 5

Canguilhem, (1978) trabajó la contextualización de la normalidad y anormalidad como una conceptualización de la salud y la enfermedad desde la construcción social y la configuración de niveles de diferentes normas (Fruggeri, 2001). Estas normas son planteadas por colectivos jerarquizados e históricamente instituidos, donde se configuran reglas que se transmiten a partir de la edu-

cación. Por supuesto, esto implica una situación preocupante, pues ante la homofobia institucionalizada, se transforma la simbolización en prácticas concretas, ahora vistas como lo "políticamente correcto". Esto se relaciona directamente con otro tipo de acción social de los/as egresados/as que se viven fuera de la heteronorma, lo cual constituye sus redes sociales, es decir, las amistades y la orientación sexual de homosexualidad. Al respecto, esto fue lo que compartieron los egresados:

> *Tengo varios conocidos homosexuales, dos amigas bisexuales, y familia política gay pero que no se asume como tal frente a su familia.*
>
> *Cambió mi manera de ver el tema en cuanto a la bisexualidad, yo sabía que eran personas que no se sentían atraídas por un solo sexo, sino que se fijaban en la persona, sin importar si eran hombres y mujeres y que de eso era de lo que se enamoraban, pero estaba un poco escéptica de que pudiera suceder en la realidad. Platicando con ellas aprendí mucho sobre cómo orientaban su deseo y con base en qué características escogían pareja, me ayudó a ampliar mi forma de pensar con respecto a la sexualidad humana.*

Participante, Instituto 1

> *Llevo muchos años fuera de clóset, tengo amigos homosexuales, amigas lesbianas, amigos y amigas trans, y cada una de ellas, de ellos, me han ayudado a identificar mis propios prejuicios e ideas preconcebidas sobre la diversidad sexual, el hecho de ser yo mismo homosexual no me libera en automático, no me vacuna del orden simbólico que si bien no la he mirado con patología, tener amigos y amigas así como consultantes sexualmente diversos ha sido de gran ayuda para cuestionarme desde dónde observo a la diversidad sexual.*

Participante, Instituto 2

> *Tengo muchas amistades homosexuales. Yo me identifico como un hombre homosexual no-exclusivo. Sí creo que el tener amistades cercanas que se identifiquen con alguna de las letras del acrónimo LGBT, es decir, que su orientación sexual sea distinta a la heterosexual, permite a las personas trabajar sus propios prejuicios y modificar sus ideas en torno a la homosexualidad. Lo he visto personalmente y he leído innumerables investigaciones que arrojan resultados que sugieren esto: el acercamiento, la intimidad emocional que se puede encontrar en una relación de amistad, nos permite modificar nuestros sesgos de manera no amenazante, por así decirlo. Es por ello que se dice que la visibilidad es parte del proceso de aceptación de las personas homosexuales: visibilizarnos para reconocer nuestras interacciones con el resto de la población y que tengan una oportunidad, casi conductista/cognitivista o por aproximaciones sucesivas, de poner a prueba sus ideas preconcebidas.*

Participante, Instituto 3

> *Claro. Ser yo misma y reconocer mi parte homosexual también fue parte de esto. Aunque costó trabajo.*

Participante, Instituto 4

> *Casi todo mi núcleo cercano se asume con orientación sexual diferente de la heterosexual, y el hecho de asumirlo como una postura política lo cambia todo.*

Participante, Instituto 5

Claro, tengo amistades, todo mi círculo cercano es homosexual, lo que cuesta trabajo es ser el único de la clase, por que la sensación de soledad es mayor, pues es difícil contraponerse a algunos gestos de discriminación cuando sólo un individuo es quien los mira.

Participante B, Instituto 5

Los/as entrevistados/as, ante la experiencia de la heteronormatividad en el campo formativo de la terapia familiar (y en otros contextos), han encontrado en amistades cercanas que se asumen con una orientación distinta a la heterosexualidad un aprendizaje distinto y complementario a su formación.

En ese sentido, los prejuicios heteronormativos en el campo formativo operan bajo la influencia de variables sociales como los estereotipos (Julian, Dorant y Bernabeu, 2013). La invención de la normalidad construye márgenes de aceptación y fronteras en las que se ubicarán las y los estigmatizados/as. Juliat, Dorant y Bernabeu (2013) describen que la forma en que el sistema "normativo" categoriza a las personas generará experiencias y trayectorias en las que estará presente el acoso, la discriminación o el rechazo, donde los efectos emocionales de la persona estigmatizada serán la vergüenza y el autodesprecio, hasta los intentos de corregir aquello que considera el fundamento objetivo de su deficiencia legitimada socialmente. Sin embargo, estos actores resisten de forma colectiva al buscar a sus "pares", amistades que les ayudan a comprender/se y a generar campos políticos de acción. Por otra parte, un elemento a trabajar en las entrevistas fue el tema de las competencias profesionales en atención a la comunidad LGBT, respecto a lo cual los entrevistados contestaron:

En el programa de terapia familiar no tuvimos esa formación. Yo lo he aprendido por mi cuenta. Lo primero es no asumir la heterosexualidad de nadie, si no sé si tiene pareja del mismo o del otro sexo, sólo me refiero a esa persona como "tu pareja", "la relación en la que estás actualmente", etcétera. O pregunto cómo se llama tu pareja. Lo otro es no juzgar, de ninguna manera. Si es homosexual, sigo la sesión igual, tal cual si se tratara de una persona heterosexual. Hago las preguntas pensando en el caso, en la persona, y no en su orientación sexual. Muchas veces el caso no tiene nada que ver con eso, son problemas de trabajo o de pareja, dificultades que enfrenta cualquier persona, sin importar el género o la orientación.

En otras ocasiones, si he tenido que tratar el tema, por ejemplo, con un chico que no podía decir a su familia su orientación sexual, todavía tengo ese caso, y él dice que no está listo. Entones leí que es un proceso muy largo y que no hay que presionar. Leí varias indicaciones terapéuticas sobre cómo apoyar este proceso, y las comentamos. Él decidió que antes de "salir del closet" debe fortalecer su autoestima, y ese es el curso que ahora sigue la terapia. Entonces estamos tratando el tema, pero desde el punto de vista de quién es él y qué desea hacer. También reforzando la parte de que tiene derecho a amar y que no es su culpa ni está defectuoso.

Participante, Instituto 1

Lo primero a que nos invita el modelo de supervisión de… es a escuchar el motivo que les trae a consulta o bien, el llamado "síntoma" individual, y ser curiosos a la hora de buscar coherencia en el sistema familiar (hipótesis uno o hipótesis estructural). Posteriormente dar una vuelta en la mirada para saber qué busca el sistema que consulta (individuo, pareja o familia) así como comprender la mirada del terapeuta (hipótesis dos o hipótesis del sistema terapéutico). Posteriormente se hace referencia a las historias significativas (o eventos con carga simbólica) asociados al origen, desarrollo y mantenimiento del motivo que traen a consulta mediante una exploración de la historia de vida y las concatenaciones intergeneracionales. Este nivel de hipótesis (hipótesis tres o "historias significativas") va acompañado de ejercicios terapéuticos posmodernos, narrativos o construccionistas poniendo en relieve la importancia de las estructuras del lenguaje y el poder de las historias sobre la vida de quien consulta. Finalmente, la hipótesis cuatro (hipótesis de sistemas culturales) nos invita a incluir los sistemas de significación social y cultural como el género y la sexualidad.

Con este contexto, la invitación es siempre a ser curiosos y desarrollar preguntas circulares, reflexivas, estratégicas o a futuro, que contribuyan tanto a la comprensión del sistema que consulta como a deconstuir ideas y relaciones asociadas al "síntoma". Esto es a grosso modo el modelo de… para la supervisión, sí considero que el ejercicio clínico está profundamente sesgado por los saberes del o la terapeuta, y que es evidenciable que si tiene información sobre género y sexualidad es diferente la ruta que toma la escena terapéutica y el tipo de reflexiones o hipótesis que desarrolla con el sistema que consulta.

Participante, Instituto 2

Con una actitud genuina y curiosa, tratando de entender las implicaciones individuales de poseer tal identidad y los retos sociales con los que las personas se encuentran. Teniendo tacto en el manejo de mis intervenciones, asumiendo menos y preguntando más. Estando abierto a que mi cliente se presenta a sí mismo(a) de diferentes maneras, todas válidas pero no por ello genéricas.

Participante, Instituto 3

Creo que trataría de cambiar algunas reglas. Me parece que más que la homosexualidad, es el sistema sexo-genérico el que causa más problemas a la hora de ayudar a la gente. Es la invisibilización del odio hacia lo femenino lo que nos hace caer en trampas epistemológicas que al final no sólo permean nuestro quehacer terapéutico, si no la vida misma.

Participante, Instituto 4

Lo cierto que por la formación de la maestría, hasta el momento, no tendría bases.

Participante, Instituto 5

He tenido formación con feministas y hay algo que me inspira continuamente y es la idea de re escribir la historia, también sé que si no hay textos es por que no se escriben y la dificultad para ser aceptados, así como ser supervisados por alguien, es algo muy complejo, pero que se debe de empezar a hacer.

Participante B, Instituto 5

Esta experiencia narrada por las y los entrevistados se conecta con la investigación realizada por Doherty y Simmons en 1996 en Estados Unidos, en la cual se reportó que cerca de la mitad de los estudiantes de terapia familiar examinados no se sienten con las habilidades y las competencias ne-

cesarias para trabajar con personas lesbianas y homosexuales (Rock, Stone y McGeorge, 2009). En esta investigación, en la encuesta a los 100 egresados en México, el 64% reportó que no conocen las intervenciones específicas recomendadas por la APA para el trabajo con personas homosexuales.

En el artículo publicado por Krestan y Bepko (1980) sobre unión lésbica se coloca como eje central la descripción que hacen los terapeutas familiares sobre la identidad de las personas homosexuales. En los artículos de terapeutas familiares, que en esta investigación resalto que en veintiséis años sólo se escribieron 2 artículos sobre el tema, la descripción de la identidad de personas homosexuales que hacen los terapeutas familiares gira en torno a la "falta de compromiso", o que se involucran en relaciones "parcas" posesivas y poco realistas (Robles, 2003). En esta investigación, a través de la encuesta a 100 egresados, se mostró que el 20% coincide con ese pensamiento, con lo que se sobre generaliza sin respeto y distinción las diferencias entre las relaciones lésbicas y gays y las heterosexuales. Estos autores encajan al género en estereotipos que resultan una continuidad patologizante en relaciones entre personas del mismo sexo (Laird y Green, 1996, citado en Gómez, 2015). Por lo que se volvió indispensable pensar sobre el tema de homosexualidad y homofobia en la práctica terapéutica, e indagar sobre la opinión de los egresados, quienes mencionaron:

> *Sí, yo creo que trabajar la homosexualidad se trata de hablar de la orientación sexual y de las cosas que las personas enfrentan en su vida cotidiana como homosexuales, ya sea con sus parejas, con sus familias, trabajos, etcétera. Hablar de los problemas del paciente, como se hace con cualquier otro, con diferentes herramientas y enfoques, para acompañarlo y apoyarlo a superar sus dificultades.*
>
> *Trabajar la homofobia es hablar sobre el prejuicio y odio expresado hacia las personas homosexuales.*
>
> *Siempre deberemos trabajar el tema de la homosexualidad, ya que es una característica del mundo, igual que la heterosexualidad y la bisexualidad. La homofobia debe acabar un día. Es un delito, un atentado contra la integridad de la persona y el resultado de la ignorancia y el prejuicio.*
>
> Participante, Instituto 1

> *En mi experiencia clínica con familias diversas, o bien, con familias con alguno de sus integrantes con sexualidad diversa (alguna identidad LGBT), hemos trabajado el de la sexualidad desde el prejuicio hasta la homofobia, mediante preguntas o hipótesis pero también mediante información y recomendación de algunas lecturas o películas que puedan ayudar a deconstruir ideas nocivas y reconsideren modos de relacionarse con la diversidad sexual de sus familiares, pero también llevándolo a otros sistemas como en escenarios escolares, laborales, sociales, políticos. Mi filosofía es que con un pequeño cambio en terapia esa familia o ese consultante puede generar un cambio, por sutil que parezca, en otros escenarios igual de urgentes.*
>
> Participante, Instituto 2

> *Si hablamos en cuanto a educación, claro que sí. La homosexualidad la veo como el aspecto teórico de esta orientación sexual no heterosexual; implicaciones, descripciones, orí-*

genes, aspectos evolutivos, explicaciones, historia, etc. La homofobia la veo como un análisis crítico de las estructuras sociales y el desarraigo de las personas homosexuales de la vida pública, así como el menoscabo de sus derechos humanos. Entre la invisibilidad y la condena a muerte.

Participante, Instituto 3

Creo que hay diferencias pero dependiendo de los casos. Es increíble como la homofobia permea los campos homosexuales, pero, nuevamente, me parece que es el mismo problema que existe cuando un mexicano critica a sus compatriotas ilegales en el extranjero. Es una cuestión de violencia estructural la que aqueja.

Participante, Instituto 4

Sí, si bien son temas relacionados a la orientación sexual, la homofobia es un problema que puede tener repercusiones psicosociales muy profundas.

Participante, Instituto 5

La homofobia es un tema que nos atraviesa, nosotros como terapeutas y homosexuales, sabemos por la experiencia de vida que el proceso no es el mismo que entre personas heterosexuales, donde se aplaude la virilidad, se aborrece lo femenino, bueno lo que ya se sabe, creo que eso (la homofobia) necesariamente repercute en la psique del chico o la chica homosexual.

Participante B, Instituto 5

Para Rock, Stone y McGeorge (2009), existe una marginación con respecto a la enseñanza de tópicos relacionados a parejas y familias homosexuales en los programas de formación en terapia familiar. También consideran que los programas de entrenamiento en terapia familiar no cambian los discursos hegemónicos sobre la sexualidad, y muestran a la diversidad sexual como un tema aislado y que permanece implícito con otros temas de pareja, lo que fomenta prejuicios sobre los estudiantes. En el caso de las y los entrevistados, las distinciones entre homosexualidad y homofobia dan cuenta de sus marcos de referencia, así como de la construcción cognitiva de las categorías, pues aluden a nociones que no necesariamente son resultado de su formación en terapia familiar, sino parte de reflexiones previas, y esto se puede notar por la secuencia del entramado que se ha realizado en la entrevista. En cuestiones sobre el heterosexismo en el campo formativo en terapia familiar, afirmaron lo siguiente:

En la mayoría de las clases se habló de que la familia es la unidad más pequeña de la sociedad, conformada por mamá, papá e hijos. En una materia la profesora nos decía que la definición de familia puede ser más amplia, que hay familias sin hijos, o que no están casadas, o que no son heterosexuales. Incluso familias de una persona que vive con sus mascotas.

Participante, Instituto 1

Si bien es cierto que la propia evolución de la terapia sistémica ha traido consigo formas amplias de la concepción de la familia y lo familiar, me parece que de pronto se sigue considerando la forma más importante de hacer familia a la usanza heterosexual y atravesada por estereotipos de género, sobre todo en la práctica clínica en la que la o el colega trabaja con el modelo estructural con una familia heterosexual siendo una familia homoparental o lesbomaternal: es decir, replicando el modelo de roles, jerarquías de poder, alianzas y coaliciones, estereotipo en las funciones de la pareja, etcétera.

Participante, Instituto 2

Depende del autor. Hay algunos que piensan que la familia comienza desde que la pareja concibe la idea de tener hijos, hay otros que hablan de una pareja heterosexual que tiene descendencia, etcétera.

Participante, Instituto 3

La definición preponderante se centra en el modelo de la familia tradicional. Es decir, hombre y mujer legalmente (y religiosamente) casados, con hijos(as). Al hablar de parejas, parece haber una clara distinción entre una y otra.

Participante, Instituto 4

En el instituto 5 se da lugar a la diversidad de las familias, en lo particular tengo la fortuna de haber llevado talleres sobre familias diversas. Aunque sólo se reduce a un sólo taller.

Participante, Instituto 5

Muchas veces la llamada "inclusión" de las familias diversas es sólo un paraguas, que aveces no permite ver, tan fácilmente quiénes se están quedando fuera "mojándose en la lluvia", ser políticamente correcto no necesariamente cambia la postura moral del o la profesora, sólo lo hace más vigilante de su comportamiento.

Participante B, Instituto 5

Estos testimonios coinciden con Jackson (2006) al explicar el proceso de análisis de la heterosexualidad institucionalizada (o heteronormatividad), y demuestran cómo se han "centrado exclusivamente en el papel (o prejuicio) de regulación de la homosexualidad" (Participante 2), al mismo tiempo que teorizan cómo "la homosexualidad gana coherencia en relación a la heterosexualidad", pero el impacto de los regímenes de la heterosexualidad normativa sobre la homosexualidad ha sido ignorado y poco estudiado. Además de eso, en los campos de la terapia familiar es producida, reproducida y trasladada la usanza de los modelos heterosexuales normativos hacia los homosexuales. Con respecto al tema sobre el matrimonio y la terapia familiar, se dio lugar a diversas opiniones por parte de los entrevistados:

Es la institución que constituye una familia, el contrato que dos personas que firman y que los ampara legalmente cuando deciden tener hijos y establecerse como una unidad aparte de sus familias de origen.

En mi opinión, y desde mi propia práctica como terapeuta, creo que el matrimonio está un poco sobrevalorado, porque hay muchas parejas que nunca se casan y no por eso su compromiso es menos serio. Creo que en la escuela nos hicieron un énfasis en que el fin último o la meta máxima de las parejas es el matrimonio, y quien no lo hace está en una especie de falta de compromiso o en un nivel menor de relación. En lo personal creo que no es así. Llegué a escuchar comentarios de las maestras de que ahora las parejas van a terapia de pareja aunque no estén casadas, como si faltara el matrimonio para darle estatus a la pareja.

Participante, Instituto 1

Hay tantas opiniones como terapeutas. Para quienes conciban en sus propios mapas de mundo al matrimonio como un paso necesario o fundamental en su vida o en la vida de las personas y como sinónimo de "compromiso" o "estabilidad", podrán hablar de las razones por las cuales el matrimonio es indispensable. Sin embargo hay otros terapeutas que hablarán de la pareja sin necesidad de matrimonio donde el compromiso y la estabilidad están en otro lugar; sí creo que las razones de opiniones encontradas sean cuestiones generacionales, lugar de residencia e incluso el género.

Participante, Instituto 2

Supongo que la unión legal o religiosa de una pareja.

Participante, Instituto 3

Un contrato explícito e implícito que formaliza y, hasta cierto punto, otorga legitimidad a las parejas ante la sociedad. Un convenio del cual se desprenden ciertas cláusulas para definir la dinámica interaccional de las parejas y sus roles.

Participante, Instituto 4

Creo que se tiene una concepción de Hombre-Mujer-Hijos, claramente un matrimonio heterosexual.

Participante, Instituto 5

La opinión de los entrevistados respecto al matrimonio, configurado por "compromiso", "estabilidad", "unión legal", "contrato" configurado por lo legal o lo religioso, coincide con Muñoz (2012) cuando nos describe que el heterosexismo es una construcción social en la que los intereses de las clases dominantes pueden transmitir sus bienes materiales, y los valores morales propios se sitúan por encima de la necesidad, el interés y el deseo de todo ser humano por alcanzar los niveles altos de satisfacción y placer, tanto físicos como emocionales. Y que el matrimonio es, para la sociedad, el resultado final del orden de género y de deseo heterosexual que denota la función de la sexualidad. Con ello, la terapia familiar se posiciona como proyecto normativo que pretende ajustar

y “normalizar” a los matrimonios. En cuanto a los roles de género en parejas del mismo sexo, esto fue lo que opinaron:

> *La verdad no lo sé. He sabido de parejas en las que uno hace como la parte femenina y otra la masculina, y he sabido de otras parejas en las que ambos hacen todo parejo, pero no tengo idea de a qué se deba. Yo supongo que hay parejas más tradicionales y esas son las que se parecen más a las parejas heterosexuales tradicionales, y otras parejas menos tradicionales que ejercen los roles de manera diferente. Al igual que con las parejas hetero, la organización de una pareja homosexual depende de varios factores, no creo que sean todas iguales.*
>
> Participante, Instituto 1
>
> *La experiencia clínica me ha mostrado algo bien interesante, que por un lado se reproduce el modelo heterosexual de roles y tareas pero, por el otro lado, veo parejas y familias en las que los roles se negocian en función de las actividades de cada uno, de cada una y sí creo que ese nivel de flexibilidad les pone en un lugar de menor rigidez y de una mayor cooperación al proyecto de pareja y/o familia.*
>
> Participante, Instituto 2
>
> *De acuerdo a la investigación, mucho más equitativa y flexible. Parece ser que las parejas del mismo sexo tienen menores conflictos en la repartición de tareas y transitan de un rol a otro con mayor facilidad, integrando la negociación de qué es más viable y pragmático.*
>
> Participante, Instituto 3
>
> *No estoy segura de que exista un proceso o de que necesariamente todas las parejas del mismo sexo (o no) tengan que definirlos.*
>
> Participante, Instituto 4
>
> *Las parejas del mismo sexo, sin generalizar, estamos en la tarea de construir nuevas formas de relacionarnos.*
>
> Participante, Instituto 5
>
> Pareciera que no, pero la verdad es que se sigue pensando en el binario, piensan que dos parejas del mismo sexo son iguales que las y los heterosexuales, donde uno es la mujer …
>
> Participante B Instituto 5

Esto nos recuerda que los sistemas de género son mecanismos de organización discursiva, cultural, institucional, política, económica y educativa; que se activan en los imaginarios sociales y sus efectos de poder interactúan entre sí en la prescripción de las pautas normativas que pretenden determinar las prácticas sexuales de los cuerpos generalizados, así es como opera dentro del imaginario subjetivo de los sujetos (Serret, 2004). Estas conceptualizaciones funcionan de forma operativa y

toman en cuenta los planteamientos estructurados por Scott (1996), Conell (1998) y Butler (2001). El sistema sexo-género que predomina en Occidente puede caracterizarse como patriarcal, dicotómico y heterosexista; en él se contraponen de modo jerárquico y binario las subjetividades masculinas y femeninas, y se excluyen y subordinan otras subjetividades posibles —lesbica, gay, bisexual, transgénero, intersexual, entre otras—. Con respecto a los roles de género en parejas del mismo sexo, esto fue lo que contestaron:

> *Yo diría que no. A lo mejor en parejas tradicionales, o en las que a los miembros les gusta hacerlo así o se han repartido así las tareas. Pero supongo que en otras parejas puede ser diferente.*
>
> Participante, Instituto 1
>
> *No siempre, aunque hay variables que les llevan a ello, sobre todo las ideas que tengan respecto a la pareja, familia, crianza y las ideas relacionadas con la propia sexualidad; finalmente hemos sido socializados en un mundo dividido por taxonomías y nadie está del todo fuera del orden simbólico, pero creo que la terapia puede ayudar a cuestionarse esos mapas que consideramos lo cotidiano, lo inherente y lo incuestionable.*
>
> Participante, Instituto 2
>
> *No, no creo que siempre. Creo que los roles son flexibles y cambiantes.*
>
> Participante, Instituto 4
>
> *Espero que no sea así y que cambie este escenario. Sin embargo, veo muchas parejas homo, lésbicas y trans que perpetúan en sus relaciones estos roles.*
>
> Participante, Instituto 5
>
> Venimos de la misma cultura, se aprende lo bueno y lo malo, es terrible que no se conozcan nuevas formas, más libres de ser… Participante B Instituto 5

Los entrevistados apuntan de forma interesante lo que Wittig (2006) analiza sobre la categoría de sexo como una *categoría política* que muestra el esencialismo marcado en el heterosexismo. En este sentido, ejemplifica Wittig (2006) a la categoría de género como imprecisa. Ella recordará mediante *El segundo sexo* de Simone de Beauvoir: "*no se nace mujer*", como expresión de lucha contra el *esencialismo* de un contrato social marcado en el binomio hombre/mujer. Este elemento contra esencialista se ve presente cuando los sujetos clave afirman que hay otras formas de vivirse como pareja, "fuera de lo tradicional", así como considerar los roles "flexibles y cambiantes". Este punto se contrasta cuando una de las informantes declara la reproducción de esos roles identitarios dentro de las parejas homo, lésbicas y trans. Butler (1990) afirmaría que la producción de la matriz heterosexual conlleva a la producción de subjetividades, entre ellas, a la creencia de identidades binarias estáticas e inamovibles por excelencia. Aunque las parejas del mismo sexo sean más

flexibles, la reproducción del binomio se encontrará presente. Con respecto a la actividad sexual entre heterosexuales y homosexuales, se mencionó:

> *Es una idea ampliamente difundida pero yo creo que no. El número de parejas sexuales depende de otras cosas, no de la orientación sexual. Algunos heterosexuales tienen un gran número de parejas sexuales, y algunos homosexuales tienen un número reducido de parejas sexuales.* Participante, Instituto 1
>
> *Creo que puede ser un prejuicio considerarles así, si bien las personas o parejas homosexuales o lesbianas somos (y no todos, todas) un poco más relajados en el ejercicio de la sexualidad y la inclusión de parejas sexuales en físico, en fantasía o en diálogo y que hay más probabilidad de hablar de diversos temas en comparación con la pareja heterosexual, quienes en su mayoría no suelen incluirlo como tema de su relación de pareja.*
> *Por otro lado, tanto en relaciones interpersonales como en consulta, he observado que el ejercicio de la sexualidad alterna a la pareja, en el caso de heterosexuales, es más velado y callado pero presente en temas como la llamada infidelidad. Y finalmente, el uso del significante "promiscuos" me hace referencia a un lenguaje patologizante, suelo intercambiarlo por el de "vida sexual activa" o algún otro menos persecutorio (Esto es quizá una necedad terminológica personal).* Participante, Instituto 2
>
> *No lo creo.* Nuevamente hace referencia a un juicio moral construido desde la heterosexualidad. Participante, Instituto 3
>
> *Para nada. Creo que la promiscuidad, definida como un número de parejas que puede rayar en peligro para la salud física de la persona, es igual para cualquier orientación sexual.* Participante, Instituto 4
>
> *De ningún modo. Es un punto muy ignorante.* Participante, Instituto 5
>
> *Cuando estás cerca de las lecturas críticas de la cultura heterosexual, te das cuenta de la forma en que tu cuerpo y tu expresión ha sido censurado y además de los temores acerca de las reacciones del cuerpo.* Participante B, Instituto 5

Los entrevistados sugirieron, en cierto sentido, al contrato de la heteronormatividad, que mediante diversas instituciones, entre ellas la "familia americana", presentan a la heterosexualidad en conjunto y al orden de género binario como necesarios para el funcionamiento de la sociedad (Foucault, 1990), y como el único modelo válido de relación sexoafectiva y de parentesco. El régimen se retroalimenta con mecanismos sociales como la marginalización, la invisibilización o la persecución de aquellas normas "flexibles" en cuanto al contrato sexual no reproductivo. En cuanto al campo formativo y las creencias entorno a la infidelidad en parejas del mismo sexo, esto fue lo que opinaron:

> *Igual que con las parejas heterosexuales, la infidelidad no se da porque sean gays o lesbianas, se da por otros motivos. Primero haría una historia breve de la relación, luego lo que puedan contar sobre la infidelidad y cómo se dio. Luego saber en qué etapa están, si quieren seguir o no, si necesitan tiempo, qué han hecho al respecto, si han tomado nuevos acuerdos.*

Luego hay que hacer un gran trabajo para el perdón, trabajar los rencores, la ira, la desconfianza, todos los temores de ambas partes. Hacer consciente que la infidelidad probablemente no es el problema de la pareja, sino que fue síntoma de algo que ya andaba mal. Descubrir qué es eso que falló y que la pareja trabaje en su resolución.
Finalmente hacer un ritual de renovación de votos o de fe en la relación y nuevos acuerdos. Participante, Instituto 1

Adentrándome en las nociones de lo amoroso, de la pareja, de la sexualidad y de la exclusividad sexual, en saber si era un aspecto dialogado o negociado de forma previa y en saber si esto puede implicar (aunque existen más) al menos dos opciones: cambiar la forma de hacer pareja, o bien, cambiar de pareja.
No considero que la vida sexual alterna y paralela a la pareja conlleve la fractura de la pareja, pero sí puede rasgar los acuerdos que sostengan la convivencia en pareja.
Participante, Instituto 2

Evitando prejuicios, explorando su definición de fidelidad y sus negociaciones personales en el ámbito sexual. Posteriormente, elegiría intervenciones específicas para cada caso que tenga frente a mí... Participante, Instituto 3

Como se aborda con cualquier otra pareja, de manera franca y abierta. Participante, Instituto 4

Yo lo abordaría sobre los acuerdos establecidos por la pareja y nuevos "contratos" a establecer. Participante, Instituto 5

Creo que si lo pienso desde lo que recibí en la maestría, es pensarlo en marca heterosexual, en un libro de Estados Unidos que tuve que consultar por mi cuenta, establecen diversos puntos, primero la distinción entre las parejas de hombres y mujeres, que son sumamente diferente, dos conocer sus adscripciones a los roles tradicionales, las dificultades de salir del closet, si ya lo han hecho y sino, la forma en que protegen su sexualidad entre otras cosas a considerar. Participante B, Instituto 5

En este punto, el cruce entre el campo formativo y las creencias entorno a la infidelidad en las parejas del mismo sexo, según los entrevistados, es *"Como se aborda con cualquier pareja"*, "*Igual que con las parejas heterosexuales"(Participante 3)*. En estas opiniones predomina un modelo imaginario de familia, consagrada en los pactos de "*fidelidad"*, independientemente de su orientación sexual, y que los modelos del ciclo vital van mutando de un modelo de pensamiento heterosexual al homosexual (Amorós, 1991). De ahí la imposibilidad de ver las diferencias estructurales y culturales en las que estos grupos se ven más expuestos a sufrir otro tipo de problemáticas. Ejemplo de ello es la hipersexualidad masculina "gay", la invisibilidad de la sexualidad lésbica, los espacios de tolerancia y la "invitación" continua al uso de drogas recreativas, los que serán elementos constituyentes dentro de la cultura gay y que no pueden observar los y las entrevistados, debido al régimen heterosexual al que se ven expuestos en sus programas formativos (Martell, 2013). Por otra parte, al cuestionarlos sobre la homofobia y el campo formativo en terapia familiar, respondieron:

En realidad yo no recibí en la escuela una formación específica para trabajar con parejas del mismo sexo, esa información la solicité extra y la he ido buscando conforme la he ido necesitando. Participante, Instituto 1

Creo que la base es la inclusión, más allá del discurso de la "tolerancia", que de pronto se antoja a un discurso políticamente correcto, nos han educado un poco más a la comprensión. Participante, Instituto 2

No recuerdo haber recibido alguna formación especial, aunque sí algunos comentarios heteronormados: "estas mujeres son muy competitivas con sus maridos, no uses falda", etcétera. Participante, Instituto 3

No ha habido indicación alguna o recomendaciones al respecto. Es como si esperaran que trabajáramos de la misma manera con parejas del mismo sexo y parejas heterosexuales. Aunque la aproximación a la labor terapéutica sea parecida, creo que ignoraron completamente las particularidades de las parejas del mismo sexo. Participante, Instituto 4

No tenemos esa formación, Es triste saber que no amplían las y los profesores su mirada. Participante, Instituto 5

La formación, ahora que lo medito, estaba cargada de comentarios, que sin fuente, me hacían pensar que estiraban la teoría con tal de que cupieran las parejas de la diversidad sexual. Participante B, Instituto 5

Estos testimonios coinciden con lo que Rock, Stone y McGeorge (2009) afirmaban sobre el currículo oculto que margina la enseñanza de tópicos relacionados a parejas y familias homosexuales en los programas de formación en terapia familiar. También consideran que los programas de entrenamiento en terapia familiar no cambian los discursos hegemónicos sobre la sexualidad, en cambio, muestran a la diversidad sexual como un tema aislado y que permanece implícito con otros temas de pareja, fomentando prejuicios sobre los estudiantes. Esto se conecta con lo que Gómez (2015) demostró en una revisión de los escritos de la terapia familiar, en los que la homofobia está presente cuando las y los terapeutas silencian los contenidos y reproducen los que la moralidad sexual.

A continuación, fue indispensable explorar los elementos que componen la experiencia personal y la práctica clínica con personas del mismo sexo, debido a que el programa formativo no cuenta con las herramientas necesarias. La interrogante giraba en torno al aprendizaje con base en la experiencia personal generada en el campo:

Ha sido una experiencia muy gratificante para mí. He aprendido sobre nuevos temas que no aprendí en la escuela, y me han hecho también más sensible y mucho más abierta. Ha significado darme cuenta que aunque el mundo está diseñado para los heterosexuales, los que tienen poder, los hombres, etcétera, hay una serie de expresiones diferentes que necesitan ser reconocidas y respetadas, y me han enseñado mucho. En términos de terapia he tenido que aprender a lidiar con mis propias incapacidades y me ha gustado mucho. En

términos personales, me han hecho más honesta, más dispuesta a la tolerancia y al respeto. Aprendí a preguntar y no a dar cosas por sentado. Participante, Instituto 1

Como lo venía diciendo, no por ser homosexual estoy vacunado de la mirada patriarcal ni heteronormativa, no se está libre del todo del orden simbólico (ni dentro ni fuera de dicho orden al 100%), el trabajo con parejas lesbianas, homosexuales, personas trans y familias diversas me ha dado la posibilidad de cuestionar mis propios prejuicios y mi forma de mirar la sexualidad, mi sexualidad, los motivos de hacer pareja, mis motivos de hacer pareja, los contratos en roles y tareas, mis contratos en roles y tareas, la forma de hacerse presentes en el mundo y mi forma de hacerme presente en el mundo, sus batallas y mis batallas. Ha sido una experiencia totalmente enriquecedora, trascendental. Participante, Instituto 2

Me es sumamente gratificante trabajar con parejas del mismo sexo. No sólo es uno de mis intereses clínicos primordiales, sino también me permite construir y comprender nuevas formas de funcionamiento en pareja, definiciones de amor y afecto, contratos interpersonales, etcétera. Participante, Instituto 3

Me gusta mucho trabajar con mujeres. Creo en la sororidad (aunque no en que todas tengamos que caernos bien siempre), en el trabajo en equipo y en reescribir historias. Trabajar con personas del mismo sexo es una gran oportunidad para ir deconstruyendo poco a poco la imagen que las mujeres hemos hecho de nosotras mismas. Participante, Instituto 4

¿Te refieres a que sean mujeres? O ¿qué sean personas de la comunidad de la diversidad sexual? Para mi trabajar con personas de la comunidad, representa un gran compromiso y me agrada mucho. Participante, Instituto 5

Cuando te asumes como una persona homosexual entras, muchas veces en el campo de lo no escrito y lo no dicho, cada experiencia es particular, vives lo que dice aquella frase, "lo personal es político", te conviertes en un vigilante y en un protector de los "tuyos", por que lo entiendes, sabes lo que pasaron, creo que eres más empatico por eso que te identifica, y no lo eres por que te lo tengan que enseñar o por la profesión. Participante B, Instituto 5

La investigación realizada por Doherty y Simmons en 1996 es central para comprender estas experiencias, pues cuando los autores analizaron las experiencias de 526 terapeutas de 15 países, se dieron cuenta que fue necesario para las y los terapeutas haber tenido experiencias con parejas del mismo sexo fuera de su campo formativo para poder construir un conocimiento personal fuera de la heteronorma. Con respecto a la postura de sus profesores sobre la homosexualidad, los egresados opinaron:

Sobre la homosexualidad nunca se habló suficiente en clase. El tema se trataba según iban saliendo las dudas de las alumnas, pero no está incluido en las materias como tal. Algunas profesoras lo tomaban muy bien, nos daban su opinión o qué hacer si se presentaban ciertos problemas en el consultorio. Otras no sabían que decir. Participante, Instituto 1

No considero que lo asocien de forma directa, sí creo que hay una asociación en términos de salud mental, es decir, por motivos de sintomatología psiquiátrica en varones heterosexuales. Participante, Instituto 2

No se ha hablado al respecto, pareciera como que o no saben o no quieren tocar el tema. Participante, Instituto 3

Nunca he estado conforme, ya que, la mayoría de las frases que he escuchado son: "no digo que nunca, pero en mi experiencia, una persona que es abusada de pequeña por alguien de su mismo sexo, repite el abuso cuando crece", o "la mayoría de los homosexuales tuvieron encuentros sexuales con algún familiar mayor de su mismo sexo". Más que repugnarme, siento mucha lástima de las familias que caen en manos de este pensamiento erróneo y retrógrado. Participante, Instituto 4

Aparentemente es de apertura y conocimiento. Participante, Instituto 5

Me queda claro que es homofobia interna cuando te instruyen que, al hacer una entrevista debes de preguntar si la paciente tiene novio, eso es inferir sobre su orientación, dando por sentado de que es heterosexual y como asumen que es más probable que venga la mayoría de la población a terapia, eso también habla de una invisibilidad. Participante B, Instituto 5

Para dar un contexto más amplio a este suceso, será indispensable que cite una investigación que pude realizar al respecto de la homofobia y la terapia familiar (Gómez, 2015). En ella exploré los elementos históricos que conectan a la terapia familiar con el heterosexismo y la homofobia, y mostró el devenir heterosexista en la escritura de los autores de la terapia familiar conectado a las políticas públicas vigentes en ese periodo histórico:

> Los textos publicados del 2000 al 2011 traen consigo un recorrido histórico del modelo sistémico, desde sus orígenes con el enfoque estratégico-sistémico utilizado en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto en los años 1970-1975; después, al enfoque sistémico de Milán, como llegó a desarrollarse en 1975-1985. De 1985 a 1990 la modificación sustancial fue la inclusión del constructivismo, y de 1990 hasta el 2000 influyó el construccionismo social; ideas plasmadas en el contexto europeo de Italia, que, para los programas de terapia familiar en México, será incluido y capitalizado sin crítica alguna de la diferencia de contextos en los cuales se desarrolla. Sin embargo, fue indispensable tener una mirada crítica, por lo que recurrir a Rubín (1989) fue indispensable, pues describe cómo en Europa y Estados Unidos, desde 1950 hasta 1980, implementaron campañas educativas y políticas para alentar la castidad y la vida familiar, con los objetivos de eliminar la prostitución y reprimir la masturbación, así como la homosexualidad, en especial entre los jóvenes. Estas cruzadas se implementaron por medio de los departamentos de sanidad mental, iniciados por las Clínicas de Seguimiento infantil que consolidaron los modelos de intervención en terapia familiar, así como aparatos de coerción social contra la sexualidad. Por lo que el origen de la terapia familiar evitó a toda costa publicar o trabajar con la homosexualidad (Gómez, 2015, p. 1606).

Por lo tanto, el reto al que se enfrentan los profesores de terapia familiar implica no sólo la actualización de los contenidos, sino un cambio de postura ante el tema de la homosexualidad, pues como lo demostró Montero, el origen de los prejuicios no está en un espacio temporal del "aquí y el ahora", sino que llevan un recorrido histórico importante que se reproduce política e institucionalmente. Por ello, el testimonio de los/as egresados/as da pie al análisis del carácter identitario de los profesores de terapia familiar, así como a la reproducción del discurso. Con respecto al trabajo formativo con el tema de la homosexualidad en la terapia familiar, se mencionó lo siguiente:

> *No, creo no. No sé si debe haber una materia como tal, más bien se tratará de incluir la perspectiva en todos los temas. Y, además, tratar temas específicos como los que enfrentan al darse cuenta y asumir su orientación, la autoestima que se daña con el rechazo social, la familia, como hablar con ellos, la salida del closet, etcétera*. Participante, Instituto 1

> *Es una pregunta poderosa, porque ni en lecturas, ni en los seminarios ni en supervisión me ha tocado que se trabaje, y esto me genera curiosidad y hasta compromiso, un tema tan callado de cuerpos tan acallados se ha mantenido en un silencio institucional y sin palabra de las y los terapeutas*. Participante, Instituto 2

> *No. Parece como si lo tuviese o si fuese algo obvio*. Participante, Instituto 3

> *No*. Participante, Instituto 4

> *No. vimos nada con respecto al tema*. Participante, Instituto 5

> *La APA ya tiene una sección que trabaja los temas de la diversidad sexual, en inglaterra tienen una revista de investigación sobre temas LGBT en psicología y acá las profesoras se defienden diciendo que "son humanos y caben en todos lados", eso es falcedad*. Participante B, Instituto 5

Los entrevistados mostraron en sus respuestas que durante su formación nunca hubo una propuesta de trabajo con las personas homosexuales o bisexuales. Incluso, los testimonios dejan reflexionar sobre el mismo interés de las instituciones en incluir los temas. De este modo, el pensamiento heterosexual y homofóbico bosqueja los contornos de un contrato social que se dibuja en todas las instituciones del Estado, y crea dispositivos disciplinarios y de control del cuerpo y de la sexualidad. El pensamiento dominante, en tanto que es el mismo que establece el contrato social entre mujeres y hombres en relación con las instituciones, se niega a analizarse a sí mismo para comprender aquello que lo pone en cuestión (Wittig, 2006). Respecto a la pregunta: ¿Tú consideras que la homosexualidad es un tema relevante para tu práctica terapéutica?, las respuestas fueron:

> *Si, bastante, por que hay muchas personas buscando apoyo psicológico*. Participante, Instituto 1

Desde luego que sí, personalmente he tenido poca experiencia con la población LGBT me perece que quienes hacemos terapia estamos obligados a leer, supervisar y publicar experiencias clínicas al respecto. Participante, Instituto 2

Creo que es un tema muy específico... Más bien sería trabajar la homofobia en general, con todos sus matices. Participante, Instituto 3

Por supuesto que se debe de ver ese tema, debido a que se cree que la homosexualidad esté implicada de manera directa o indirecta con la pederastia y la perversión de menores. Creo que es importante para la formación aclarar este punto, y, desde allí, partir el aprendizaje. Participante, Instituto 4

Sí, estoy convencida de que se tiene que ver el tema, pero también para otros terapeutas que desconocen profundamente los temas relacionados con la orientación sexual, no solamente para quienes lo vivimos a diario. Participante, Instituto 5

Estoy de acuerdo en que se toque el tema y no sólo como herramienta didáctica, sino que se vea explícita en el plan curricular, pus, si es herramienta didáctica, depende mucho de la profesora, si maneja el tema o si lo conoce, pues ella lo va a añadir pero si no, pues, simplemente no se verá. Participante B, Instituto 5

El rol que juegan las y los estudiantes en los campos formativos es fundamental, pues serán ellos quienes movilicen las estructuras curriculares en los escenarios académicos. En este caso, uno de los entrevistados recientemente logró instalar un seminario de 20 horas en el programa formativo de su institución de procedencia. Eso da muchos elementos de análisis, entre ellos, la capacidad de diálogo y de movilización política del estudiante, que deja de ser pasivo y receptor del conocimiento para llegar a ser docente y productor del conocimiento. En lo que respecta a la pregunta: ¿Ha habido algún cambio de actitud de las y los profesores con respecto al tema de las personas homosexuales?, las respuestas fueron:

Yo creo que sí. Como mencioné, algunas de las maestras si se vieron bastante sensibles e informadas al respecto. Yo supongo que en otras épocas no era así, ni siquiera se hablaba del tema. Gracias a la lucha de los homosexuales por sus derechos, en general, la sociedad se está abriendo, a veces muy lentamente, a la discusión de estos temas en las casas, las calles, las instituciones y, por supuesto, las escuelas. Falta mucho trabajo por hacer, pero aunque los cambios sean lentos, están pasando y espero que siga así. Participante, Instituto 1

Considero que han habido avances significativos, por supuesto no el deseable al cien, pero creo que habido un proceso de despertar y limpiar los ojos de la bruma heteronormativa y patriarcal que ha delineado los ojos de quienes ejercen el oficio de la psicoterapia. Participante, Instituto 2

No estoy seguro pues he perdido el contacto con ellos(as). En la presentación final del programa mostré un trabajo sobre las particularidades de la labor terapéutica con parejas LGBT. Mis compañeras estaban muy entusiasmadas, pero mis profesores(as) no se vieron "conmovidas" ni mucho menos interesados(as), aún y cuando les mencione que

este tema se ignoró por completo en el programa de la especialidad. Participante, Instituto 3

No, me parece que sigue habiendo un doble discurso "No me molesta, no me importa o no me interesa, mientras no se acerque demasiado". Participante, Instituto 4

Creo que en general en la psicología hay más apertura sobre el tema. Pero no podría contestar certeramente la pregunta. Participante, Instituto 5

Si hay un cambio, de un odio visible, a lo represivo y a lo políticamente correcto, que en sí ya es un cambio, por que antes era correcto ser abierto con la homofobia, ahora se sabe que es algo sancionable, aunque no es perfecto es un gran cambio, sólo falta que generen un interés genuino al tema y cambien, eso creo que ya depende de nuestra generación y no de ellos directamente el problema es que no sueltan el poder y no permiten la actualización de los temas.. quizás hasta que se mueran… Participante B, Instituto 5

Cuando las/los participantes tratan de identificar si se han incorporado cambios dentro del espacio formativo, las experiencias que se muestran son polarizadas. En algunos institutos, el discurso "Inclusivo" ha tenido visibilidad en cierta proporción, pero con fundamentos heteronormados de normalidad. Otros han observado el poco interés de sus profesores y profesoras. Esto puede ser porque la terapia familiar funge como parte de esa fábrica social de mujeres y hombres heterosexuales que impone (de manera sutil, corrige su "funcionamiento") a las mujeres regresar a la obligación absoluta de reproducir "la especie", es decir, seguir reproduciendo a la sociedad heterosexual; y a los hombres, la necesidad de proveer a la familia y corregir los comportamientos de las mujeres y otros hombres de la familia.

Conclusiones

En este momento será indispensable recordar los compromisos éticos y profesionales de las y los terapeutas familiares en la transmisión de conocimientos, así como las competencias necesarias para que otros se formen como terapeutas familiares o para que continúen en el camino de seguir profundizando el conocimiento en esa área. Esto nos conduce a un quehacer complejo que engloba diversas actividades por parte del profesional, quien opta por formarse como terapeuta familiar en cuatro grandes áreas: la asistencial, la docente, la investigación y la gestión. Estas áreas están conectadas y son fines de estudio en sí mismas, pues con ello los/as terapeutas pueden desenvolverse y abarcar cada uno de los campos mencionados. Sin embargo, lo simbólico, imaginario y subjetivo de cada terapeuta estará presente y configurará una transmisión de sus prejuicios hacia el tema de la heterosexualidad y la homofobia.

En este estudio se pretendió describir la manera en que el currículo oculto en las formaciones en terapia familiar en México produce prejuicios heterosexistas y homofóbicos en los egresados de dichas formaciones. Buscando cumplir con los siguientes objetivos: Describir la manera en que los currículos formales omiten los temas de género, sexualidad, y homosexualidad. Buscando describir la manera en que la producción tecnológica (*tecnología del yo) y la académica omiten contenidos de homosexualidad. De igual forma, describir la manera en que los procesos, tanto de enseñanza como de aprendizaje, que no son objeto de una intencionalidad explicita ni de una planeación puntualizada en la gestión, producen y/o propician prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapia familiar. Metodológicamente, se consideró una investigación mixta, a partir del segundo objeto de estudio de la Medicina Social, cuyo diseño de investigación elegido dentro de los estudios de corte corte mixto fue el explicativo secuencial, que incluye los siguientes diseños de estudio: Observacional, Transversal, Descriptivo y hermenéutico interpretativo (Echeverría, 1997: 245; Bartra, 2012; Lagarde, 1996; 2013). Desde luego, la construcción de una investigación mixta tiene un objetivo feminista que trata de salir del androcentrismo abstracto, el cual construye objetos sin sociedad, sin historia y, obviamente, sin género, ni sexo y orientación sexual. Por lo que una de las estructuras imprescindibles para este estudio fue la de los pilares histórico-sociales, políticos y económicos que construyen discursos e ideologías, discursos que se encuentran plasmados en proyectos normativos y formativos en salud. De ahí que se reconozca a la terapia familiar como un proyecto normativo que naturaliza al grupo familiar como heterosexual, y también posiciona de forma funcionalista a la heterosexualidad y a la sexualidad reproductiva como ejes centrales de la política de cuidados del Estado.

En esta investigación, por medio de encuestas y entrevistas, dio a conocer elementos interpretativos del funcionamiento de las ideologías dominantes y heterosexistas del estudiantado, esto sin ser parte de un accionar consiente sino condicionado por la disciplina formativa en la que se encuentran.

Este panorama de producción y reproducción ideológico en el campo de la terapia familiar, originó las claves para entender que las disciplinas “psi" tienen un componente normalizador relacionado al orden “natural" de mujeres y hombres en el grupo familiar. Es así que los discursos pasan de los púlpitos a los podios académicos, y la familia se convierte en la unidad de análisis de la terapia y la reproducción mediante la definición ontológica de naturalidad. En este sentido se construyen los currículos formalizados por instituciones estatales que permiten generar competencias profesionales para prestadores de servicio de salud mental. Por ello, al cruzar la ideología de la estructura social en una diacronía del ciclo "vital" de la familia, el cual contempla estadios claros en los que la reproducción es el factor que define qué es y qué no es familia. Conecta con las investigaciones publicadas en revistas especializadas en terapia familiar en México, que mostraron un panorama desalentador. Primero, la poca producción: en veinte años de producción en México se publicó el 0.2% de lo que se produjo en Estados Unidos. Por otro lado, respecto a esta producción de 484 artículos en dos revistas mexicanas y especializadas en el tema de la terapia familiar, sólo 3 hablan del tema de homosexualidad masculina y femenina. Dicho dilema me llevó a consultar la situación con una editora de los contenidos sobre homosexualidad, quien al hablar del tema se refirió al respecto como un “problema de interés en el tema”, situación que nos recuerda, nuevamente, lo simbólico, lo imaginario y lo subjetivo como los componentes del discurso normalizado.

Este es un punto de partida que nos lleva a reconocer que los discursos se formalizan y quedan plasmados en la enseñanza, misma que reproduce competencias que performan al discurso oficial, un ciclo de retroalimentación negativa que se estabiliza en la relación docente-estudiante. De ahí que en este proyecto la revisión de currículos formales de terapia familiar haya sido indispensable para reconocer el común denominador del conservadurismo a través de describir la presencia o ausencia de la categoría de género y la diversidad sexual en los planes educativos.

El estudio no acabó ahí, pues otro punto de mayor inquietud fue si el discurso histórico se ve validado por las instituciones educativas, y si la producción de conocimiento excluye el tema de la homosexualidad. Era claro suponer que ahí están las claves de la reproducción de un currículo oculto que es sensible a las ideologías, entre ellas, a la ideología religiosa de la familia, el matrimonio, la reproducción y la castidad, claves que van de la mano para pensar en el heterosexismo y la homofobia internalizada. Ahora bien, el impacto de esto puede verse en los actores involucrados y en contacto continuo con el discurso heteronormativo, ellos son los y las estudiantes de la terapia familiar. Sin embargo, era necesario pensar en sujetos clave, sujetos politizados, sujetos que se supieran

fuera de la norma, por lo que encontrar estudiantes que no se asumieran heterosexuales enriqueció a esta investigación, debido a que fungían con dobles papeles, como juez y como parte. En sus testimonios, varios de ellos reconocieron la sutil discriminación, la vivencia del heterosexismo y la homofobia en su devenir como terapeutas familiares.

Varios de ellos, en el papel de jueces, pudieron reconocer la injusticia que implica no ser nombrados en los textos o en las intervenciones, lo que les genera la incertidumbre de poder ser atendidos en algún momento de sus vidas. A partir de esta situación, generaron posturas críticas hacia la terapia y cuestionaron a sus profesores, quienes decidieron censurarlos de múltiples formas.

En cuanto a ser parte del grupo identitario llamado "terapeutas familiares", las y los estudiantes asumían posturas de normalidad, es decir, de "neutralidad" ante las identidades de género, con tal de generalizar su proceder. Posturas referidas por las personas participantes, ilustran el tema anterior: "son seres humanos", "como cualquier otra pareja", invisibilizan la estructura de discriminación, homofobia y heterosexismo que subyace. El peligroso discurso de normalizar a *los otros* oculta los pilares sociales, económicos e históricos que diferencian a los grupos marginados y que no los reconocen en sus problemas particulares, los cuales están conectados a esa estructura que los construyó en lo simbólico, lo imaginario y lo subjetivo.

Considerando todo este panorama, se pueden conjuntar los procedimientos ontológicos, epistémicos y metodológicos que den una resolutiva a la pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto del curriculo oculto en la construcción de prejuicios heterosexistas y homofóbicos en las formaciones de terapia familiar en México? El impacto, a partir de la evidencia recabada a través del estudio mixto, responde estructural y socialmente, y ejerce una influencia en el espacio simbólico, imaginario y subjetivo de las y los estudiantes que toman dichas formaciones.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La invitamos cordialmente a participar, de forma voluntaria, en la investigación Efecto del curriculo oculto en la construcción de prejuicios heterosexistas y homofóbicos en la formación de terapeutas familiares en México.

El objetivo de este estudio es conocer, describir y analizar el caso de 10 estudiantes de terapia familiar. A partir de las trayectorias personales y la historia de una comunidad de práctica específica, como es estar en una formación de terapia familiar, y narrar cómo se han creado esos prejuicios heterosexuales y homofóbicos. Para así, analizar e interpretar conjuntamente los significados de ciertas prácticas cotidianas de la formación en terapia familiar y cómo participan los contenidos curriculares y las dinámicas en la reproducción de los prejuicios heterosexistas y homofóbicos. Conocer las emociones y las afectaciones, así como ubicar recursos para dar un sentido diferente a los prejuicios de los profesionales de la salud, mejorar y cambiar los aspectos personales que favorezcan la percepción que tienen de ellos mismos y de sus prácticas profesionales.

La persona que realizará las entrevistas es un psicólogo con formación en terapia familiar, quien podrá cooperar o contener las emociones en el momento que sea requerido.

El riesgo que se corre al participar es: experimentar dolor emocional o inconformidad al responder a las preguntas de las entrevistas, en caso de no ser posible y sentir incomodidad, tiene la libertad de dejar de participar en el estudio en el momento que así lo desee.

Se busca que usted se beneficie directamente por el hecho de participar en este estudio, y además su participación contribuirá de manera significativa con la información necesaria para poder proponer contenidos a los planes de formación en terapia familiar. En el futuro, otras personas se podrán beneficiar de esta investigación, ya que la modificación de estudios implica la búsqueda de necesidades en salud, y acabar con la homofobia y el heterosexismo beneficiará tanto a alumnos como a usuarios de los servicios de terapia familiar.

El investigador responsable llevará un registro de toda la información obtenida para formar una base de datos. La información es confidencial y únicamente manejada por personal profesional que participa en el estudio, no se darán los nombres ni se almacenará la información con algún detalle que pudiera afectar el anonimato del participante. La información será guardada con un pseudónimo que garantice el anonimato y el desconocimiento de la identidad de cada participante, modificando datos importantes de la información que pudieran ser identificados.

Su firma en este formulario significa que usted entiende la información provista y que acepta voluntariamente participar en el estudio, sabiendo que se puede retirar del estudio en cualquier momento que lo desee.

Firma y nombre de la participante. Firma y nombre de un testigo ……

Fecha:

Información del contacto: Psic. Mario Fausto Gómez Lamont
Tel. (044) 55 66307208

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1.- ¿A qué se debió que estudiaras terapia familiar?

2.- ¿Qué te llevó a elegir el plantel donde te encuentras?

3.- ¿Qué te atrajo de su plan de estudios?

4,-¿En tu plan de estudios algún docente les dio algo de género?

5.- ¿Cómo definen los terapeutas familiares el género?

6.- ¿Cómo lo trabajan en consulta familiar?

7.- ¿En algún momento revisaron temas de sexualidad?

8.- ¿Cómo definen la sexualidad en la terapia familiar?

9.- ¿Cómo lo abordan en consulta familiar?

10.- ¿En algún momento revisaron el tema sobre las prácticas sexuales?

11.- ¿Cómo las describen en terapia familiar?

12.- ¿En algún momento dentro de tu programa abordaron el tema de la homosexualidad?

13.- ¿En algún momento de la formación un profesor/a hizo algún comentario despectivo sobre las personas homosexuales?

14.- ¿Qué definición tienen los terapeutas sobre lo que debe ser una familia?

15.- ¿Crees que tiene un objetivo estar constituida desde la diferencia sexual?

16.- ¿Qué diferencia hay entre pareja y familia?

17.- ¿Qué representa el matrimonio para los terapeutas?

18.- ¿Cuáles son los roles que deben de estar presentes en la familia?

19.- ¿Cuál es el papel de las mujeres en la familia?

20.- ¿Cuál es el papel de los hombres en la familia?

21.- ¿Crees que existan roles diseñados para los hombres y para las mujeres?

22.- ¿Cuáles serían estos?

23.- ¿Cómo crees que sea la repartición de esos roles en parejas del mismo sexo?

24.- ¿Atribuirías que siempre hay uno que termina haciendo los roles de hombres y de mujeres indistintamente de su género?

25.- ¿Crees que, a diferencia de las parejas heterosexuales, los homosexuales son más promiscuos?

26.- ¿Cómo abordarías el tema de la infidelidad en parejas del mismo sexo?

27.- ¿Qué opinas de la flexibilidad de los contratos sexuales que algunas parejas del mismo sexo llegan a tener?

28.- ¿Cómo les han enseñado en tu formación a trabajar con personas del mismo sexo?

29.- ¿Cuál ha sido tu experiencia personal y qué significa para ti trabajar con personas del mismo sexo?

30.- ¿Qué piensas de las prácticas sexuales no reproductivas?

31.- ¿Qué piensas sobre el tema del matrimonio homosexual?

32.- ¿A qué atribuyes la pederastia y la perversión de menores?

33.- ¿Cuál ha sido la postura de tus profesores sobre este tema?

34.- ¿Lo han trabajado como un tema formativo para los terapeutas?

35.- ¿Tú lo consideras como tema relevante para tu práctica terapéutica?

36.- ¿Ha habido algún cambio de actitud de las y los profesores con respecto al tema de las personas homosexuales?

ANEXO 3

Institución	Programa	No tiene programa de Terapia familiar
Universidad Autónoma del Estado de México (2 sedes)	Psicología	X
Universidad Autónoma de Guanajuato	Psicología	X
Universidad de Occidente	Psicología Clínica	X
Universidad de Ciudad Juárez	Psicología	X
Instituto Tecnológico y Estudios Superiores de Occidente	Psicología	X
Universidad Veracruzana	Psicología	X
Universidad Autónoma Metropolitana (2 sedes)	Psicología	X
Universidad Iberoamericana (2 sedes)	Psicología	X
Universidad del Claustro de Sor Juana	Psicología	X
Universidad de Sonora	Psicología	X
Escuela Libre de Psicología	Psicología	X
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla	Psicología	X
Universidad Autónoma de Sinaloa	Psicología	X
Universidad de las Américas – (2 sedes, una no tiene programa)	Psicología	X
Universidad Autónoma de Querétaro	Psicología	X
Centro de Enseñanza Técnica y Superior	Psicología	X
Universidad Marista de Mérida	Psicología	X
Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas	Psicología	X
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores Monterrey (2 sedes)	Psicología	X

Institución	Programa	No tiene programa de Terapia familiar
Universidad de Guadalajara - sede Jalisco	Psicología	X
Universidad Regiomontana	Psicología	X
Centro Universitario UTEG	Psicología	X
Universidad Anáhuac	Psicología	X
Universidad de Monterrey	Psicología	X
Universidad Latina de América	Psicología	X
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	Psicología	X
Universidad Autónoma de San Luis Potosí	Psicología	X
Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas	Psicología	X
Universidad Autónoma del Estado de Morelos	Psicología	X
Universidad Cristóbal Colón	Psicología	X
Universidad Autónoma de Yucatán	Psicología	X
Universidad Intercontinental	Psicología	X
Universidad Autónoma de baja California	Psicología	X
Universidad Autónoma de Coahuila	Psicología	X
Universidad Autónoma del Carmen	Psicología	X
Universidad Autónoma de Campeche	Psicología	X
Universidad Autónoma de Nayarit	Psicología	X
Instituto Politécnico Nacional	Psicología	X
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Psicología	X

Institución	Programa	No tiene programa de Terapia familiar
Instituto Tecnológico de Sonora	Psicología	X

Institución	Programa de Licenciatura	Cuenta con programa de Terapia familiar	Contenidos de Sexualidad	Contenidos de Género	Contenidos de diversidad sexual
Universidad de Guadalajara	Psicología	Sí	No	No	No
Universidad Autónoma de Tamaulipas	Psicología	Sí	No	No	No
Universidad Autónoma de Tlaxcala	Psicología	Sí	No	No	No
Universidad del Valle de México	Psicología	Sí (8 sedes)	No	No	No
Universidad Nacional Autónoma de México	Psicología	Sí (2 sedes)	No	Sí	No
Universidad del Valle de Grijalva	Psicología	Sí (4 sedes)	No	No	No
Universidad de las Américas	Psicología	Sí	No	No	No
Universidad del Valle de Atemajac	Psicología	Sí	No	No	No
Universidad del Mayab	Psicología	Sí	No	No	No
Universidad del Noroeste	Psicología	Sí	No	No	No
Universidad De La Salle Bajío	Psicología	Sí	No	No	No
Universidad Juárez del Estado de Durango	Psicología	Sí	No	No	No

Institutos y Asociaciones Civiles de Educación Superior	Programas de Maestría y Especialidad en Terapia familiar	Cuentan con REVOE	Cuentan con más de 10 generaciones de egresados.	Contenidos de Sexualidad	Contenidos de Género	Contenidos de Diversidad Sexual
Instituto 1	Maestría en Terapia familiar Especialidad en Terapia de Pareja	Sólo la Maestría	Sí	Sí	No	No
Instituto 2	Maestría en Terapia familiar	Maestría	Sí	Sí	Si	Si
Instituto 3	Maestría en Terapia familiar	Maestría	Sí	Sí	No	No
Instituto 4	Maestría y Especialidad en Terapia familiar	Maestría Especialidad	Sí	Sí	Si	No
Instituto 5	Maestría en Terapia familiar y Doctorado en Terapia familiar	Sólo la Maestría	No	Sí	No	No
Instituto 6	Especialidad Maestría Doctorado	Solo Maestría REVOE Campeche	No	Sí	No	No
Instituto 7	Maestría	Sólo Maestría REVOE Cuernavaca	Sí	Sí	No	No

ANEXO 4. Instrumento en línea

Seguimiento a Egresados de programas formativos en Terapia Familiar en México y revisión de contenidos sobre diversidad sexual.

El presente cuestionario tiene como finalidad realizar de forma descriptiva un seguimiento de egresados de las formaciones en Terapia Familiar que se imparten en el Distrito Federal y en los Estados de la República, así como una revisión de sus contenidos de diversidad sexual vivenciados en el programa. A continuación el presente cuestionario contiene elementos sociodemográficos, laborales y académicos.

INSTRUCCIONES:
Lee atentamente y contesta sólo los espacios en blanco

Las preguntas tienen opciones de respuesta, le solicitamos marcar la respuesta en el espacio en blanco debajo o a un lado de la pregunta.

No dejes ninguna pregunta sin contestar

Ahora puedes comenzar

Fecha de Ingreso:

Texto de respuesta corta

Fecha de egreso:

Texto de respuesta corta

Fecha de examen de grado:

Si está en proceso de titulación deje en blanco

Texto de respuesta corta

Título de Tesis de Grado:

Si está en proceso de titulación deje en blanco

Rama o sector del lugar de trabajo: *

Puedes elegir más de uno.

- [ ] Educación - sector público
- [ ] Servicios Profesionales y técnicos - sector público
- [ ] Servicios de Salud - sector público
- [ ] Otros servicios de gobierno
- [ ] Educación - sector privado
- [ ] Servicios Profesionales y Técnicos - Sector privado
- [ ] Servicios de Salud - sector privado
- [ ] Otros servicios privados.

Entidad Académica donde estudió la maestría *

- IFAC
- ILEF
- CENCALLI
- CRISOL
- U. de las Américas
- UNAM
- UVM
- U.Londres
- Otro...

- Apoyo Familiar

¿Trabaja actualmente? *

- si
- no

Regimen Jurídico del Lugar de Trabajo *

- Pública
- Privada

Edad

Tu edad (respuesta corta)

Sexo *

- Femenino
- Masculino

Estado Civil *

- Soltero@
- Casad@
- Viudo@

Relación de la actividad laboral con los estudios de posgrado *

- Total
- Alta
- Mediana
- Baja
- Nula

- [ ] Dirección
- [ ] Coordinación
- [ ] Coordinación de proyectos
- [ ] Diagnostico y evaluación
- [ ] Atención a pacientes (familia)
- [ ] Asesoría técnica
- [ ] Asesoría especializada
- [ ] Docencia
- [ ] Investigación

Ingreso Mensual *

- Menos de 2 salarios (Menos de 3,155)
- De 2 a menos de 4 (de 3,155 a menos de 6,311)
- De 4 a menos de 6 (de 6,311 a menos de 9,466)
- De 6 a menos de 8 (9,466 a menos de 12,622)
- De 8 a menos de 10 (12,622 a menos de 15,777)
- Más de 10 (Más de 15,777)

Solicitud de Consulta de la atención clínica a familias *

En caso de trabajar en el área clínica asegurable o privada: Ciclo vital de las familias atendidas, selecciona la opción de la pregunta de su población atendida.

- [ ] Formación de la pareja
- [ ] Parejas LGBTTI
- [ ] Recién casados
- [ ] Familias con hijos pequeños (0-10 años)
- [ ] Familias con hijos adolescentes (11-17)
- [ ] Familias con hijos jóvenes viviendo en casa
- [ ] Familias en fase de nido vacío
- [ ] Familias con hijos con diversidad sexual
- [ ] Otro...

Costo total de su educación (Pública):

Texto de respuesta corta

Costo total de su educación (privada)

Texto de respuesta corta

¿Tu programa formativo te brindó las herramientas necesarias para poder
De la lista anterior ¿Qué temas no viste en la formación? *

- [ ] Cambio de residencia
- [ ] Duelo y muerte en la familia
- [ ] Divorcio
- [ ] Pobreza y síntomas psicosomáticos
- [ ] Problemas escolares
- [ ] Víctimas de delincuencia
- [ ] Accidentes
- [ ] Separaciones
- [ ] Enfermedades crónicas
- [ ] Embarazo no deseado y aborto

- [ ] Embarazo no deseado y aborto

- [ ] Duelo y muerte en la familia
- [ ] Divorcio
- [ ] Pobreza y síntomas psicosomáticos
- [ ] Problemas escolares
- [ ] Víctimas de delincuencia
- [ ] Accidentes
- [ ] Separaciones
- [ ] Enfermedades crónicas
- [ ] Embarazo no deseado y aborto
- [ ] Miembros de la familia en la cárcel
- [ ] Migración
- [ ] Violencia familiar
- [ ] Homofobia en la familia
- [ ] Suicidio en la familia
- [ ] Feminicidio en la Familia
- [ ] Parejas heterosexuales cerodiscordantes
- [ ] Parejas homosexuales cerodiscordantes
- [ ] Problemas de parejas LGBTTI
- [ ] Familiascon hijos con diversidad sexual

- [ ] Miembros de la familia en la cárcel
- [ ] Migración
- [ ] Violencia familiar
- [ ] Homofóbia en la familia
- [ ] Suicidio en la familia
- [ ] Feminicidio en la Familia
- [ ] Parejas heterosexuales cerdiscordantes
- [ ] Parejas homosexuales cerdiscordantes
- [ ] Problemas de parejas LGBTTI

Costo total de tu consulta *

- ( ) 50 a 150
- ( ) de 150 a 250
- ( ) de 250 a 350
- ( ) de 350 a 450
- ( ) de 450 a 550
- ( ) de 550 a 1000

Ubicación de su consultorio o área de trabajo clínico (público o privado) dpo CDMX *

Solo si su trabajo no esta relacionado con ninguna clínica seleccione "otro"

- Gustavo A. Madero
- Azcapotzalco
- Miguel Hidalgo
- Cuauhtémoc
- Venustiano Carranza
- Álvaro Obregón
- Coyoacán
- Magdalena Contreras
- Tlalpan
- Xochimilco
- Tláhuac
- Milpa Alta
- Área metropolitana
- Otro...

Número de Sesiones promedio para la resolución de problemas *

- 1 a 3 sesiones
- de 3 a 6 sesiones
- de 6 a 9 sesiones
- de 9 a 12 sesiones
- de 12 a 15 sesiones
- de 15 a 18 sesiones
- Otro...

El programa de formación al cual se adscribio ¿Le brindó las herramientas necesarias para insertarse al medio laboral?

- SI
- NO

¿Qué aspecto del programa de terapia familiar considera que le ha sido más útil a la hora de buscar empleo?

- Los Seminarios teóricos
- Horas de práctica clínica
- Dinámicas de grupo
- Experiencia de los profesores
- Supervisión
- Investigación
- Conocimiento del [illegible] y técnicas de [illegible] en terapia

El programa de formación en Terapia Familiar ¿Le brindó las herramientas necesarias para participar en proyectos de investigación?

- Sí
- No

¿Qué funciones ha desempeñado en los proyectos de investigación?

- Investigador auxiliar
- Investigador asociado
- Director o coordinador
- No ha desempeñado en proyectos de investigación

En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Qué definición de familia utilizan?

Marque la respuesta que se adecua a las definiciones de familia utilizadas en su formación

- Art. 16 Derechos Humanos
- Teoría General de los Sistemas
- CONAPO
- CONAPRED
- Otro

En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Qué autores de la Teoría General de Sistemas Utilizan?

- Bertalanffy
- Parsons
- Luhman
- Johansen
- Rolando García

En su programa de terapia familiar ¿Sus contenidos curriculares trabajan o abordan temas de diversidad sexual?

- Si
- No

¿Cómo incorporan las problemáticas sociales que vive México en la formación en TF?

- Desde la Epidemiología Psiquiátrica
- Analizando el modelo neoliberal y su incidencia en la salud de las familias
- Analizando modelos teóricos norteamericanos que explican los síntomas en los sistemas familiares mexicanos
- Otro

En su programa de terapia familiar analizaron ¿Cómo se inserta la terapia familiar como práctica en salud en México?

- Desde el plan "Nacional" de salud mental
- Desde la consulta privada
- Desde programas formativos en universidades privadas
- Otro

En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Incorporan la terapia familiar afirmativa para homosexuales?

- Si
- No

Defina la homosexualidad:

- La preferencia sexual hacia miembros del mismo sexo
- Una orientación sexual a personas del mismo sexo

Desde su conocimiento adquirido en la formación en TF ¿Cuál es el origen de la homosexualidad?

- Se da por que el hijo está apegado a la madre
- El hijo no ha aprendido de un modeo masculino
- Descubre su homosexualidad a temprana edad como parte de su vida
- Se desarrolla por una recombinación entre genes que definen a los humanos XY

¿Considera que la homosexualidad es otra forma de vivir igual a la heterosexual?

- Sí
- No

¿Crees que igual que un heterosexual no "sale del armario" un homosexual tampoco debería hacerlo?

- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Homofobia

¿Considera que las problemáticas de las parejas homosexuales son iguales a las parejas heterosexuales?

- Sí
- No

¿Qué opinas sobre que los homosexuales se casen?

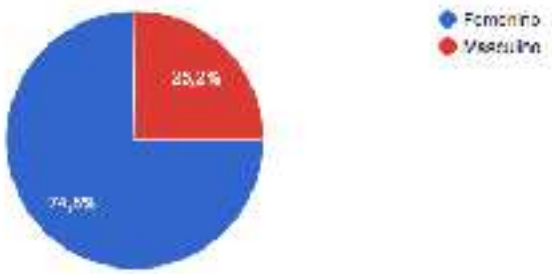
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Si habría la posibilidad ¿Dejarías a tus hijos a cargo de un homosexual?

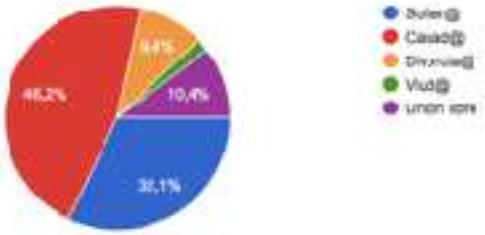
- Totalmente de acuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

ANEXO 5. Gráficos de la Encuesta aplicada a las y los 100 Egresados/as

Sexo



Estado Civil

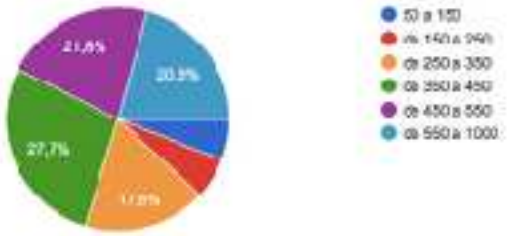


Entidad Académica donde estudió la maestría

Actividad principal que desempeña

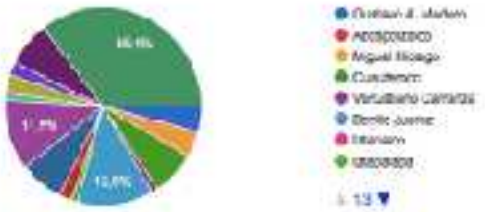
Ingreso Mensual

Costo total de tu consulta

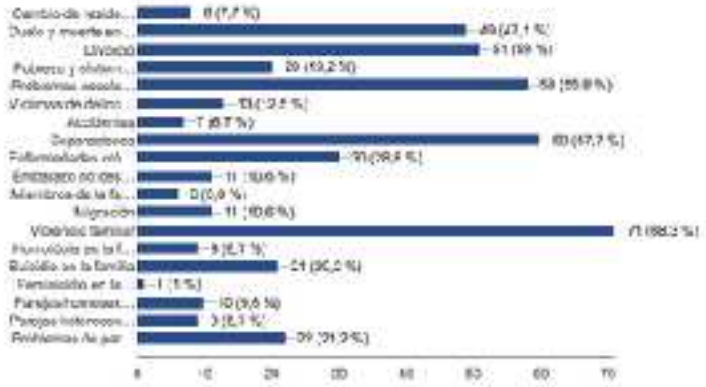


Número de Sesiones promedio para la resolución de problemas

Ubicación de su consultorio o área de trabajo clínico (público o privado) caso CDMX



Eventos comunes asociados al motivo de consulta



El programa de formación al cual se adscribió ¿Le brindó las herramientas necesarias para insertarse al medio laboral?

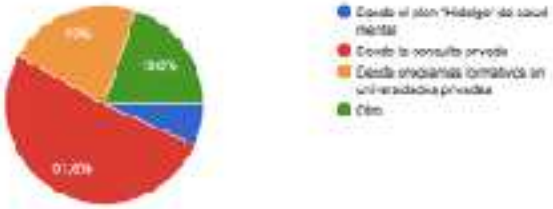
¿Qué aspecto del programa de terapia familiar considera que le ha sido más útil a la hora de buscar empleo?

¿Cómo financió sus estudios?

¿Qué funciones ha desempeñado en los proyectos de investigación?

En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Qué autores de la Teoría General de Sistemas Utilizan?

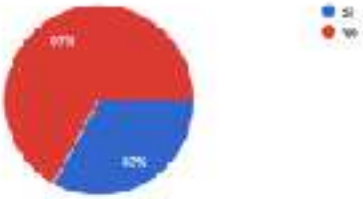
En su programa de terapia familiar analizaron ¿Cómo se inserta la terapia familiar como práctica en salud en México?



¿Cómo incorporan las problemáticas sociales que vive México en la formación en TF?

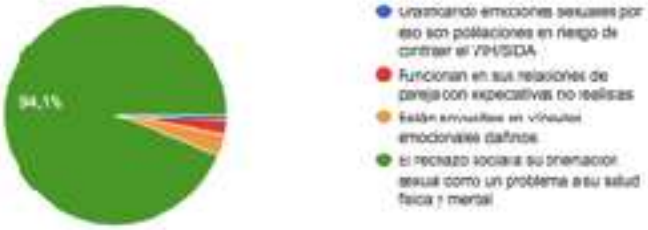
En su programa de terapia familiar ¿Sus contenidos curriculares trabajan o abordan temas de diversidad sexual?

En el programa de Terapia Familiar que eligió ¿Incorporan la terapia familiar afirmativa para homosexuales?

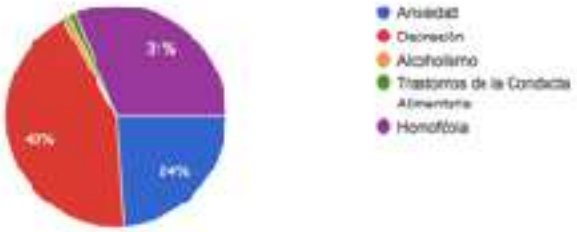


Desde su conocimiento adquirido en la formación en TF ¿Cuál es el origen de la homosexualidad?

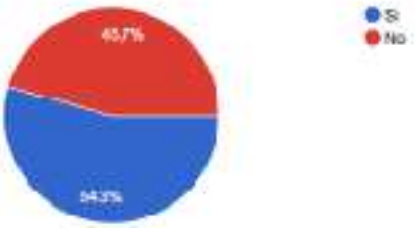
Los homosexuales viven:



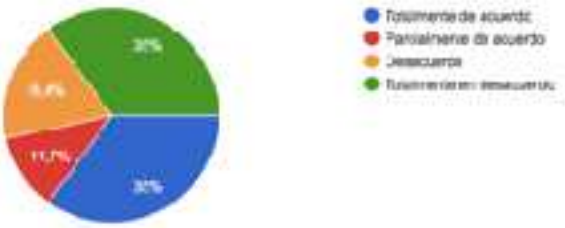
Las psicopatologías relacionadas a la experiencia de vida homosexual son:



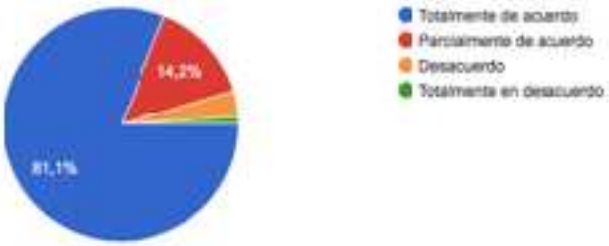
¿Considera que las problemáticas de las parejas homosexuales son iguales a las parejas heterosexuales?



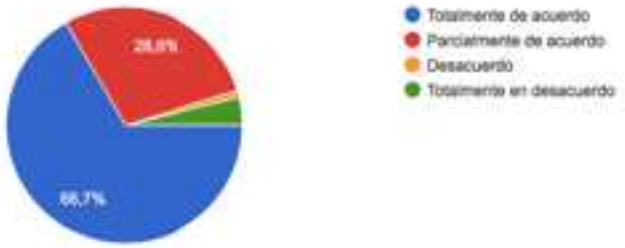
¿Crees que igual que un heterosexual no "sale del armario" un homosexual tampoco debería hacerlo?



¿Qué opinas sobre que los homosexuales se casen?



Si habría la posibilidad ¿Dejarías a tus hijos a cargo de un homosexual?



Referencias Bibliográficas

Azola, E. (2009). Patrones, Estereotipos y violencia de género en las escuelas de educación básica en México. Revista de Estudios de Género. La ventana, vol. IV, núm. 30, diciembre, 2009, pp. 7-45 Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

Althusser, L. (1988) Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan, Nue- va Visión, Buenos Aires.

Adorno, T., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D. y Sanford, R.N. (1950). *The authoritarian per sonality*. New York: Harper.

Alcántara, E. (2013). Identidad sexual/rol de género. *Debate feminista/intersexualidad* 47(24): 172-201.

Álvarez, E., Sevilla, L. (2010). Homofobia y discriminación en el discurso de profesionales de la salud. *Revista UNAM* 11(8): 35-60

American Association for Marriage and Family Therapy. (1991). *The American Association for Marriage and Family Therapy code ethics*. Whashington, DC: Author.

American Psychological Association (2002). *La orientación sexual y la juventud: Los hechos. Una guía para principales, educadores y personal escolar*.APA. EU: 50-76.

Amorós, C. (1991). *Hacia una crítica de la razón patriarcal* (2da edición). Barcelona: Antropos.

Amozurrutia, J. (2012). *Complejidad y Ciencias Sociales: Un modelo adaptativo para la investi gación interdisciplinaria*. México: CEIICH-UNAM.

Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos (1985). Instituto Nacional de Estadística, Ge ografía e Información, México.

Apple, M. (1988). Trabajo, enseñanza y discriminación sexual. En: Popkewitz, T (compilador). *La formación del profesorado*. España: Universidad de Valencia: 25-30

Arcelloni, T., Ferrero, G. (2009). El Duograma en la formación sistémica. *Psicoperspectivas* VIII(1):195-230.

Artiñano, N. (2004). El Suicidio en jóvenes homosexuales. *Kairós. Revista de Temas Sociales* 8(14).

Avilés, F., Espejel, E., Fortes, J. (2003). Celebrando los 70 años de vida de Raymundo Macías

Avilés, pionero de la Terapia familiar en México. *Revista Psicoterapia y Familia* 16(2):73-77.

Ayres, J. (2005). *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*. Colección Salud Colectiva. Argentina: Lugar Editorial.

Ayuste, A. (1999). *Planteamientos de la pedagogía crítica: comunicar y transformar*. Barcelona: Grao, Biblioteca de Aula.

Barragán, M. (1976). *Interacción entre el desarrollo individual y desarrollo familiar*. Monografía 1. México: Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.

Barriga, A. (1997). *Didáctica y curriculo, convergencias en los programas de estudio*. Edición cor regida y aumentada. México: Paidós-Educador, pp. 11-15.

Basaglia, F. (2005). *Escritos seleccionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.

Berne, E. (1983). *Juegos en los que participamos*. México: Grijalbo.

Bertalanffy, L. (1954). *General systems theory*. New York: George Branzillier.

Bertrando, P., Toffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

Bengoechea, S.; Brie, R. (1970): Introducción a la sociología, Editorial de la UNR, Rosario.

Beyebach, M., Rodríguez Morejón, A. (1993a). La proyección al futuro como técnica de nego ciación de objetivos en terapia familiar. Taller presentado a las *XIV Jorrnadas de Terapia familiar*. Santiago de Compostela.

Bieber, I., Dain, H., Dince, P., Drellich, M., Grand, H., Gundlach, R., Kremer, M., Rifkin, A., Wilbur, C., Bieber, T. (1962). *Homosexuality: A psychoanalytic study*. New York: Basic Books.

Biersteker, T., Weber, C. (1996): *State Sovereignty as Social Construct*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bigner, J., Wetchler, J. (2012). *Handbook of LGBT, Affirmative Couple and Family Therapy. Rout ledge*. New York: London.

Bion, W. (1990, original 1961). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.

Blázquez, N., Flores, F., Ríos, M. (2012). *Investigación Feminista: Epistemología, Metodología y Representaciones Sociales*. México: UNAM-CEIICH.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama:17-71.

Bozon, M. (2011). ¿Las minorías sexuales son el porvenir de la humanidad?. *Debate Feminista* 22 (43):7-18.

Breihl, J. (1995). Epidemiology´s role in the creation of a humane world: Convergences and div er gences among the schools. *Editorial. Soc. Med*. 41(20):911-914.

Brown, T., Fee, E. (2003). Alfred C. Kinsey: A pioneer of sex research. *American Journal of Public Health* 93(6):894-898.

Butler, J. (1998) Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate feminista* 18(9):296-314.

Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: UNAM-Paidós.

Buquet, A. Cooper, J. Mingo, A. Moreno, H. (2013). *Intrusas en la Universidad*. México. Programa Universitario de Estudios de Género. UNAM

Buquet, A. Cooper, J. & Rodríguez, H. (2010). Sistema de indicadores para la equidad de género en instituciones de educación superior. México: PUEG-UNAM; INMUJERES.

Cabezas, A., Berná, D. (2013). Cuerpos, espacios y violencias en los regímenes biopolíticos de la Modernidad. *Política y Sociedad* 20 (3):771-802.

Campillo, C., Álvarez, J., González, E. (1975). *La Situación de Salud en el país y sus tendencias*. México: Subsecretaría de Asistencia Médica. S.S.A.

Campo, A., Herazo, E., Cogollo, Z. (2010). Homofobia en estudiantes de enfermería. *Rev. Esc. En ferm*. USP. 44 (3):839-43.

Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.

Cárdenas, M. y Barrientos (2008b). Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexu ales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile. *Psykhe* 17(2):17-25.

Casarini, M. (1999). *Teoría y diseño curricular*. México: Trillas-Universidad Virtual ITESM.

Cecchin, G., Ray, W., Lane, G. (1997). *Verità e Pregiudizio*. Italia: Carocci.

Cirici, R. (2002), La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev. Psiquiatria Facul tad de Medicina Barna* 29(4):25-54.

Clark, D. (1993). Commodity lesbianism. En H. Abelove, M. A. Barale y D. M. Halperin (eds). *The Lesbian Movement Goes to Market*. New York: Routledge: 25-45

Clark, W.M., y Serovich, J. M. (1997). Twenty years and still in the dark? Content analysis of arti cles pertaining to gay, lesbian, and bisexual issues in marriage and family journals. *Journal of Marital and Family Therapy* 23(3):239-253.

Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education. (1994). Accreditation standars 8.1. Alexandra, VA: The American Association for Marriage and Family Therapy.

CONAPRED, (2012). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. México: Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2013). Comunicado de prensa número 003. México, D.F., 29 de Julio.

Cooks, L., Sun, CH. (2002). Constructing gender pedagogies: Desire and resistance in the alterna tive classroom. *Communication Education* 5 (53):293-310.

Davids, T., Van Driel, F. (2005): *The Gender Question in Globalization. Changing Perspectives and Practices*. Londres: Asghate.

Desatnik, O. (2013). Representaciones Sociales de terapeutas en formación sobre la relación ter apéutica. *Rev. Elec. Psic. Izt UNAM* 16(1):159-171.

Desjarlais, R. L., Eisenberg, B. Good y A. Kleinman. (1997). *Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: Oxford University Press.

Doherty, W. J., Simmons, D. S. (1996). Clinical practice patterns of marriage and family therapists: A national survey of therapists and their clients. *Journal of Marital and Family Therapy* 1 (22):9.

Donangello, M.C. (1976). La medicina en la sociedad de clases. En M.C. Donnangello (coord.). *Salud y sociedad*. Sao Paulo: Librería Dos Ciudades.

Dorantes, M., Martínez, M., Segura, R. (2011). Teorías Feministas. En: M. Dorantes, E. Torres. *Perspectiva de Género, una visión multidisciplinaria*. México: UNAM-FESI: 25-60

Drescher, J. (2002a). I'm your handyman: A history of reparative therapies. En: A. Shidlo, M.

Schroeder, J. Drescher (Eds.). *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical and research perspec tives*. New York: The Haworth Medical Press, págs. 5-24.

Duval, E. (1988). *Family Development.* Filadelfia: Lippincott.

Duggan, L. (2002). "The New Homonormativity: The Sexual Politics of Neoliberalism," in Materializing Democarcy: Toward a Revitalized Cultural Politics , ed. Russ Castronovo and Dana D. Nelson .Durham and London: Duke University Press. 175-194

Eguiluz, L. (1998). Historia de los pioneros y las escuelas de Terapia familiar en México. En: M.

Robledo, A. Carrillo, R. Osnaya C. (cols). *Psicología de la Familia*. México: UNAM, Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología: 60-75

Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia*. México: Pax.

Eguiluz, L. (2004). La Terapia familiar en México. En L. Eguiluz. *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México: Pax.

Espinosa, S. R. (2009). Panorama de las relaciones familiares en la época actual. En: Murueta M. y

Osorio M. (comps.). *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. México: AMAPSI. 45-69

Espriella, R. (2007). Homofobia y Psiquiatría. *Rev. Colom. Psiquiatría* 36(4): 718-735

Estrada, L. (2012). *El Ciclo vital de la familia*. México: Penguin Random House.

Engels, F. (1976). El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. Moscú:Progreso.

Evans, N., Wall, V. (1991). *Using psychosial development theories to undestand and work with gay and lesbian persons. Beyond tolerance: gays, lesbians and bisexuals on campus*. Washing ton: American College Personnel Association.

Firestone, S. (1976). *La Dialéctica del sexo. En defensa de la revolución feminista*. Barcelona: Kairós.

Fitzgerald, B. (1999). Children of lesbian and Gay Parents: A Review of the Literature. *Marriage and Family Review*. 1 (29):57-75.

Freire, P. (1969). *Pedagogía del oprimido*. Santiago de Chile: Popular.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

García, R. (2006). *Sistemas Complejos, conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.

Gergen, K. (2007). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*. Colombia: Uniandes-Ceso.

Giddens, A. (1985): El capitalismo y la moderna teoría social, Labor, Barcelona.

Giddens, A., Turner, J. (1990): La teoría social hoy, Alianza, México.

Giroux, H. (1998). Hacia una nueva sociología del currículo. En: Alba A, Díaz Barriga E. González (comps.). *El campo del currículum*. Antología. vol. I. México: CESU-UNAM: 50-75

González, M. (2011). *Historias de vida desde la perspectiva de género*. México: UNAM-FES Izta cala.

Gómez, M. (2016). Bioética, feminismo y la dignidad de las "mujeres": proceso social y cambio de valores en las terapias familiares. Alternativas en Psicología. No. 36. Noviembre: 61- 79

Gómez, M. (2016). Homofobia y Suicidio: 6 sesiones de intervención en crisis en juventudes homo sexuales. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. UNAM. 19. No.1: 248- 265

Gómez, M. (2015). Hacia una terapia Familiar Feminista para Homosexuales. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. UNAM. 18. No. 6: 1599 - 1617

Gómez, M. (2014). Una habitación propia: Aportes del feminismo a la terapia de pareja. Psico Ter apia y Familia. Vol. 17, no.2: 48-68

Granados, A., Delgado, G. (2007). Salud Mental y Riesgo de VIH-SIDA en jóvenes homosexuales. *Aproximación Cualitativa a la experiencia de la homofobia*. México: UAM-Xochimilco.

Green, R. J. (1996). Why ask, why tell? Teaching and learning about lesbians and gays in family therapy. *Family Process* 1 (35):389-400.

Greenan, D., Tunnell, G. (2003). *Couple Therapy Whit gay men*. New York: The Guilford Press.

Guinsberg, E. (1973). Sociedad, salud y enfermedad mental. Buenos Aires: la ed. Centro Editor de America Latina (firmado como Pablo Damiani). 2a ed. Universidad Autónoma de Puebla. 3a ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Guinsberg, E. (2007). "Salud mental" y subjetividad. En E. Jarillo, E. Guinsberg. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gullvag, 0. (2005). *Poniendo fin a la violencia de género: Un llamado a la acción global para in volucrar a los hombres*. Suecia: Asdi.

Harding, S. (1987). ¿Existe un método feminista? En S. Harding (Eds.), *Feminismo y Metodología* (pp. 9-33). Indianápolis: Indiana University Press.

Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.

Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hamud, E. (1998). ¿A quién beneficia la escuela? Caracas: Monte Ávila Editores.

Herek, G. M. (1984). Attitudes toward lesbians and gay men: A factor analytic study. *Journal of Homosexuality* 10(1/2):39-51.

Herek, G. M. (1994). Assessing heterosexual's attitudes toward lesbians and gay men: A review of empirical research with the ATLG scale. En: Greene B. y Herek GM (eds.). *Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publica tions, págs. 206-228.

Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Sci ence* 9(1): 35-40

Hernández, E. (1989). *Efectos del crecimiento económico y la distribución del ingreso sobre la po breza y la pobreza extrema en México*. México: Mimeo/Universidad Autónoma Metropoli tana-Iztapalapa.

Hernández, R. (1998). Paradigmas del currículum. *Revista La Vasija*. Universidad Pedagógica Na cional. (7), pp. 69-81.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2007). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hooker, E. (1956). A preliminary analysis of group behavior of homosexuals. *Journal of Psycholo gy*, 1 (42):217-225.

Huerta, G. (1999). El expediente clínico familiar. Estudio de la salud familiar. En S. Farfán. *Medic ina Familiar*. México: Intersistemas. (Libro 1, pp.44-73)

Jackson, S. (2006). Gender, sexuality and heterosexuality: the complexity (and limits) of hetero normativity. *Feminist Theory* 7(1):105-121.

Jarillo, E., Arroyave, G., Chapela, C. (1997). El diseño curricular en medicina de la UAM - X. Su influencia por las políticas internacionales de salud y la práctica profesional. En: Berruecos L. *La Construcción permanente del Sistema Modular*. México: UAM Xochimilco: 15- 35

King, M., Bartlett, A. (2004) Treatments of homosexuality in britain since the 1950´s an oral histo ry: the experience of patients. BMJ, doi:10.1136/bmj.37984.442419.EE (published 29 Jan uary 2004).

Kitzinger, C. (2005). Heteronormativity in Action: Reproducing the heterosexual Nuclear Family in Afther-hour Medical Calls. *Social Problems*, 52(4):477-498.

Krestan y Bepko (1980). The treatmen of inhibited sexual desire in lesbian couples. *Women and Therapy*, 1(4):49-66.

Laird, J. y Green, R. (1996). *Lesbians and gays in couples and families: Central issues*. San Fran cisco: Jossey- Bass.

Laurell, C. (1981). La Salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* 2 (1):7-25.

Laurell, C. (1993). La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En *Investigación en salud*, OPS. Washington, DC: 13-36

Laurell, C., (1995). Para pensar una política social alternativa. En C. Vilas (ed.). *Estado y Políticas Sociales Después del Ajuste. Debates y Alternativas* (pp. 183-187). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco/Editorial Nueva Sociedad.

López, O., Blanco, G. (2007). Políticas de salud en México: La reestructuración neoliberal. En: E. Jarillo, E. Guinsberg. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial: 30-45

López, O., Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, *ALAMES*. Revista Medicina Social, vol.3 (4): 323- 335

Luna, R, Sánchez, J. (2010). Introducción a las ciencias sociales, TEBAEV: México.

Magendzo, A. (1992). *Teorías del currículo y concepciones curriculares en diseño curricular prob lematizador: una opción para la elaboración del currículo en derechos humanos desde la pedagogía crítica*. Santiago de Chile: PIIE.

McLauren, P. (2003). *Pedagogía crítica: Una revisión de los principales conceptos en la vida en las escuelas. Una instrucción a la pedagogía crítica en los fundamentos de la educación*. Méxi co: Siglo XXI.

Medina-Mora, M.E. Berenzon, S (2012). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. OPS/ OMS. México: 9- 17

Medina-Mora, M., Berenzon, S. (2013). *Representación en México*. Cobertura. OPS/OMS. México: 27- 40

Mejía, R, (2013). Análisis de los diferentes autores que usan el "Ciclo Vital de la Familia". Tesis no Publicada UNAM, especialidad en Medicina Familiar. Facultad de Medicina UNAM. Méxi co.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), pp. 71-83.

Montero, F. (1992). *Fenomenología del prejuicio*. España: Universidad de Valencia, pp. 28-42.

Moore, H. (1996). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.

Moral, J., Valle, A. (2011). Escala de Actitudes hacia Lesbianas y Hombres Homosexuales (ATLG) Distribución y evidencias de validez. *Nova Scientia*. Revista de Investigación de la Univer sidad De La Salle Bajío, 4 (7), pp. 153-171.

Moral, J., Valle, A., Martínez, E. (2013). Evaluación del rechazo hacia la homosexualidad en estu diantes de medicina y psicología con base en tres escalas conceptualmente afines. *Revista de Psicología del Caribe*. 30 (3), pp. 527-550.

Muñoz, J. (2012). *Homofobia: Laberintos de la ignorancia*. México: CEIICH. UNAM.

OMS (1976). *Índices estadísticos de la salud de la familia*. Ginebra. Suiza.

Ordaz, G., Monroy, L., López, M. (2010). Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal. México: INCIDE SOCIAL.

Osman, S. (1972). My step-father is a she. *Family Process*, vol.11, (2): 209-218.

Otegui, P. (1999). *La Construcción de las masculinidades. Política y Sociedad*. Madrid: Universi dad Complutense de Madrid.

Patterson, C. (2005). Lesbian and gay parents and their children: Summary of Research Findings. En: *Lesbian & Gay Parenting*. Washington: American Psychological Association: 40- 65.

Perkins, D.O., Stern, R. A., Golden, R. N., Murphy, C., Naftolowitz, D., Evans, D.I. (1994). Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonepicenter of the AIDS epi demic. *Am J Psychiatry*, (2), pp. 233-236.

Piaget, J. (1966). *Psicología de la Inteligencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Pla-Julián, I., Donat, A. y Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: factores deter minantes en Salud Mental. *Norte de salud mental*, XI (46):20-28.

Preciado, B. (2002). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona: Anagrama.

Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.

Preciado, B. (2010). *Pornotopía: Arquitectura y Sexualidad en Playboy durante la guerra fría*. Bar celona: Anagrama.

Presidencia de la República (1988). Sexto informe de gobierno, sección sobre política social. Com ercio exterior: México.

Ramírez, J. (2006). ¿Y eso de la masculinidad? Apuntes para una discusión. En Gloria Careaga y Salvador Cruz (coords): *Debates sobre Masculinidades, Poder, Desarrollo, Políticas Públi cas y Ciudadanía*. México: PUEG UNAM.

Rancière, J. (1987). *El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual*. Bue nos Aires: Libros del Zorzal.

Retolanza, A. (2008). Aprendiendo psiquiatría comunitaria. *Norte de Salud Mental*. 1 (31):68-77.

Rich, A. (1980). Compulsory Hete- rosexualíty and Lesbian Existence, en Ead., Blood, Bread, and Poetry. Selected Prose 1979-1985. Nueva York y Londres: Norton, 1986, 23-75.

Robles, A. (2003). Formas y Expresiones de la familia. En: Eguiluz L. (Compiladora) *Dinámica de la familia*. México: Pax: 55-60

Rock, M., Stone, T., McGeorge, C. Does Affirmative Training Matter? Assessing CFT Student´s Beliefs About Sexual Orientation and Their Level of Affirmative Training. Journal of Mari tal and Family Therapy. North Dakota: State University.

Romeo, J. (1998). *Introducción a la Metodología de Investigación Médica Interdisciplinaria. Pro grama Universitario de Investigación en Salud*. México: UNAM.

Rosen, G. (1985). ¿Qué es la medicina social? En Rosen, G (compilador): *De la policía médica a la medicina social*. México: S XXI. (págs.77-137).

Roth, S. (1985). Psychoterapy with lesbian couples: Individual issues, female socialization, and the social context. En: M. MacGoldrick, C. M. Anderson, y F. Walsh (Eds.). *Women in families: A framework for family therapy* (pp. 286-307). New York: Norton.

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Carol Vance (Ed.). *Placer y peligro*. *Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolu ción. págs. 113-190.

Ruiz, E. (1985). Reflexiones sobre la realidad del curriculo. *Perfiles Educativos*. (29-30):34-69.

Sancristán, G. (2007). *El currículum: una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Morata.

Sancristán, G. (2010). ¿Qué significa el curriculo? En: Sancristan G. (coord.). *Saberes e incerti dumbres sobre el curriculo*. Madrid: Morata.

Serret, E. (2004). Mujeres y hombres en el imaginario social. La impronta del género en las identi dades. En: García Cossio (coord.). *Mujeres y sociedad en el México contemporáneo: nom brar lo innombrable*. México: Miguel Ángel Porrúa/Tecnológico de Monterrey, págs. 43-70.

Serret, E. (2006). *El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina.* Oaxaca: Instituto de la mujer oaxaqueña.

Scott, J. (1990). El Género, una categoría útil para el análisis histórico. En Nash y Amelang (eds.) Historia y Género: Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Alfons Magnanim.

Skegg. K., Nada-Raja S., Dickson, N., Paul C., Williams, S. (2003). Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry*, 160 (3):541-546.

Solís, J. (2014). Las brujas en el terreno de los semidioses: Estudiantas de Medicina frente a los avatares de la cultura profesional médica. Tesis no publicada UNAM.

Tetelboin, C. (1992). Actores sociales para el análisis de políticas públicas. En: Eibenschutz C. (comp.). Estado y políticas sociales en América Latina. México: FIOCRUZ/UAM-X, págs. 233-253.

Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Estudios de Antropología Biológica*. VIII, (1): 487-510.

Toro-Alfonso, J. (2008). *Masculinidades subordinadas.* San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Puer torriqueñas.

Tuñón, P. (1998). *Mujeres en México: recordando una historia*. México: CONACULTA.

Vázquez, G. F. (2001). El discurso médico y la invención del homosexual (España 1840-1915). *As clepio Revista de historia de la medicina y de la ciencia* CSIC, vol. LIII-2, :143-162.

Verd, J. (2006). La construcción de indicadores biográficos mediante el análisis reticular del discur so. Una aproximación al análisis narrativo-biográfico. *Redes-Revista hispana para el análi sis de redes sociales*, 10(7): 234- 250.

Walters, M., Carter, Papp, P., y Silverstein, O. (1991). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares.* Barcelona: Paidós.

Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Barcelona: EGALES: