

Profesionales de la psicología y familias homoparentales: abordajes

Una mirada sistémica desde la salud colectiva

Andrea Angulo Menassé

A mis hijos, Gael y Nathán.

A Cecilia Hernández, co viajera.

GAELATO

En 2009 se aprobó en la Ciudad de México el matrimonio entre personas del mismo sexo, y la adopción legal en los mismos. Este hecho contribuyó a una mayor visibilización de toda la problemática por la que atraviesan las parejas homosexuales y las familias homoparentales. Esta obra constituye una rica aportación para comprender un área de ingente complejidad: la salud mental en este sector de la población.

Recurriendo a una impecable aplicación de investigación cualitativa, la autora nos presenta las vicisitudes de las familias homoparentales en su experiencia por las escuelas, instituciones de adopción y consultorios psicológicos, ámbitos que le permite explorar el otro polo de la relación, los psicólogos y profesionales de la salud mental que atienden esas consultas. Este abordaje permite percibir el entramado complejo, entendido desde la perspectiva histórico-cultural, que da sentido a la experiencia. Lo que surge, como claro ejemplo de la cibernética de segundo orden, es que los psicólogos responden a esta demanda actual desde su propia postura epistemológica y sistema de creencias, pero asumiendo la voz de la cultura dominante, básicamente heterosexista, patologizante, homofóbica, heteronormativa. Pone de manifiesto que la formación de los psicólogos en torno al tema de la homosexualidad y la homoparentalidad aún adolece de estudios serios nutridos en la experiencia ya extensa basada en casuística presente en muchos lugares del mundo donde ya es una realidad social innegable. Las aportaciones de la Salud Colectiva y la Medicina Social se ofrecen como alternativas enriquecedoras para una práctica de la salud mental crítica y no discriminativa para atender las demandas de esta población.

En este sentido, esta obra constituye una lectura imprescindible para entender la dinámica compleja de la relación terapéutica entre parejas y familias homoparentales y psicólogos en México en la actualidad.

PROLOGO

INTRODUCCIÓN

Así como la salud-enfermedad se experimenta de forma distinta si se es de una clase social o de otra, mujer u hombre, caucásico o negro, también se vive de manera diferente según se sea homosexual u heterosexual¹ (Granados, 2011). Esta es una de las premisas a partir de las cuales se pensó este trabajo.

Las desigualdades sanitarias en el campo de la salud colectiva se han estudiado sistemáticamente. Sin embargo, se ha profundizado poco en la categoría de la orientación sexual como determinante de los procesos de salud-enfermedad, aunque esta puede considerarse un factor cultural que, aunado a lo social —clase, etnia y género—, explica la disparidad y desigualdad estructural en salud para un colectivo determinado.

En este trabajo final, nos preguntamos por las condiciones en que se garantiza la atención a la salud mental de estas familias, particularmente, sobre los profesionales de la psicología en México y las posturas desde las cuales orientan su trabajo.

Nuestra hipótesis afirma que los psicólogos trabajan con las personas homosexuales y sus familias de acuerdo con sus particulares creencias individuales y valores respecto a la homosexualidad, pero sin una formación para tratar de manera profesional a quienes se salen de lo que se ha considerado la “norma”.

Por este motivo, buscamos indagar cómo han sido los procesos de familias homoparentales en México con profesionales de la psicología en las escuelas, en las instituciones de adopción y en los consultorios de atención privada, y cómo contemplan la homosexualidad y la homoparentalidad algunos profesionales.

¹ En este escrito se usará indistintamente la noción de homosexual y la de *gay o lesbiana* porque, aún cuando hay diferencias conceptuales entre uno y otro, los participantes se nombran a veces de una manera y otras veces de otra. Lo mismo sucede con el término familia y arreglos familiares pues, si bien en la investigación se optó por usar preferentemente la segunda por la connotación de construcción social que implica, las familias homoparentales se nombran a sí mismas únicamente como “familias”.

En 2009, se aprobó el matrimonio igualitario en la ciudad de México, lo que permitió a las parejas homosexuales contraer matrimonio y adoptar. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del país registró 689 matrimonios en 2010, de los cuales 380 fueron entre hombres y 309 entre mujeres. En 2011, los enlaces fueron 802, de los que 457 fueron entre hombres y 345 entre mujeres. La mayoría de los matrimonios se contrajo entre personas de edades comprendidas entre 25 y 29 años, seguido por personas de entre 35 y 39 años, tanto en hombres como en mujeres (INEGI, 2011, p. 21). Dos de cada mil hogares en el país son de parejas homosexuales, y muchas de ellas con hijos o con idea de tenerlos.

Las personas homosexuales constituyeron redes familiares desde mucho antes de que se promulgara la ley del matrimonio entre personas del mismo sexo. Sin embargo, estas familias actualmente tienen más visibilidad y herramientas para la exigencia de derechos gracias al reconocimiento legal y a los derechos garantizados en el Distrito Federal. Aunque cada vez son más las parejas homosexuales que se acercan a las instituciones de adopción y también son más visibles en las escuelas los niños que viven con madres o padres homosexuales, no se han estudiado las herramientas con las que los profesionales de la psicología cuentan en tales espacios, o en sus consultorios, para trabajar de manera útil con estas familias, pues la realidad homosexual en México sigue estando condicionada por la mirada de la homofobia y la heteronormatividad.

Las preguntas de investigación se pensaron desde la postura metodológica cualitativa, porque era la que facilitaba comprender los significados que las familias adjudicaban a sus experiencias en los espacios de atención psicológica y las construcciones que los profesionales usaban como mapas de trabajo para atender a estas personas. Nos interesó indagar tanto la experiencia que las familias han tenido con esos vínculos, como los discursos que los profesionales de la salud han construido en torno a estas familias y sus particularidades. Para este fin indagamos sobre los supuestos y las posturas a partir de los cuales los profesionales de la salud atienden en distintos espacios de servicio: consultorios, escuelas e instituciones de adopción. Las preguntas que guiaron esta investigación fueron dos: a) ¿cómo son los

espacios de trabajo en psicología que dificultan a las familias homoparentales la construcción de un proyecto y el mejoramiento de su salud? y por el contrario

b) ¿qué características tienen los espacios de trabajo en psicología que facilitan a las familias homoparentales aquéllos que los otros espacios impiden?

El objetivo del trabajo fue, por un lado, caracterizar el proceso psicológico de las familias homoparentales que recurren por voluntad propia o enviados por alguna institución a psicólogos, terapeutas u orientadores escolares, así como describir las formas de intervención que se vinculan más con un enfoque de diversidad sexual y de respeto a la orientación sexual. Por otra parte, nos interesaba conocer y explicitar las experiencias de estas familias en las escuelas en las que han socializado a sus hijos y analizar su relación con la salud de la familia.

Para lograr los objetivos se hicieron entrevistas familiares a parejas homosexuales y a sus hijos en México y se entrevistó a psiquiatras, psicólogos, orientadores y terapeutas con experiencia en el tratamiento de personas homosexuales (y sus familias) con el objeto de indagar los supuestos y las creencias que los guiaban en su práctica.

En la metodología cualitativa se ha vuelto indispensable un ejercicio de “reflexividad” para transparentar desde qué lugar no sólo desde la perspectiva epistemológica, sino también personal se estudia el objeto en el ejercicio científico. También se ha llamado “lugar de la enunciación”, porque las conclusiones teórico-políticas que aquí se presentan son pronunciadas desde un lugar simbólico atravesado por la historia de vida de las personas que la afirman. Algunos autores referenciales para la investigación cualitativa (Guba y Lincoln, 1994) han afirmado que el problema de la validez de los métodos cualitativos está intrínsecamente vinculado con la explicitación de los supuestos bajo los cuales se fueron tomando las decisiones metodológicas, pues el equipo de investigación es una voz que nunca deja de ser parte de su propia narración, como apunta Castro (1996).

Mi formación como psicóloga y como terapeuta, además de la preocupación sobre los temores que socialmente se han construido en torno a estos arreglos familiares, partió de cuestionamientos que marcaron la pauta para avanzar en este proceso, pues fueron muy pocos los contenidos sobre homoparentalidades y familias diversas en los centros de formación de psicología y salud en los cuales me preparé. Fueron necesarios tres años para profundizar en literatura científica sobre la realidad de este tipo de familias en mi país y en otros lugares del mundo. Estos años resultaron indispensables para conocer lo que se ha estudiado, pero también lo que falta por preguntarse.

Si bien es cierto que las afinidades personales se han considerado un problema de “sesgo” en la investigación positivista; hoy en día se ha comprendido que ninguna investigación está libre de motivaciones personales y que negarlas ha generado mucho daño respecto al rigor de las conclusiones.

Contrario a estas posturas, el lugar de la enunciación en la investigación cualitativa opera como fortaleza del investigador que usa y se usa como recurso para la investigación. Puedo afirmar desde una reflexión en retrospectiva que el hecho de ser lesbiana supuso una fortaleza en mi acercamiento a las familias homoparentales, y que ser terapeuta fue una ventaja en el trabajo al conversar con profesionales de la psicología.

Citar la investigación cualitativa como marco de trabajo dice muy poco sobre la compleja postura que dicha investigación implica en los ámbitos ontológico, epistemológico y metodológico dada la enorme variedad de gradientes posibles dentro de ella. Sin embargo, las reflexiones más avanzadas (Guba y Lincoln, 1994; Elliott, R., Fischer, C. y Rennie, D. 1999) no sólo “han hecho las paces” con la primera persona de la enunciación en el escrito de resultados, sino que también han asumido la carga afectiva que siempre hay en el conocimiento, y reivindican la importancia de lo personal en lo académico.

En este trabajo, se habla desde un *nosotros* porque las conclusiones fueron producto de una investigación en equipo (con el Seminario de Investigación de Familias Diversas en la Universidad de Sevilla, con la directora del trabajo y con el director del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva). El grupo de

trabajo fue imprescindible para el ejercicio de “observación del observador”, de manera tal que la supervisión cercana del trabajo de permitió, por ejemplo, identificar los momentos en los cuales se hacía evidente que algunos de los testimonios recogidos, generaban parálisis y bloqueos en la escritura. Eso pudo descomponerse con el fin de modificarlo. A continuación se expondrán los principales apartados del trabajo con el fin de graficar un mapa del manuscrito.

En el primer capítulo del trabajo, exponemos la perspectiva en salud a partir de la que se plantearon las preguntas de investigación y el marco epistemológico desde el cual se construyó el análisis del material cualitativo, así como la vinculación entre el objeto de investigación y las categorías más importantes del campo de la salud colectiva.

En el segundo capítulo se presentan los debates más importantes de la antropología sobre el tema de “la familia” como unidad de análisis y se explica cómo entendemos los cambios demográficos y familiares a partir de lo que algunos autores han llamado la “configuración de hogares pospatriarcales” (Requena y Revenga, 1990). También desarrollamos conceptualmente qué se entiende por homosexualidad, de acuerdo con las principales teorías que se han construido en psicología, y abordamos del mismo modo la noción de homofobia, en tanto dispositivo social y aparato ideológico que reproduce una manera de interpretar la realidad centrada en un sistema de pensamiento que Witting (1992) ha llamado “pensamiento heterosexual” y que tiene implicaciones en la salud de estos colectivos.

En el tercer capítulo, presentamos el planteamiento del problema y el “Contexto general en México”: las principales investigaciones y hallazgos sobre la homoparentalidad, así como los debates y diferentes posturas que han marcado la discusión sobre este tema en el campo de la psicología y de las ciencias sociales. Retomamos las preocupaciones que se han expresado en las discusiones académicas durante los últimos años y revelamos los hallazgos más importantes a la luz de la literatura científica. Reseñamos la metodología que se siguió para generar los resultados, los métodos, las técnicas y los instrumentos que permitieron la obtención y la construcción de los datos, así como el método de análisis que se empleó para interpretarlos.

En el cuarto capítulo, mostramos los resultados producto del análisis de las entrevistas a las familias homoparentales estudiadas y a los profesionales de la psicología entrevistados. En ambos casos, describimos los contenidos de las entrevistas y dialogamos sobre homoparentalidad a la luz de la teoría de la salud colectiva, la psicología y las investigaciones más importantes.

Por último, el quinto capítulo presenta las conclusiones de nuestro estudio y planteamos la tesis que este trabajo propone para su futura discusión académica.

CAPÍTULO I

Problemas en la atención psicológica a familias
homoparentales como un tema de la salud colectiva

1.1 Salud y homosexualidad desde la salud colectiva

Este capítulo tiene como objetivo principal desarrollar el vínculo entre salud y homosexualidad desde el campo de la salud colectiva, así como explicitar el carácter político que la práctica psicológica entraña. Entendemos salud como la capacidad de los sujetos para formular metas y estrategias congruentes con sus intereses y la posibilidad de que estas sean cumplidas mediante las actividades en las que participan² (Doyal y Gough, 1992).

También asumimos, desde la salud colectiva, el reconocimiento de que la relación salud-enfermedad es un hecho histórico y social que atañe a los colectivos humanos y que, por tanto, es necesario explicar la determinación y la distribución de este proceso más allá de su causalidad próxima; es decir, desplazar la discusión de lo biológico a lo social en un esfuerzo por señalar su ruptura con los otros modelos y construir su propio objeto de estudio (Arellano y Moreno, 2010).

En este campo se pretende estudiar la salud desde una reconfiguración del objeto salud-enfermedad-atención orientado a partir de las ciencias sociales con el fin de generar conocimiento y propuestas de solución sobre los problemas de salud de los grupos sociales (Laurell, 1981). La salud colectiva subordina el nivel individual, que sólo permite un acercamiento parcial, para asumir un nivel más inclusivo que permita entender los procesos vitales —con la integración de la salud-enfermedad— como síntesis de las contradicciones de los grupos humanos insertos en sociedades específicas (Arellano y Moreno, 2010).

Desde el campo de la salud colectiva, se propone entender la salud como un fenómeno social determinado por procesos económicos, culturales y políticos, y como un proceso histórico que se encuentra ligado a la cadena salud-enfermedad-atención-muerte la cual está determinada por las condiciones materiales y subjetivas de vida en que se da la reproducción social (Laurell,

² O la capacidad humana corporeizada de planear futuros y alcanzarlos, de acuerdo con la doctora M. Consuelo Chapela (2010).

1981). Así, la medicina social y la salud colectiva estudian los problemas de salud de los grupos humanos como producto de las relaciones de poder, a diferencia de los enfoques biomédicos y de la epidemiología tradicional, que enfatizarían los procesos biológicos y los factores de riesgo. Este enfoque se pronuncia por una lectura compleja de los problemas de salud al estudiarlos con la lente de la sociología, la antropología, las ciencias políticas, la psicología social, la economía política u otras disciplinas que facilitan la comprensión de los problemas de salud y enfermedad como expresión de las inequidades sociales (Benach, 2012).

El término “colectivo” se refiere a un grupo con unas características sociales concretas, y no sólo biológicas, compartidas. En este campo se intenta entender el problema de la enfermedad como resultado de determinaciones que incluyen en sus procesos categorías tales como clase social, género (Breilh, 2010) o, muy recientemente, sexualidad.

Esta área del conocimiento científico ha construido dos objetos de investigación en los que se insertan los temas considerados como preocupaciones fundamentales en el área de la salud: los procesos sociales que determinan desigualdades en salud y las respuestas que se han desarrollado históricamente para resolver estos problemas (Granados, 2006).

La salud de las colectividades homosexuales se convierte en tema fundamental en tanto que en ellas se expresan perfiles patológicos específicos cuya particularidad ha sido asociada a la discriminación y a las desigualdades sociales en la vida cotidiana y especialmente en los servicios y en el ejercicio de sus derechos. Por lo que se refiere al primer objeto es importante explicar la relación entre las desigualdades sociales y los perfiles patológicos del colectivo homosexual en México, pues la comparación entre varones heterosexuales y homosexuales indica que estos últimos se presentan con más frecuencia suicidios, intentos suicidas y depresión —si bien en la población en general son problemas que en México tienen alta tasas de incidencia—.

Igualmente, las lesbianas tienen mayores índices de consumo de antidepresivos que las mujeres heterosexuales, por ejemplo (Granados, 2006).

La discriminación, el estigma y el prejuicio hacia la homosexualidad conforman un contexto estresante y hostil que causa problemas de salud y enfermedad en lesbianas, homosexuales y bisexuales. Los homosexuales muestran mayores tasas globales de desórdenes mentales que los heterosexuales. De este modo se ha identificado una mayor prevalencia de trastornos depresivos, ansiedad, ataques de pánico y estrés psicológico (Ann P. Haas, Vickie M. et ál, 2012; Ortiz, 2005; Granados, 2006;) pero estas desigualdades en salud no se explican por diferencias biológicas, sino por distinciones sociales en función de su orientación sexual; por ejemplo, esto entre los homosexuales predice el uso de psicoterapia y de medicación psiquiátrica en el proceso de ajuste familiar a la homosexualidad.

Para la salud colectiva, la definición de la relevancia de un problema no viene dada sólo por la magnitud de la cifra de personas que sufren tal o cual enfermedad (como se abordaría a partir de enfoques biomédicos), sino además por la importancia cualitativa que ese problema tiene para quienes lo sufren. Aunque no existen criterios muy definidos para determinar estrictamente cuándo un problema de salud es colectivo o susceptible de pertenecer a uno de los dos objetos de estudio de este campo, deben tenerse en cuenta algunas características: a) que los daños a la salud amenacen la permanencia histórica del grupo social, b) que estos daños impliquen dificultades para que los individuos satisfagan otras necesidades, c) que los daños se muestren de manera desigual tanto en el interior del grupo social como en comparación con otros grupos y d) que la causalidad (de los daños o desigualdades) esté determinada socialmente; es decir, que se genere por la forma en que se han establecido las relaciones en el interior de la sociedad en cuestión (Granados, 2006).

Para la salud colectiva, la disminución de riesgos y daños a la salud, dado su origen en las modalidades históricas que asume la reproducción social, estaría determinada por la transformación de las relaciones en general.

La problemática de salud mental que enfrenta el colectivo homosexual son un tema que compete directamente a la salud colectiva en tanto que tienen que ver con una organización social que ha calificado a los miembros de dicho

colectivo como inadecuados, enfermos, pervertidos, sucios o delincuentes. El aislamiento y la anormalización de la homosexualidad son expresiones de homofobia que restringen su vida: limitan el desarrollo de sus potencialidades para vivir su sexualidad y afectividad sin culpa, prejuicio o miedo, una parte fundamental de su desarrollo humano. El marco referencial que ha conceptualizado el término “estrés de minorías” confirma también que los grupos minoritarios sufren por el hecho de estar en desventaja numérica y que el estrés por esta condición puede funcionar como predictor de salud mental (Cokley, K., McClain, S. et ál., 2013).

Aun cuando las características compartidas por el colectivo —el de los homosexuales en particular no es un grupo homogéneo— representan una diversidad de experiencias que están influidas por la clase, etnia y género, como todos los grupos humanos, es posible que aquellas con nivel económico alto puedan sortear mejor la gran cantidad de dificultades que se desprenden de vivir en sociedades homófobas. En buena medida eso se debe por la producción y consumo de servicios “gay friendly” o “rosas”. Se trata de un mercado reciente dirigido a esta población —como un “nuevo nicho” para la acumulación de capital—, además de legitimar su globalización: vender servicios y productos de consumo dirigidos a la población gay les garantiza seguridad y afirma promover la socialización en espacios turísticos por lo general y de intercambio sexual exclusivos, con el fin de superar el aislamiento social y la estigmatización que implica su sexualidad. La llamada “economía rosa” ha sido estudiada sociológicamente (Hernández, 2010) como una manifestación de la capacidad del mercado global de integrar a diferentes grupos como consumidores; no obstante, el porcentaje de homosexuales que tiene acceso a ese mundo construido como una burbuja de consumo es todavía marginal.

Las limitaciones de la aparente igualdad que ofrece el mercado “rosa” se reafirman con una realidad profundamente distinta, los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México (2010) mencionan, que 58.5 % de la muestra de personas lesbianas, homosexuales o bisexuales de

nivel socioeconómico bajo seguía considerando que la discriminación era su principal problema, mientras que sólo 37.4 % de los consultados entre la población de nivel socioeconómico medio y alto afirmaba lo mismo.

En México, los homosexuales siguen manteniendo relaciones erótico sexuales y/o afectivas en contextos que favorecen la clandestinidad, la marginación y el miedo, características que desfavorecen su potencialidad saludable (Granados et ál., 2006). Las condiciones relativas a la marginación y exclusión de personas homosexuales —que propician la violencia, desde la verbal hasta el asesinato— son todavía un problema. Es aquí donde se vincula con el primer objeto que preocupa a la salud colectiva, porque los daños a la salud amenazan a la permanencia histórica de este grupo social y su resolución pasa por la necesaria transformación de las relaciones sociales. México ocupa el segundo lugar mundial en crímenes de odio por homofobia, sólo por debajo de Brasil. El Informe sobre el registro de homicidios, realizado por la Comisión Ciudadana Contra Crímenes de Odio por Homofobia, detalla que en México se han registrado 798 asesinatos desde 1995 a marzo de 2013, contra personas de los grupos Lésbico, Gay, Bisexual, Travesti, Transgénero, Transexual e Intersexual (LGBTITI) (Parrini y Brito, 2012).

Otro de los problemas que enfrentan los homosexuales es la forma como la medicina científica, práctica social y los servicios médicos enfocan, comprenden y atienden sus enfermedades como parte de la respuesta social organizada a la salud. Muchos médicos siguen discriminando a la población homosexual en los servicios de salud porque consideran que sus problemas de salud se deben a su homosexualidad y no al rechazo social. El Reporte sobre Discriminación en México 2012, por ejemplo, recupera el estudio del Instituto Nacional de Salud Pública, que analizó una muestra de 373 profesionales de la salud (131 hombres y 239 mujeres de Estado de México, Yucatán y Distrito Federal).

Los resultados de este estudio demostraron que casi una cuarta parte de la muestra seguía pensando que la homosexualidad era causa de sida en México, y casi tres cuartas partes que las personas con VIH eran culpables de su condición. Casi 30 % expresó que el aislamiento era lo mejor para proteger

al equipo de médicos. Sabemos que, en el país, todavía existe personal médico y de enfermería que prefiere no tratar con personas homosexuales argumentando razones supuestamente morales o que son portadores de enfermedades infectocontagiosas.

En ese mismo sentido, resulta pertinente también identificar cómo profesionales de la psicología y la psiquiatría enfocan los problemas de salud de las personas homosexuales, así como su impacto en las intervenciones que desarrollan.

Los procesos de salud-enfermedad de este colectivo están directamente vinculados con esta realidad de discriminación. La salud colectiva lo entiende así, y por eso plantea las preguntas desde una perspectiva sociológica, política y cultural.

1.2 La función social de los profesionales de la psicología

El acto médico constituye no sólo un acto técnico,
sino un acto social e ideológico³

EDUARDO L. MENÉNDEZ

En el campo de la psicología, si bien se confirma una sistemática preocupación por el mejoramiento de la práctica profesional relacionada con hacer mejor el trabajo clínico, hay menos interés por reflexionar sobre cómo se vincula el trabajo profesional con su función social (Parker, 2007) y cómo los profesionales de la psicología se vinculan con realidades diferentes a la norma tradicional.

Ginsberg (2007) ha señalado que la sinonimia entre salud y normalidad, que da por hecho la formación en psicología, tiene serias consecuencias teóricas y prácticas porque posibilita la actuación de los profesionales de la salud como instrumentos de control social. Tales profesionales han sido encargados socialmente de acercar a las personas que se comportan de manera anómala hacia los valores normales, sin hacer un análisis crítico sobre la forma en que

³ “Y ético, agregaría Diego García, y yo con él” (JORGE ALVAREZ DÍAZ, asesoría 4 nov 2013).

la concepción de normalidad ligada a la salud responde categóricamente al terreno de lo ideológico, a la necesidad de cada sociedad de construir un modelo de sujeto adecuado para su mantenimiento y reproducción (Ginsberg, 2007).

Martínez (2007) ha explicado que la anormalidad estadística no implica más que un modo distinto de andar por la vida y que los procesos de salud-enfermedad obedecen a normalidades diferentes. Los seres vivos que se desvían del tipo específico “normal”, lejos de estar en el camino de la patología, son inventores que se encaminan hacia nuevas formas de vida posibles (Canguilhem, 1986).

Atxoutegui se preguntó si debería aplicarse una categoría psicopatológica denominada “normópata” al individuo que se adapta a las normas impuestas y que no adopta posturas independientes (Dobles, 1990). Así, en vez de patologizar la trasgresión y la rebeldía, la adaptación a un contexto de desigualdad se contemplaría como una enfermedad.⁴

La práctica en salud es, como vemos, una acción política tanto si trabaja en función de adaptar a los sujetos a la norma como si lo hace por la transformación social y la crítica a la normalización. Estas posturas se transparentan cuando los profesionales están frente a personas que se han movido fuera de la norma y ante las cuales pueden ejercer acciones iatrogénicas sobre la salud mental de los consultantes. El ejercicio profesional del psicólogo es susceptible de generar daños a la salud de las personas que recurren a él en busca de ayuda si, en la práctica, perpetúa la idea de entender la homosexualidad como una anomalía.

La enfermedad iatrogénica fue un término recuperado de la crítica a la medicina, relacionado con la idea de que la disciplina médica actual vuelve a la sociedad menos sana porque reduce lo que constituye la salud de cada individuo: su autonomía personal (Illich, 1975). Si bien el concepto ha sido aplicado a la medicina y descuidado en la psicología, también ocurre en esta y

⁴ Para mirar más de cerca la construcción sociocultural e histórica del concepto de homosexualidad, véase la discusión en el capítulo 3.

obedece a esquemas sociales sobre la sexualidad que influyen en las perspectivas profesionales.

Espirella (2007) ha identificado al menos tres formas de expresar la homofobia en el campo de la psicología y la psiquiatría: por medio de 1) la patologización, el proceso mediante el cual la homosexualidad sigue apareciendo en los manuales de enfermedades psiquiátricas con distintos adjetivos (actualmente aparece como egodistonia) y, sin embargo, la homofobia no aparece como trastorno a elaborar; 2) la desconfirmación, que se refiere al hecho de que en la literatura del campo la homosexualidad no existe como una manifestación más de la diversidad humana y se asume por omisión que la persona que se está entrevistando es heterosexual y 3) la exclusión que abarca el prejuicio de pensar que para que un profesional pueda brindar atención de calidad debe él mismo ser heterosexual (Espirella, 2007).

Muchas veces, las preguntas planteadas desde la salud colectiva cumplen la función de hacer cuestionamientos incómodos al interior del campo de la salud. En este caso, si se parte de la premisa de que la psicología con frecuencia se queda atrapada en la fascinación por las historias individuales, sin necesariamente vincularlas con los procesos políticos económicos y culturales que prevalecen en la estructura social; la salud colectiva puede ser el disparador de preguntas que no se han hecho, guiada por un enfoque en el que se considera que los daños a la salud, como el sufrimiento psíquico (en este caso, de las familias homosexuales), están relacionados con una dimensión política caracterizada por la exclusión.

Cuando existe claridad por parte de los profesionales de la psicología en relación con las implicaciones de su trabajo en la práctica y los supuestos ideológicos que operan en su praxis, es posible un trabajo explícitamente comprometido que pueda tender a procesos de empoderamiento de los sujetos que consultan. Para ello, son necesarios los esfuerzos por contextualizar de manera histórica una temática que, por tradición, ha sido considerada

intrapsíquica, recuperar en el análisis la dimensión política del problema, resignificarlo y resituarlo en el espacio de lo colectivo (Piper, 2001). Por eso, es vital invitar a los profesionales de la psicología a que hagan una reflexión crítica en torno a los supuestos bajo los cuales trabajan —en este caso, con familias homoparentales—, sus preconcepciones sobre la homosexualidad, la homoparentalidad, la salud mental de los niños producto de estas uniones y los derechos a los que debían tener acceso las personas homosexuales con el fin de evitar prácticas iatrogénicas que intensifiquen los efectos de la homofobia. Explicitar supuestos, así como describir las experiencias de las familias que han acudido a estos profesionales, puede aportar conocimiento para identificar en qué hipótesis se están anclando las intervenciones y si estas promueven o dificultan el desarrollo de las potencialidades humanas que favorecen la salud (Doyal y Gough, 1991), posibilitando u obstaculizando, al mismo tiempo, el ejercicio de estas familias del derecho a la salud.

CAPÍTULO II

Arreglos familiares

2.1 La familia como forma histórica de organización social

La familia se ha hecho cargo de proveer a los individuos de la protección que los muy precarios sistemas de protección social no pueden ofrecer y, en la práctica, es la única institución que amortigua las crisis económicas, el desempleo y la enfermedad. Ante el fracaso de algunos otros arreglos comunitarios para la vida colectiva, la familia se convierte en la única forma jurídica actual que, de hecho, garantiza ciertos derechos y protege ante la enfermedad, la incertidumbre económica y la muerte (González de la Rocha, 2006:56).

En este apartado presentamos algunas discusiones importantes sobre el tema de la familia como organizador social y como espacio en el que se expresan procesos determinados cultural e históricamente de forma empírica. Se explica cuál es el debate hoy en día, así como las discusiones construidas frente al concepto tradicional de familia. Se opta por hablar de arreglos familiares para cuestionar la esencialidad que, frecuentemente, se asocia con el término y también para dotarlo del plural que permite la posibilidad de imaginar diversos arreglos desde el principio.

Uno de los autores más importantes de las relaciones de parentesco y los lazos de consanguinidad en sociedades que él llamó “primitivas” fue Bronislaw Malinowski, quien en 1929 se preguntó sobre la familia como unidad esencial y sobre el principio del matrimonio en las sociedades humanas. Ante la escuela que defendía un comunitarismo original de parentesco, Malinowski expuso que había una estructura esencialmente universal y permanente en el tiempo: la que contemplaba a un hombre, una mujer y su prole. Cuestionando a otros autores de su época —como Morgan, que había estudiado los arreglos clánicos en las sociedades “primitivas”—, Malinowski sostenía que el clan no era una organización distinta de la familia, sino una ampliación de esta misma. Argumentó que el matrimonio de grupo no era lo común en los clanes y, más bien, estos eran un conjunto de familias que, si bien compartían algunas tareas, también dejaban perfectamente claras las filiaciones biológicas de cada uno de sus miembros.

[...] El clan es el resultado de la extensión más amplia posible de los lazos de parentesco [...] es el producto de la influencia que extiende el parentesco familiar hacia esferas más amplias de acción (Malinowski, 1980, p. 27).

Lo importante en la discusión es la universalidad del sistema de parentesco familiar, pues la familia es una institución para este clásico de la antropología social al igual que el matrimonio, fundante, esencial y universal en tanto ha estado presente de manera más o menos estable desde las sociedades que él llama “bárbaras” hasta nuestros días, y esto tiene implicaciones en la interpretación de la historia, la cultura y el futuro de la sociedad humana.

El estudio del parentesco, lejos de demostrar la poca importancia de la familia, prueba la tenacidad de sus lazos y su pertinencia a través de la vida como modelos para relaciones sociales más amplias. La larga experiencia de la humanidad, que sólo la antropología puede aclarar, nos enseña que las instituciones del matrimonio y de la familia nunca han estado ausentes en la historia de la misma, que son la base indispensable de la estructura de la sociedad humana y que, aun cuando pueden modificarse en el futuro, no serán nunca destruidas y tampoco su influencia seriamente perjudicada (Malinowski, 1980, p. 103).

Para este autor, el parentesco consiste en “los hechos de la sexualidad, el matrimonio, la familia y el clan”, y están relacionados en una “institución integral” que él llama “de la procreación humana”. La tesis que plantea en su obra se conoció como “hipótesis extensionista” porque implica que la familia fue la base de la estructura social y el parentesco la extensión de esta a partir de una situación inicial en la que los únicos protagonistas eran el padre, la madre y su progenie.

Malinowski considera que la familia —compuesta de hombre, mujer y progenie— no sólo ha sido un arreglo universal en la historia humana, sino que también es la única que responde a la “naturaleza” animal dado que, asimismo, encuentra ejemplos de mamíferos que representan “el celo de la madre que amamanta y el padre vigilante-protector” (Malinowski, 1980, p. 19).

El autor, entonces, aseguró que el parentesco, el sentimiento protector de los padres y la relación de los hijos con estos “forman parte de las dotes innatas indispensables para la supervivencia de la especie” (Malinowski, 1980, p. 21), y aunque cada cultura esté construida por su propio sistema de parentesco (tipo especial de lazos personales) “es un hecho innegable que la familia es universal y sociológicamente más importante que el clan, al cual precede y sobrevive en la evolución de la humanidad”. Bajo esta concepción, los criterios para entender el parentesco son todos biológicos esencialistas, pues consideran la consanguinidad como resultado de procesos “naturales” y, por tanto, “ahistóricos”, parten además de la supuesta universalidad de la unión heterosexual de los padres en la conformación de las relaciones de parentesco que constituyen a la sociedad.

Sin embargo, el tema del parentesco ha suscitado importantes e innumerables debates. Claude Lévi-Strauss (1981) critica la postura que sostiene que la familia, construida por una unión socialmente aprobada de un hombre, una mujer y los hijos, es un fenómeno universal que se halla presente en todos y cada uno de los tipos de sociedad a lo largo de la geografía y el tiempo. Lévi-Strauss (1981) considera que lo que son universales son los lazos familiares organizados a partir de consideraciones que no son biológicas, sino fundamentalmente culturales, económicas y afectivas. Desde esa perspectiva critica el esencialismo de una supuesta legitimidad de la unión heterosexual de los padres. La teoría de la alianza plantea que la familia y su constitución son fenómenos históricos que son resultado de las relaciones económicas vigentes y que estas delimitan una serie de prohibiciones sexuales funcionales al modo de producción, en ese sentido, las proscripciones sexuales se observan en todas las culturas, pero no siempre son las mismas. Por ejemplo, entre los nayar (costa de Malabar en la India), las mujeres casadas estaban autorizadas a tener tantos amantes como quisieran, los hijos pertenecían exclusivamente a la madre y la autoridad sobre las familias y las tierras no era ejercida por el marido, sino por los hermanos de ella. Entre los tupi-kawahib (centro de Brasil), un jefe puede casarse con varias hermanas o con una madre y sus hijas (de un matrimonio anterior) y prestar a sus esposas de buen grado a sus hermanos menores, funcionarios de la corte y visitantes.

Los chukchi, de Siberia, no mostraban la menor repulsión ante el matrimonio entre una chica de veinte años y un bebé marido de dos o tres años. En cambio, los indígenas mojave (Estados Unidos) tenían la costumbre opuesta: un hombre se casaba con una niña a la que cuidaba hasta que fuera lo suficientemente mayor para cumplir con sus deberes conyugales. Es decir, el matrimonio tiene poco que ver con la satisfacción del impulso sexual en la mayor parte de los pueblos y mucho con un convenio económico entre familias, que ganan con la alianza o con arreglos que posibilitan la reproducción social y no sólo la biológica pues es hasta la modernidad que empiezan gradualmente a legitimarse los matrimonios “por amor” y no solo por convenio.

Los lazos organizados y jerarquizados no son iguales en las diferentes culturas, y lo mismo ocurre en la división sexual del trabajo: aunque hay labores propias de las mujeres y otras exclusivas de los hombres en todas las organizaciones, no todos los trabajos de hombres en una cultura son también de hombres en otra. Las mujeres han sido habitualmente las encargadas de cuidar a los niños que paren, pero los hombres están obligados a simular un parto para compartir la crianza de la criatura en igualdad de condiciones en la cultura covada. Adicionalmente, se hace más difícil aún diferenciar reglas que gobiernen la división sexual del trabajo si consideramos actividades menos básicas que la crianza de los hijos y la guerra. Las mujeres bororo trabajan la tierra, mientras que esta es una responsabilidad de hombres entre los zuñi. La construcción de chozas, la fabricación de cacharros y la confección de vestimentas puede ser labor de uno y otro sexo según la cultura de que se trate (Lévi-Strauss, 1981).

Malinowski (1980) señala que el tabú del incesto se debía a una ley natural y biológica que impedía el casamiento entre hermanos por razones genéticas (biológicas), pero Lévi-Strauss no encontró fundamento natural alguno que lo explicara.

En el enfoque estructuralista de Lévi-Strauss la familia es un grupo económico basado en la división sexual del trabajo con el fin de sobrevivir; no está organizado —ni sus prohibiciones, ni tampoco sus reglas de parentesco— a partir de normas naturales o biológicas, sino de consideraciones culturales, económicas y afectivas.

Como ejemplo de la no universalidad del arreglo heterosexual de familia están, los pueblos que prohíben casarse con primos de linaje materno pero no con los primos del lado paterno, igualmente cercanos biológicamente (Lévi-Strauss, 1981). Ante la mirada etnocentrista todas estas distinciones parecen fantásticas, no civilizadas o en surgidas en periodos de retraso evolutivo porque no pueden explicarse en términos biológicos ni psicológicos, pero sí materiales y de supervivencia económica.

Si tenemos en cuenta que todas las prohibiciones matrimoniales no tienen otra finalidad que la de establecer una dependencia mutua entre las familias biológicas [...] todo este complicado conjunto de reglas y distinciones no son más que el resultado de procesos mediante los cuales, en una sociedad determinada, las familias se relacionan una con otra con el fin de participar en el juego del matrimonio (Lévi-Strauss, 1981, p. 42).

Existen poderosos lazos familiares que permiten la supervivencia y reproducción biológica y social en todas las culturas; sin embargo, la explicación sobre el origen de estos lazos varía. De ese modo, Lévi-Strauss (1981) indica que tienen que ver con arreglos socio-históricos, mientras que Malinowski los relacionaba con una supuesta “naturaleza” de lo innato.

La discusión es pertinente en tanto que lo que está de fondo en el debate sobre los arreglos familiares es si el conjunto conformado por madre, padre y progenie es el único y mejor arreglo social, el indicador de la “civilización” o del imperio de la cultura, el “destino de la especie”, el que obedece al “orden natural” y que por lo tanto es el “normal” o, por el contrario (y como apuntaban los antropólogos materialistas), es una construcción social que respondió a intereses de organización política y económica de un periodo histórico específico.

Este periodo, que atestigua el debilitamiento de los arreglos nucleares de la familia y la emergencia de otras configuraciones como la monoparental y homoparental, ha despertado una ola de temor sobre las posibles consecuencias negativas de este cambio.

2.2 Transiciones en la historia de la familia

Flaquer (1999) considera que hubo grandes transiciones en la historia de la familia: de la tradicional campesina, que era extensa —en la que tres generaciones convivían y trabajaban en un mismo espacio—, a la familia nuclear producto de la era industrial formada sólo por la pareja y los hijos biológicos —en la cual se dividió el trabajo en público y privado, siendo los hombres los que se dedicaron al sistema de producción y las mujeres a la reproducción social—. La tercera transición es aquella que llamó pospatriarcal en la era de la deslegitimación del sistema patriarcal, en la que tanto las mujeres como los hijos exigen una vida menos autoritaria, jerárquica y dependiente respecto al varón.

Según Flaquer, esto no quiere decir que se haya trascendido la sociedad patriarcal, ya que muchas de las prácticas siguen vigentes. Sin embargo, la familia tradicional como modelo es residual, después de ser dominante. El modelo nuclear sigue siendo hegemónico, pero con tendencia al ocaso, y el modelo pospatriarcal se halla en fase emergente (Flaquer, 1999, p. 38).

En cada una de las transiciones descritas hubo argumentos sociológicos que pronosticaban la muerte de la unidad familiar, los valores de solidaridad y convivencialidad y la reproducción social tal como se conocía. En 1955, frente a los cambios producto de la industrialización y modernización en las sociedades capitalistas, los sociólogos se preguntaron si estas transformaciones representarían el fin de la familia y, por tanto, de la sociedad como se conocía hasta entonces. Talcott Parsons (1955) publicó la tesis de que esto se debía a la “pérdida de su función” y “desorganización” de las familias. Estos argumentos se esgrimían cuando las mujeres estaban saliendo lentamente del espacio privado y conquistando algunos otros espacios nuevos en el mundo laboral remunerado.

Cuando fueron abolidas las leyes de miscegenación⁵ —alrededor de 1967 en Estados Unidos— y ante el temor social de lo que podía implicar el matrimonio interracial, se hicieron nuevas alusiones a profecías catastróficas. Con premisas de corte genético se buscó sostener que la miscegenación generaría razas corruptas y que sería malsano para los hijos producto de procreaciones mezcladas. Se debatía sobre cómo estas nuevas estructuras familiares quebrantaban las de la familia y la sociedad tradicionales, y cómo los hijos de esos matrimonios no pertenecerían ni a una raza ni a la otra, sufrirían confusión por su identidad, además de discriminación en la sociedad (Castañeda, 2006).

Amplios sectores de la población temen al reconocimiento de la existencia de los diversos arreglos familiares, creyendo que hay una flexibilización en estos últimos y dudan que los cambios destruyan la sociedad.

Para Flaquer (1999), las verdaderas revoluciones son siempre culturales. La modificación de los modelos familiares, sin duda, se realiza mediante cambios culturales con bases materiales importantes, como lo son los cambios en los sistemas de producción y la incorporación de la mano de obra femenina a la vida pública. Es por eso que, para entender la transformación de los colectivos familiares, es indispensable ver hacia fuera, no hacia dentro, y contextualizar la reacción social que pronostica desastres cada vez que un modelo familiar deja de ser útil para la reproducción social de sus miembros.

2.3 Nuevas parentalidades

La secularización de la sociedad, la movilidad geográfica de la sociedad; las dificultades para conciliar la vida laboral, familiar y personal; la modificación de las condiciones económicas y las transformaciones del mercado laboral con la incorporación de las mujeres y su progresiva emancipación económica; los avances tecnológicos en el ámbito biomédico; la sexualidad más “liberada” de los confinamientos morales; el retraso de la maternidad y el descenso de la natalidad (Donoso, 2012, p. 39) han contribuido a que la familia se transforme y, con ella, también los lazos de parentesco.

⁵ Que impedían la unión de personas de razas diferentes.

Por otra parte, tanto Alberdi (1999) como Flaquer (1999) añaden como factor ideológico determinante la extensión del pensamiento feminista que ha propiciado una revolución al interior de las familias desnaturalizando la desigualdad en la distribución del trabajo, según el cual unos asumen que el remunerado y otros el trabajo no remunerado. También es necesario considerar que las crisis económicas de las sociedades de mercado promueven la modificación de los arreglos familiares, por ejemplo, los varones pueden verse desplazados del trabajo asalariado y llevados al cuidado de los hijos, cuando las empresas prefieren contratar a mujeres por su mayor disposición a la disciplina y porque históricamente han recibido salarios más bajos que los varones.

La permanencia más larga de los hijos en el hogar de origen, conformando arreglos familiares que trascienden a padres e hijos, y que incluyen abuelos y nietos, contribuyendo todos al ingreso familiar para la satisfacción de sus necesidades son en sí mismos arreglos que contradicen la supuesta “naturaleza” o universalidad de un único arreglo familiar.

Los métodos de reproducción asistida han dado lugar a nuevas configuraciones de parentesco que los antropólogos clásicos no hubieran podido predecir y que obligan a repensar los lazos y las reglas de filiación y afiliación, con el fin de entender las relaciones y los nuevos vínculos que se conforman. Hoy en día, se puede hablar de maternidad tradicional, holística, genética nuclear, genética extranuclear, biológica o gestante, referencial o post mórtem, legal o compartida y de segundo orden. Tradicional es la madre que, aunque no sea biológica, asume las funciones de maternidad como la comadre en una comunidad tradicional, por ejemplo. Se conoce como madre holística a aquella que enfrenta el proceso de embarazo, gestación, parto y crianza; la madre genética nuclear es aquella que dona un ovocito para su posible fecundación. La madre genética extranuclear es aquella que aporta material genético en caso de que el óvulo de otra mujer tenga problemas de citoplasma mitocondrial. La madre biológica es aquella que tiene un hijo y lo cría, aunque no necesariamente sea producto de un óvulo suyo; la madre gestante es la mujer que subroga su vientre para la formación de un embrión, pero no lo cría. La madre referencial es aquella que donó un ovocito que es fecundado una vez

que ella ha muerto. La madre legal es aquella que tiene derechos sobre el niño o la niña porque lo ha adoptado. La madre de segundo orden es aquella que gestó bajo la figura de vientre subrogado y, posteriormente, exige derechos sobre el niño o la niña que gestó de manera que logra tener derechos por ley, pero en segundo grado (Alvarez-Díaz, 2010).

Por eso el autor ha propuesto la necesidad de crear una nueva gramática cultural para hablar de parentesco en la actualidad, en un momento en que las técnicas de reproducción humana asistida estrenan nuevas tipologías de vínculos familiares. En este sentido, para Alvarez-Díaz (2010, p. 426): “Resulta entonces que, para ser madre o padre, no se necesita tener un espermatozoide o un ovocito, una gestación o que sea reconocido un proceso legal; hay algo previo, que es el deseo de serlo. Esta necesidad lleva a muchos a acudir a las técnicas de reproducción humana asistida”.

Sin embargo, aunque nuevas prácticas y elecciones ha establecido también nuevas formas de establecer un parentesco, estos cambios no han significado la validación social de todos los modelos familiares. Por ejemplo en muchas de las clínicas de reproducción asistida sigue siendo requisito estar casado y ser miembro de una pareja heterosexual para lograr ser atendido. De ese modo, persiste la idealización de una estructura particular de familia, lo que Weston (1991) llamó “la construcción privilegiada” (hombre, mujer y sus hijos), que constituye el modelo sobre el que se asientan los patrones de normalidad. Se tiende a considerar a la familia nuclear heterosexual como un fenómeno natural aun cuando las miradas antropológicas han desmitificado esta idea desde hace ya más de un siglo (Donoso, 2012).

Así, el debate entre Malinowski (1980) y Lévi-Strauss (1981) se ha reeditado. Algunos autores siguen defendiendo la idea de que el parentesco es un hecho de la sociedad basado en los fenómenos de la naturaleza: se asocia sexualidad con reproducción, reproducción con relaciones heterosexuales, relaciones heterosexuales con familia y familia con matrimonio (Schneider, 1997).

Otros autores, en cambio (Bestard, 2009), explican que los elementos biológicos del parentesco son símbolos culturalmente significantes cuyos referentes no son los procesos naturales de la biología, sino una construcción cultural.

La tensión entre biología y elección sigue presente en el debate del parentesco. Es un hecho que, actualmente, muchas parejas homosexuales tienen hijos con ayuda de las técnicas de reproducción y muchas parejas heterosexuales deciden no tenerlos, rebelándose ante esa posibilidad de su biología. Estas modalidades de emparentamiento están develando el carácter simbólico de la biología en la construcción del parentesco al cuestionarla como base natural y factor único de la creación del mismo.

Esto no quiere decir que la elección y la voluntad hayan desplazado o sustituido a la naturaleza en la construcción del parentesco, sino que asistimos nuevamente a una tensión entre biología y elección. La noción de familia que defienden lesbianas y gays afirma que aquellas personas que reivindican identidades sexuales no procreativas pueden pretender establecer lazos familiares sin recurrir al matrimonio o a la descendencia.

El parentesco lésbico-gay rechaza con su sola existencia la naturalización de los lazos familiares que ponen en ecuación de igualdad la conexión biológica con el parentesco y defienden relaciones que participan de un código de conducta sustentado en el afecto, la negociación y un compromiso voluntario de pertenencia; en ese sentido, las familias homparentales reafirman la perspectiva de Lévi-Strauss sobre los arreglos familiares. Las comunidades homosexuales han cuestionado dos ideas sociales muy arraigadas: una, que las relaciones de sangre son mejores por ser incondicionales y, dos, las relaciones (familia) elegidas no tienen la misma calidad que las de sangre. En muchas de sus experiencias, los homosexuales al revelar su sexualidad a la familia de origen ha sido razón suficiente para que las relaciones “de sangre” se rompan, de manera que, frecuentemente, la revelación de la orientación sexual ha puesto a prueba la relación de permanencia de los lazos biogenéticos al mismo tiempo que cuestionado los supuestos sobre el carácter de solidaridad de las relaciones de parentesco biológico y la permanencia de

las relaciones de sangre. Por eso, autores como Weston (1991) explican que “las genealogías electivas se superponen, también en el caso de los heterosexuales, a las genealogías biológicas” (Donoso, 2012, p. 50).

Estos dos modelos de parentesco (por nexo biológico o por vínculo social-afectivo) no se desarrollan independientemente: hay una poderosa dimensión electiva en el modelo biológico y una también poderosa dimensión biológica en el modelo electivo homoparental. El peligro es la legitimación selectiva de un determinado arreglo familiar sobre otro, así como fundamentar todas las relaciones sociales a una supuesta unidad básica universal y natural, conformando así una sociedad que se estructura en la heterosexualidad. En el capítulo 4 se expone el modelo homoparental, las críticas más frecuentes que se le han hecho y las investigaciones más recientes y serias sobre familias homoparentales. Sin embargo, para comprender la homoparentalidad y las construcciones sociales de su alrededor es primero fundamental explicar cómo la homosexualidad se ha definido como un proceso patológico y/o un producto de una falla o déficit en el proceso de desarrollo de la persona.

2.4 La construcción de la homosexualidad como categoría nosológica

En esta sección se expone brevemente el proceso mediante el cual la homosexualidad se ha construido como problema en el campo de la medicina y la psicología, así como la noción de homofobia, entendida como un mecanismo de exclusión no sólo de las disciplinas profesionales, sino también del mundo social. El objetivo de este apartado no es describir con profundidad las diversas teorías que dan cuenta del deseo homosexual, sino explicar las construcciones teóricas que han servido de referente a los profesionales de la psicología en su formación profesional y posteriormente, en su praxis, en términos generales. Lo anterior es un referente teórico básico para comprender la influencia de la intervención terapéutica de los psicólogos en la dinámica de la composición de las familias homoparentales.

Desde el siglo XIX, la medicina y la psicología han planteado la homosexualidad como una patología. Pese a su exclusión en los listados de

enfermedades mentales, que desde hace décadas ha realizado la comunidad científica, aún prevalecen entre los profesionales de la salud prejuicios que se traducen en actitudes y actos discriminatorios. Difícilmente se podría abordar el tema de la relación entre la psicología y las familias homoparentales sin explicar las teorías que la disciplina ha construido para explicar la homosexualidad; si se toma en cuenta que cualquier relación entre dos mundos o sistemas está mediada por la manera como uno entiende al otro y viceversa. Por eso, un psicólogo no puede hacer abstracción de las teorías que ha aprehendido para entender la homosexualidad cuando se relaciona con una familia construida por homosexuales.

Así como el enfermo mental se constituyó como sujeto loco en relación con la psiquiatría (Chapela, 2004), el sujeto homosexual se constituyó como sujeto patológico en relación con el mundo de los profesionales de la salud mental (Szasz, 1970). Entender que la psiquiatría y la psicología han construido la relación homosexualidad-psicopatología es fundamental para comprender también qué elementos han empleado para la supuesta “cura” de la misma. Cuando, a finales del siglo XVII, las creencias e instituciones religiosas sufrieron un declive de su poder por el correspondiente ascenso de la ideología laica, la fuerza y la utilidad de las explicaciones sobrenaturales disminuyeron y fueron reemplazadas por razonamientos distintos pero con un alcance parecido: las autoridades científicas sustituyeron gradualmente a los clérigos con fábulas explicatorias lo suficientemente poderosas como para desplazar a las antiguas (Foucault, 1977).

En esa coyuntura, los médicos se encontraron en la posición idónea para ofrecer una nueva explicación a muchos de los fenómenos que antes se atribuían a la brujería, porque eran los expertos en el bienestar del cuerpo. Frente a la locura, que hace tiempo se explicaba por la influencia de Satanás, la medicina tenía explicaciones cimentadas en otros fundamentos.

Pionero en el estudio de la sexualidad en relación con el poder, Foucault encontró que esta se construyó a comienzos del siglo XIX. Antes, había sexo — o carne o placeres— y, a pesar de que se tomaba como una constante histórica, la sexualidad tiene a la modernidad como fecha de nacimiento

(Rodríguez, 1999), cuando los médicos encontraron un hecho sexual como explicación de la locura: la masturbación. Esta funcionó como sustrato teórico del control de las sexualidades por medio de actos médicos. El primero en intentar hacerlo fue un clérigo anónimo convertido en médico alrededor de 1710 cuando publicó un tratado llamado Onania o el nefasto pecado de la autocontaminación que, en 1760, ya había alcanzado la octogésima edición (Szasz, 1970). En 1758, otro famoso médico de Lausana confirmó la teoría de la masturbación como origen de la locura con otro tratado sobre los desórdenes producidos por el acto y, así, la idea de la locura masturbatoria pasó de hipótesis a dogma científico en 1766. Los psiquiatras castigaban la masturbación, pero lo llamaban “tratamiento”. En 1893, Pinel declaró que la masturbación producía ninfomanía y, en 1822, Esquirol publicó que “ninguna autoridad médica digna de respeto podría dudar de lo nocivo de la masturbación, pues es un síntoma grave de perturbación mental que, si no se detiene en el acto, es un obstáculo imposible de superar, porque al reducir la capacidad defensiva, confina al paciente a un estado de estupidez, a la tuberculosis, al marasmo y a la muerte” (Szasz, 1970, p. 78).

Los tratamientos para ese mal eran agresivos: “Para curar esta enfermedad, amputaban el órgano afectado por ella porque creían que la masturbación producía histeria, epilepsia y enfermedades convulsivas. En 1894, se abogaba por la clitoridectomía para combatirla” (Szasz, 1970, p. 100).

La construcción de la masturbación como problema patológico ejemplifica el mecanismo que, desde el campo de la medicina, ha considerado a la sexualidad como una amenaza para la salud. La tesis de que la homosexualidad era una más de las enfermedades que había que curar —en tanto que era una práctica sexual desligada de la reproducción biológica— fue y sigue siendo una de las construcciones médicas que han permitido al campo científico regular las prácticas sexuales y eróticas (Foucault, 1977).

Con el auge del pensamiento positivista en el siglo XIX, la psiquiatría se convirtió en la disciplina que asumió el encargo de clasificar todas las desviaciones de la norma heterosexual con el objetivo de sanarlas y a partir de

ese corpus clasificatorio se construyó la noción de homosexual con una personalidad e identidad específicas (Sala, 2007).

La persona homosexual del siglo XIX era por entero diferente al sodomita anterior, pues el “crimen” de la sodomía no daba lugar a la constitución de un sujeto particular y cualquiera podía incurrir en el pecado; en cambio, “la invertida” o “el homosexual” nacían así, lo eran antes de practicar un acto sexual y así sería para toda su vida (Llamas, 1998).

Ligada al proceso de patologización de la homosexualidad, nació la ciencia sexual en el siglo XIX (Katz, 1995). Una vez que surgió la sexología como disciplina, todos los comportamientos sexuales transgresores de la norma procreativa fueron sistemáticamente estudiados y analizados por el campo científico. Lo que antes se consideraba un pecado o un crimen, se convirtió en enfermedades susceptibles de ser tratadas en términos médicos con el nacimiento de la ciencia sexual. Sin embargo, este cambio no transformó la connotación negativa que tenían; el estigma, la discriminación, la criminalización y el heterosexismo sobrevivieron. Entre 1886 y 1965, la homosexualidad seguía viéndose como un acto criminal, un problema médico o ambas cosas. Así, se creía que era causa de inmadurez psicológica o una patología causada por defectos genéticos, confusiones de género, exposición a hormonación intrauterina, demasiado control o negligencia parental, parentalidad agresiva, seducción, acoso sexual o estilos de vida decadentes (Drescher, 2002). Algunas de estas ideas siguen vigentes en el siglo XXI.

Las terapias y esfuerzos para cambiar la orientación sexual mediante psicoanálisis y tratamientos conductistas prevalecieron durante las décadas de los sesenta y setenta. Las técnicas conductuales alcanzaron su clímax en la década de los setenta, y la psicoterapia reparativa de la orientación sexual se practicaba desde entonces.

Por ejemplo, Ovesey (1969) basó sus intervenciones sobre la conducta en la creencia de que la homosexualidad se desarrollaba como la fobia hacia el coito con una persona del sexo opuesto; por tanto, consideraba que el sexo curaría tal fobia. Los terapeutas conductuales trataron la homosexualidad con una

variedad de terapias de aversión, como la inducción de náuseas y vómitos, parálisis, electrochoques o castigos corporales cuando la persona se sentía excitada por imágenes de personas de su propio sexo, y también se incluían tratamientos de recondicionamiento del orgasmo o terapias de saciamiento (APA, 1997).

Había, asimismo, terapias educativas no aversivas que incluían el desarrollo de habilidades para ligar, asertividad, reforzamientos positivos físicos y psicológicos para incrementar el contacto social con personas del otro sexo (Binder, 1977; Greenspoon y Lamal, 1987; Stevenson y Wolpe, 1960).

Los terapeutas cognitivos también desarrollaron técnicas que buscaban cambiar la orientación sexual con la modificación de las rutas de pensamiento de gays y lesbianas, la resignificación de los deseos, la redirección de los pensamientos y mediante hipnosis (APA, 1997). A continuación, se profundizará en las premisas teóricas más importantes en el campo de lo “psicológico” para atender a gays y lesbianas, ya que siguen vigentes en diferentes dimensiones en el trabajo clínico con este colectivo.

2.5 La homosexualidad en el campo de la psiquiatría

Kertbeny fue el primero en utilizar la palabra “homosexual” en el año 1869 y en el contexto jurídico, pero el psiquiatra Krafft Ebing fue quien le dio contenido en el campo de la medicina científica en 1887. Foucault ubica su fecha de nacimiento como categoría psicológica, psiquiátrica y médica en 1870 con el artículo de Westphal “Sensaciones sexuales contrarias”:

La homosexualidad apareció como una de las figuras de la sexualidad cuando fue rebajada de la práctica de la sodomía a una suerte de androginia interior, de hermafroditismo del alma. El sodomita era un relapso, el homosexual es ahora una especie (Foucault, 1977, p. 28).

El concepto sustituyó a todos los nombres que anteriormente se usaban para las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo, porque el término pretendía ser una clasificación de las personas en términos de normalidad-anormalidad y no hacer una mera descripción de su conducta. La heterosexualidad se convirtió en la norma, y la homosexualidad en la

desviación. El término “heterosexualidad” fue una construcción posterior que nació con el objeto de referirse a la norma sana, frente a la cual la homosexualidad aparecía enferma (Sala, 2007).

Los términos lograron ser utilizados para describir un atributo del sujeto: se era homosexual o heterosexual. La identidad homosexual fue la creación heterosexual del siglo xx porque constituyó un eslabón importante en una estrategia más general de clasificaciones que apuntaron a volver las actividades eróticas totalmente inteligibles y susceptibles de manipulación (Sala, 2007).

En el campo de la psiquiatría, las tres teorías más importantes para explicar el origen psicobiológico de la homosexualidad eran las que establecían que: a) la conducta sexual homosexual era resultado de un desequilibrio en la proporción de hormonas masculinas y femeninas, presentes ambas en la sangre de ambos sexos, b) era un trastorno endócrino que se producía durante el estado fetal y c) se cimentaba en el factor hereditario (West, 1967).

Los hallazgos más recientes en el área psicobiológica siguen aportando datos en estas tres líneas de investigación, presentes ya en 1967, porque sostienen que hay evidencias de que la homosexualidad es una condición biológica. Esto se sostiene en los siguientes datos: a) parece tener un componente genético, b) algunos rasgos morfológicos y conductuales son diferentes entre personas homo y heterosexuales, c) existen estructuras cerebrales que difieren entre hombres homo y heterosexuales y d) otra especie, al menos, parece presentar preferencias sexuales homosexuales (Annicchiarico, 2009).

Sin embargo, muchas de estas premisas no han podido ser confirmadas. La idea del origen hormonal de la homosexualidad ha sido refutada cuando se ha descubierto que el suministro de hormonas masculinas a homosexuales hombres sólo potenciaba el deseo por el tipo de actividad sexual al que el individuo estaba habituado, pero no cambiaba su objeto de deseo. En cuanto a

los experimentos efectuados con mujeres, se demostró que las hormonas masculinas administradas producían un notable cambio en dirección a la masculinidad sólo en lo que concernía al aspecto físico: voz más profunda, barba, disminución de senos, crecimiento del clítoris y del apetito sexual, pero tampoco modificaba su objeto de deseo (West, 1967).

Investigaciones en el campo de la genética (Annicchiarico, 2009) han encontrado que la causalidad no es clara, a pesar de que se hallan estimados de heredabilidad de la condición homosexual en varios estudios. Se ha estudiado la diversidad en la orientación sexual de hermanos gemelos y descubierto tasas más altas de concordancia con la homosexualidad que entre los hermanos adoptivos. Sin embargo, si bien el autor concluye que “esto indica que la homosexualidad corre en familia y se encuentra mediada por factores hereditarios” también acepta que “no sugiere los mecanismos implicados” (Annicchiarico, 2009, p. 432).

Se ha examinado también la correlación entre la homosexualidad y la fracción cromosómica Xq28 mediante marcadores moleculares asociados observándose que puede ser un indicador de la orientación sexual; sin embargo, otros investigadores no pudieron replicar los resultados posteriormente (Annicchiarico, 2009, p. 433).

Desde el punto de vista de las estructuras cerebrales, se han hallado diferencias en el hipotálamo anterior (INAH3) entre varones homo y heterosexuales (LeVay, 1991). No obstante, posteriormente se descubrió que existían diferencias en el tamaño y volumen de esta área que no se correlacionaban con la orientación sexual: 6 de 35 sujetos masculinos contradijeron la hipótesis (Santana, 2008), y tampoco hubo investigación alguna en relación con las mujeres homo y heterosexuales.

Los estudios sobre lesbianismo descritos en la literatura médica han prestado especial atención a la forma y tamaño de los órganos sexuales femeninos porque buscaban comprobar que estas mujeres “tenían un clítoris anormalmente grande” (Llamas, 1998, p. 298), pero esta hipótesis fue pronto desestimada junto con todas las demás que afirmaban que “la inversión”

tendría algo que ver con particularidades físicas que señalasen la pertenencia simultánea a ambos sexos.

De este modo, se ha llegado a la conclusión de que “aunque los estudios señalan un componente genético, no se tiene evidencia clara sobre marcadores moleculares, genes regulatorios o mecanismos de señalización” (Annicchiarico, 2009, p. 433).

Además del estudio de la morfología, fisiología y sistema endócrino, los médicos concluyeron en 1918 que era necesario recolectar más datos de los hospitales para tener una compilación más precisa de las psicopatologías más frecuentes, y este hecho marcó una transformación interna que reflejó el crecimiento dominante de la lógica clasificatoria de la disciplina. Por eso, en 1952, la psiquiatría logró editar su primer manual clasificatorio de “trastornos” y “patologías” con finalidad diagnóstica (DSM IV, 2001).

La exhaustiva búsqueda del origen biológico de la homosexualidad implicaba considerarla a priori una patología; y lo que en realidad son particularidades o especificidades de la expresión de la diversidad biológica de la especie se interpretaron como la etiología de la homosexualidad, ya que estas fueron valoradas considerando como referente la supuesta normalidad de la heterosexualidad. En el mismo sentido, hoy en día nadie discutiría que la particularidad biológica de una mayor producción de melanocitos en los individuos de raza negra, haga por ejemplo de ésta una patología.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM, por sus siglas en inglés), publicado por la American Psychological Association (APA) en 1952, la homosexualidad estaba considerada una de las “alteraciones sociopáticas de la personalidad” y, posteriormente, fue trasladada a la categoría de “otras alteraciones mentales no psicóticas”.

La APA es la comunidad científica y profesional más grande e importante de la psiquiatría. Más de 134 mil investigadores, educadores, clínicos consultantes y estudiantes son miembros y, aunque proviene de Estados Unidos, representa a la comunidad epistémica de las disciplinas de la salud mental. Mientras que fue unánime la consideración de que la homosexualidad era un síntoma

psicopatológico en la primera edición de su manual, hubo quienes consideraron que debía sustituirse por una categoría más suave en la segunda y la tercera. Ya en la cuarta y la quinta ediciones de la DSM, la homosexualidad fue sustituida por la homosexualidad egodistónica,⁶ que quedó clasificada dentro de los “trastornos sexuales no especificados”. La acción vino motivada tras una completa revisión científica sobre el tema, pero también de una victoria política pues este fue el primer paso de un lento proceso de cambio que tardaría en llegar al resto del mundo; hubo que esperar aún dos décadas, hasta 1990, para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) retirara la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

Sin embargo, otros manuales y diccionarios de psiquiatría seguían considerándola una enfermedad durante ese mismo periodo y la clasificaban como un cuadro clínico de la medicina sexual. En algunos diccionarios de psiquiatría de la época, el lesbianismo aparecía categorizado como una más de las desviaciones de la conducta sexual junto con la ninfomanía, el sadomasoquismo y “otras perversiones raras” (Battegay et ál., 1989, p. 308).

En el diccionario de Battegay, Glatzel, Poldinger y Rauchfleisch (1989, p. 308), los autores aseguraban que “era necesario hacer un diagnóstico diferencial para distinguir: 1) la homosexualidad, 2) el travestismo, 3) los conflictos de adolescencia, 4) la esquizofrenia y 5) la delincuencia”.

Perspectivas tan disímiles convivieron en la disciplina de la psiquiatría desde entonces. Si bien actualmente hay un mayor consenso sobre lo pertinente de haber excluido la homosexualidad de la lista de las enfermedades mentales, sigue sin haber un panorama único en torno al entendimiento de la homosexualidad como una variante más de la sexualidad normal. Esto a pesar

⁶ Trastorno mental por el que un individuo experimenta una atracción que no se corresponde con la imagen ideal que tiene de sí mismo, lo que causa ansiedad y un deseo de cambiar o modificar sus preferencias sexuales.

de que el DSM, como herramienta diagnóstica dominante en psicopatología, marca las pautas a los profesionales en su práctica.

2.6 La homosexualidad en el campo del psicoanálisis

Uno de los referentes más importantes para los profesionales de la psicología en torno a la homosexualidad ha sido la teoría psicoanalítica y las diversas conceptualizaciones de la identidad sexual en el aparato psíquico de los sujetos.

Como un corpus teórico complejo, el psicoanálisis tampoco aporta referencias únicas respecto a la homosexualidad: se pueden hallar diversas teorías en distintos momentos de la historia de este pensamiento y esta es una de las razones por la cual los psicoanalistas han encontrado premisas teóricas para defender posturas frecuentemente contradictorias, ambas sustentadas en lo publicado por otros autores. Algunos explican la homosexualidad como una manifestación de la bisexualidad innata, que funciona como “base” biológica subyacente en las funciones psicológicas. Este postulado está presente en los escritos freudianos y quedó relativamente intacta en todo el pensamiento psicoanalítico de Freud (Weeks, 1985) ya que el origen y desarrollo de la psicología implicó una ruptura epistemológica con el enfoque biologicista de la medicina y, particularmente de la psiquiatría, que mantuvo un enfoque patologizante de las conductas no heterosexuales.

Sin embargo, en otros escritos se sostiene que la homosexualidad era producto de la fijación en el desarrollo evolutivo que —a través de distintas etapas (oral, anal, fálica y genital)— orienta el deseo del niño o la niña a un tipo particular: si las condiciones psicosociales son las adecuadas, las fuentes y los objetos de satisfacción sexual siguen una cronología y una topología corporal programadas biológicamente, culminan en la adolescencia con la elección definitiva y permanente del objeto heterosexual. Si, por el contrario, las condiciones no son las óptimas y se produce una alteración o retraso en el desarrollo, el resultado será la elección del objeto “narcisista” u homosexual (Rubio, 2004).

Desde esa perspectiva, la homosexualidad se explica a partir de la elaboración del complejo edípico del sujeto en otros textos del mismo psicoanálisis: el conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada “positiva”, el complejo se presenta de forma idéntica a la historia de Edipo rey: deseo de muerte hacia aquel que cumple la función parental rival (del mismo sexo) y deseo sexual hacia quien ostenta la función parental del sexo opuesto (Pontalis, 1992). De este modo, una buena parte de los psicoanalistas entendieron la homosexualidad como producto de ese complejo edípico vivido en la modalidad “negativa”: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el del sexo opuesto. El complejo de Edipo, vivido durante los tres y cinco años de edad, se supera con mayor o menor “éxito” con la elección de un tipo particular de objeto amoroso (Pontalis, 1992).

En este caso, los psicoanalistas consideraban exitosa su superación sólo si la elección del objeto amoroso era heterosexual. En palabras del propio Freud (1967, p. 197): “Los factores de la etiología psíquica de la homosexualidad descubiertos hasta ahora son: la adherencia a la madre, al narcisismo y el temor de castración”.

En la descripción y análisis del tipo de relación que los homosexuales mantienen con sus parejas, Freud insiste a lo largo de su obra al describir al homosexual como sujeto narcisista: “El homosexual en su pareja se ama a sí mismo. Se ama a sí mismo en su partenaire desde el lugar en que su madre lo amó a él cuando niño. Su partenaire es para él lo que imagina que él fue para su madre. Ama, pues, en su compañero(a), la imagen que guarda de sí como niño amado. Esto es lo que quiere resguardar amando a su semejante. Es la imagen de uno mismo lo que se ama” (1967, p. 198).

Los analistas posteriores no sólo no modificaron estos juicios, sino que incluso los acentuaron a la vez que aplicaron tratamientos considerados curativos contra la inclinación homosexual: por ejemplo, en la década de los cuarenta, Sandor Rado sostuvo que la homosexualidad era un trastorno fóbico hacia las personas del sexo contrario, lo que la convertía en susceptible de ser tratada como otras fobias (Pontalis, 1992).

A pesar de que Freud no tuvo muchos pacientes homosexuales en su larga trayectoria clínica (Castañeda, 2011) su entendimiento sobre la homosexualidad condicionó todo el siglo xx en los campos de la psicología, la psiquiatría y la terapéutica.

Cuando el feminismo y, posteriormente, los estudios queer⁷ tomaron la palabra sobre la cuestión gay en investigaciones sociológicas y ya no clínicas, las teorizaciones sobre la cuestión homosexual dieron un vuelco y des ubicaron a la homosexualidad como “el” problema avanzando en el entendimiento sobre la heteronormatividad y homofobia.

Los marcos teóricos suponen implicaciones para las prácticas, pues algunos referentes epistemológicos de la homosexualidad se concretan en intervenciones profesionales homófobas. Según algunos autores, la práctica psicológica actualmente sigue sustentándose en los referentes teóricos del psicoanálisis más que de los estudios queer o feministas (Castañeda, 2011), lo que da pie a que los profesionales que atienden a homosexuales estén interviniendo con premisas sustentadas en el prejuicio. La homofobia no es sólo una actitud personal, es un dispositivo social que sirve de marco para interpretar la realidad. En el siguiente apartado, se presenta su conceptualización con el fin de entenderla en toda su amplitud.

2.7 La homofobia como dispositivo social que tiene afectaciones en la salud

En la actualidad, la homofobia ha sido ampliamente estudiada en sus distintas manifestaciones y muchos autores han sistematizado los cambios históricos que ha sufrido su expresión. Según W. Blumenfeld (1992), el rechazo a la homosexualidad se concreta en prácticas que ocurren en distintos ámbitos: personal, interpersonal, institucional y cultural. El primero hace referencia a la compasión hacia las minorías sexuales por la “incapacidad de dichas minorías para controlar sus deseos” y odio por “contradecir las leyes de la naturaleza”

⁷ Los estudios *queer* tomaron el término que significa “raro o torcido”, en inglés, para hacer una profunda revisión de las prácticas asociadas a la sexualidad y al erotismo, a la normalidad y a la perversión desde una postura crítica, retomando autores como Foucault y Butler para cuestionar las noción de la identidad binaria sexo genérica.

(Blumenfeld, 1992, p. 67). A partir de la idea de que los homosexuales son sujetos que nacieron con los deseos incorrectos (mujeres que desean como hombres y varones que desean como si fueran mujeres) o con una psique trastornada, se ha construido la premisa de que hay que tenerles compasión pues su conducta expresa defectos de un orden supuestamente natural o que están sometidos a la irracionalidad de sus inevitables deseos. También incluye el presupuesto de que son “personas enfermas” que no pudieron desarrollarse de forma normal y, por tanto, son incapaces de “controlar sus impulsos invertidos” (Granados et ál., 2006, p. 50).

El odio se genera, asimismo, a partir de la suposición de que los homosexuales son portadores de una alteración genética que puede contaminar a las personas que nacieron sanas. La homofobia interpersonal se expresa con difamación, burla y agresión a personas o grupos de homosexuales, y es en este nivel que el autor (Blumenfeld, 1992) ubica la génesis de la discriminación. En el nivel institucional, alude a las prácticas discriminatorias de los organismos gubernamentales, empresariales, educativos y religiosos y, finalmente, opera en las normas sociales y códigos de conducta que legitiman la opresión en el nivel cultural. Su manifestación fundamental son los intentos por invisibilizar la homosexualidad de la historia haciendo que la clandestinidad, con todas sus implicaciones, contribuya a perpetuar el desconocimiento y la homofobia (Castañeda, 2011).

El principal aporte de los postulados que ubican el fenómeno de la homofobia más allá de sus acepciones individuales es, justamente, que permite mirarla como un proceso social con múltiples dimensiones. La definición original del diccionario⁸ corre el riesgo de trasladar la responsabilidad de la homofobia a conductas individuales y ampliamente deliberadas, perdiéndose de vista los elementos estructurales, culturales y políticos que la reproducen.

La homofobia sigue vigente, aunque no podemos afirmar que con las mismas manifestaciones que hace un par de décadas. Hoy, la comunidad homosexual

⁸ Actitudes negativas que se tienen hacia las personas homosexuales, lesbianas, bisexuales, transexuales o intersexuales que contemplan toda aquella gama de sentimientos que varían de antipatía y prejuicio hasta miedo irracional a los homosexuales, travestis y transexuales (Fernández, 2010, p. 179).

ha ganado espacio y se escuchan sus voces, además de las de los expertos médicos, los sacerdotes, el Estado, los psicoanalistas o los sexólogos. También ahora se escucha a sus familiares, activistas en pro de sus derechos, teóricos, asociaciones gays, etcétera. El panorama en torno a la homosexualidad ha cambiado y ha ganado reconocimiento en algunos espacios, pero eso no quiere decir que la homofobia haya sido erradicada, sino que ha adquirido otras formas; en algunos casos, más sutiles.

Castañeda (2006) ha identificado que la homofobia se manifiesta de manera reactiva: a cada periodo histórico de logros por los derechos de los homosexuales le ha seguido una fuerte campaña con abundantes contenidos homofóbicos como reacción ante la victoria en algunas de sus luchas. En Estados Unidos se ha estudiado que la homofobia aumenta de manera significativa cada vez que este colectivo logra una victoria política en relación con sus derechos humanos. Se ha observado en los lugares donde se legalizó el matrimonio gay un aumento en los crímenes homofóbicos como reacción ante la victoria política (Castañeda, 2006). Esto ha sucedido también en el Distrito Federal (DF) a partir de las legislaciones progresistas que el gobierno del DF ha aprobado: algunos miembros de la comunidad han recibido más ataques, amenazas y violencia (Monroy, 2011). Las tasas de crímenes de odio también aumentaron (Parrini y Brito, 2012).

La homofobia reactiva despierta también frente a otros logros legislativos que flexibilizan el sistema patriarcal conservador: el derecho a la interrupción del embarazo, las victorias de las mujeres, la equidad de género, la unión libre o las libertades sexuales.

Este tipo de homofobia es la que reacciona ante las transformaciones sociales que empoderan a los sujetos y amplían la libertad de decidir sobre su cuerpo, ante toda propuesta que reformule el matrimonio, el amor, la familia, la convivencia y el compromiso (Castañeda, 2006), pues los homosexuales son el chivo expiatorio que condensan, en la representación social, todas las perversiones sociales (Roudinesco, 2009).

2.8 La homofobia y el control de los roles estereotipados de género

La homofobia es un problema de todos porque, en sus diferentes formas, se contraponen a todos los avances sociales y culturales que se han logrado en el mundo en los últimos treinta años (Castañeda, 2006, p. 54).

La homofobia es un fenómeno complejo que tiene una función social importante: defender un conjunto de valores compartidos por las sociedades machistas sobre las normativas de género: cómo “debe ser” un hombre y una mujer, qué relación “debe” primar entre ellos y cómo “debe” conducirse la sociedad. Lo que está en juego cuando la homofobia opera no es la sexualidad personal de tal o cual sujeto y su placer sexual, sino el cuestionamiento de las reglas del juego sexual: el amor, el sexo y la amistad, la naturaleza de la familia y la pareja e incluso la base heteronormativa en que se basa el arreglo familiar dominante y la sociedad misma.

La homofobia no se enfoca exclusivamente en la orientación sexual (Castañeda, 2006). No es una reacción natural o espontánea del mundo social que rechaza “lo antinatural”, pues ha cobrado formas diversas en distintos periodos históricos. En algunos países, sólo se condenaba la homosexualidad masculina, mientras que la femenina era considerada inocua. En otros, se ha considerado y castigado nada más a los homosexuales que son penetrados y, finalmente, en ciertos lugares únicamente se castiga a los homosexuales femeninos, mientras que los masculinos que juegan un rol activo en la relación sexual son valorados de manera positiva. La homofobia es el resultado de expresiones culturales de un contexto sociohistórico determinado. En las sociedades patriarcales tiene más que ver con el mantenimiento de rígidos roles de género (Castañeda, 2006).

Este fenómeno descansa en una visión polarizada de los géneros: los hombres no deberían poseer gustos o características femeninas, y las mujeres no deberían tener ningún rasgo adjudicado a la masculinidad. Se rechaza a los homosexuales porque “cruzan la línea” que separa las funciones sexuales, pero también se rechaza a todo aquel que discuta el papel que le toca representar socialmente, aun cuando no tenga una orientación homosexual. Por eso, se afirma que hay una lógica de misoginia bajo toda homofobia: los hombres tienen que demostrar socialmente que no se parecen a la mujer, y la

mejor manera de hacerlo es denostando a otros. Las burlas, chistes, comentarios y agresiones homófobas responden a la necesidad de autoconfirmarse como verdaderos hombres, distanciados y diferenciados de las mujeres y de lo femenino.

La homosexualidad cuestiona, por lo tanto, las creencias más profundas de lo que significa ser hombre o mujer y acerca de la relación entre los sexos y la homofobia intenta restablecer el orden [...] Sirve para ratificar los roles de género tradicionales sobre los cuales descansa el dominio "natural" del hombre sobre la mujer (Castañeda, 2006, p. 76).

La forma más violenta de homofobia, el homicidio, se tipificó en Estados Unidos como "crimen de odio" en 1985 para referirse a los perpetrados contra los grupos más vulnerables: minorías raciales, religiosas o sexuales. También existen crímenes de odio por preferencias políticas, nacionalidad o hacia personas con discapacidades. En el colectivo homosexual, los hombres han sido atacados cinco veces más que las mujeres y los perpetradores dicen estar conservando el orden social. Los crímenes de odio no sólo buscan dañar físicamente a una persona; sobre todo, pretenden enviar un mensaje a los miembros de la comunidad a la que pertenece la persona violentada.

En bastantes ocasiones, las víctimas de crímenes de odio no denuncian las agresiones sufridas por temor a la homofobia institucional, pues resulta que las autoridades muchas veces son tan homófobas como los propios delincuentes (Parrini y Brito, 2012).

En un estudio realizado en California, durante 1997, se encontró que una de cada cinco mujeres y uno de cuatro hombres había sido víctima de alguna forma de acoso o amenaza homófoba desde la edad de 16 años (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2012).

Bajo el término "homofobia", también se consideran las omisiones y no sólo las acciones activas de discriminación. Las acciones que no se realizan, los derechos que no se garantizan, los espacios que no se abren, la legitimidad que no se otorga, también forman parte del fenómeno homófobo. La homofobia

que omite se refiere a todas las acciones que buscan activamente ignorar la existencia de la homosexualidad y los homosexuales (Blumenfeld, 1992).

Ejemplos de omisión son los intentos por ocultar o erradicar de los registros historiográficos, testimonios que permitirían considerar a la homosexualidad como un hecho que ha acompañado permanentemente a la humanidad, e impedir valorarla en términos positivos (por los aportes que diversos homosexuales han hecho a la ciencia o a las artes) o en iguales términos que otras conductas (la conducta homosexual fue un hecho simple y sin mayor importancia que tenía el mismo valor que la heterosexualidad en ciertos periodos históricos) (Granados et ál., 2006).

La omisión refuerza los estereotipos negativos e impide romper con los prejuicios en torno a la homosexualidad en la medida en que se busca silenciar cuando una persona homosexual tiene logros, éxitos, aportaciones, investigaciones, autorías o acciones loables. El concepto de minoría sexual, por ejemplo, también intensifica la idea de alteridad de la homosexualidad, como si se tratase de un hecho extraño de un puñado de personas inusuales, y genera que “los homosexuales se miren a sí mismos como una eventualidad social” acrecentando así el aislamiento y disminuyendo el soporte social (Granados et ál., 2006).

La omisión, asimismo, impide la representación del colectivo homosexual en órganos de gobierno o instituciones que trabajen para erradicar las desigualdades que estas personas viven respecto a las heterosexuales. A partir de la invisibilización se evita “plantear las desigualdades basadas en la orientación sexual como cuestiones públicas importantes” (Granados et ál., 2006, p. 34).

La orientación sexual se usa como pretexto para no garantizar los derechos básicos a las personas homosexuales, este es el caso del matrimonio y, junto con este, la posibilidad de que la pareja herede o tome decisiones médicas cuando se produce alguna emergencia. Derechos como la patria potestad y la adopción o la posibilidad de compartir membresías, ofertas y servicios a

parejas, seguros médicos o acceso a ciertas profesiones, como la enseñanza, son acciones homófobas que los Estados cometen (Castañeda, 2006).

Por otra parte, están todos los prejuicios y clichés sobre la vida y las características de los homosexuales: desde su inestabilidad emocional, la violencia pasional y las adicciones hasta el violento prejuicio de la pedofilia. “Ahí donde los heterosexuales tienen vida, los homosexuales tienen estilos de vida” es otra idea frecuente que tiene que ver con el prejuicio de que los homosexuales “juegan a la casita” y que todo lo relacionado con ellos está rodeado de un halo de inmadurez frente a lo serio de la vida heterosexual (Castañeda, 2006, p. 50). Por otro lado, se descalifica académica y profesionalmente a todo aquel que se interese por el tema de la homosexualidad: sus investigaciones son desautorizadas por considerarlas no objetivas, interesadas, poco científicas y desprovistas de valor alguno (Castañeda, 2006).

La homofobia se ha expresado en los medios de comunicación con la producción y reproducción de historias televisivas y cinematográficas en las que está asociada a valores negativos y finales infelices.

Se ratifican todos los prejuicios al respecto —“la homofobia se alimenta con avidez de la desgracia de los homosexuales” (Castañeda, 2006, p. 45)— y así, a su vez, también se inculca al colectivo homosexual que su condición sexual es una tragedia (Castañeda, 2006).

La homofobia es un “artefacto cultural” que permite elaborar la discriminación a partir de la defensa de la construcción estereotipada de género, pues toma como rehén no sólo a los sujetos que abiertamente demuestran deseo por otros del mismo sexo, sino a cualquier otro que no responda al modelo dominante de género.

Acciones que aparentemente parecen ser solidarias y preocupadas por el bienestar de las personas homosexuales pueden ser, de igual forma, manifestaciones de intolerancia: conductas de personas “preocupadas” que

aconsejan a los homosexuales no hacerse “demasiado” visibles y defienden la posibilidad de que las personas homosexuales vivan su sexualidad “siempre y cuando sea en privado y sin afectar a terceras personas”. Algunas expresiones más elaboradas de esta forma de homofobia postulan que los homosexuales deben tener el derecho de ejercer su sexualidad, pero no de ser sujetos de derecho, porque consideran que estas reivindicaciones son un “exceso innecesario” (Granados et ál., 2006).

Producto de este conjunto de operaciones, la homofobia se puede convertir finalmente en un sentimiento de agresión de los sujetos a sí mismos. Los propios homosexuales han aprendido a interiorizar la denigración en tanto que han sido socializados en una cultura que los descalifica. A esto se le ha llamado “homofobia internalizada”, porque se convierte en rechazo hacia uno mismo y deriva en aislamiento, así como en el desarrollo de una identidad individual marcada por la devaluación personal que tiene como efecto que los homosexuales muestren mayores tasas globales de sufrimiento psíquico manifestado en trastornos mentales, específicamente se ha identificado una mayor prevalencia de trastornos depresivos, ansiedad, ataques de pánico y distress psicológico, cuando se compara con las tasas globales de entre los heterosexuales (Ortiz, 2005).

Las lesbianas y mujeres bisexuales, en comparación con las heterosexuales, muestran mayor prevalencia de trastornos de ansiedad (Ortiz, 2005) y por otra parte mayor consumo de alcohol y antidepresivos, esto asociado a la estigmatización y el contexto hostil donde se desarrolla su proyecto. La homofobia causa sufrimiento psíquico y en ese sentido se vuelve fundamental aprender a identificarla, prevenirla y luchar por erradicarla como un trabajo en el campo de la salud.

CAPÍTULO III

Planteamiento del problema: familias homoparentales, las preocupaciones sociales frente a su salud

3.1 Contexto general de la homoparentalidad y las familias en México

En este apartado se hará una introducción general sobre la homoparentalidad y los estudios más importantes para la literatura académica en torno al tema de las familias construidas por personas homosexuales, un acercamiento a la relación entre homofobia y salud en la homoparentalidad es el análisis crítico de la práctica psicológica como práctica social que asume una funcionalidad con el orden social vigente. Se expondrán las preocupaciones que socialmente han sido más citadas sobre estas configuraciones familiares y se contrastarán con las teorías más actuales que tratan el asunto

Cada familia expuso sus experiencias con profesionales de la psicología que los han atendido individualmente, en pareja o como familia, con el fin de responder a la pregunta de esta investigación, relacionada con la forma en que se desarrollan las intervenciones de los psicólogos cuando estas familias han tenido contacto con ellos en escuelas, instituciones de adopción y consultorios. El objetivo de las entrevistas fue conocer, a partir de la experiencia de las familias estudiadas, el tipo de práctica psicológica que los profesionales reproducen en sus espacios de trabajo. Se analiza de qué manera los prejuicios heteronormativos se repiten en la práctica psicológica en forma de intervenciones que las familias experimentan como negativas porque tienden a reparar sus “fallas”. Así como también el tipo de relaciones que les fueron terapéuticas con algunos profesionales.

Las familias homoparentales son aquellas cuyas figuras parentales están conformadas por personas del mismo sexo. Se refiere tanto a las parejas gays y lesbianas que, como pareja, acceden a la maternidad o paternidad, como también a las familias constituidas por una pareja gay o lesbiana que educa y vive con los hijos de alguno de sus miembros, producto de una relación heterosexual previa. Ya desde los años ochenta, el estudio de las experiencias de las familias homoparentales se inició en países anglosajones donde se prefirió hablar de “lesbian and gay families” o “lesbian and gay parenthood” debido a que recusan toda denominación de origen psiquiátrico y prefieren un vocabulario más gozoso centrado en el género.

En 1996, la Asociación de Padres y Futuros Padres Gays y Lesbianas de Francia (APGL) nombraron a los arreglos familiares no heterosexuales, familias homoparentales (Roudinesco, 2002). Más recientemente, el término homoparentalidad se ha adoptado también en México en el ámbito jurídico, ya que las parejas del mismo sexo conviven en el país bajo diversas legislaciones. En Coahuila, en 2007, se reconoció la unión bajo el Pacto Civil de Solidaridad y, en el Distrito Federal, en 2009, se aprobó la ley de matrimonio entre personas del mismo sexo que otorga a las uniones homosexuales los mismos derechos que a las heterosexuales. En Colima se aprobó la figura de “enlace conyugal” en 2013, que otorga los mismos derechos y obligaciones que el matrimonio (CNN México, 2013). Sin embargo, en el resto del país no hay una normatividad que regule estas realidades.

Resulta indispensable analizar el impacto que las nuevas legislaciones han tenido en la vida de las familias homoparentales. Según el censo de 2010, el primero en México que registró de manera explícita los hogares homosexuales, seis de cada mil hogares en el país son parejas homosexuales y tres cuartas partes de las familias homosexuales en el país tienen hijos, siendo más frecuente en las parejas lésbicas (Rabel y Vázquez, 2010). Respecto a las adopciones, en México sólo tienen esta posibilidad las parejas homosexuales que se hayan casado en el Distrito Federal, y esto no es posible en los otros estados de la República.

Las familias conformadas por gays y lesbianas han sido arreglos familiares existentes desde mucho antes de que se legalizara el matrimonio entre personas del mismo sexo. Con el reconocimiento legal y los derechos garantizados, estas familias tienen más visibilidad y más herramientas para exigir sus derechos. Sin embargo, la última encuesta del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred, 2010) publicó que uno de cada dos homosexuales dice que la discriminación es su principal problema. La encuesta realizada entre octubre y noviembre de 2010 señala que 16.7 % de las mujeres lesbianas y 10.6 % de los hombres homosexuales han percibido rechazo en los servicios de salud.

Activistas calculan que de las 2,362 casadas hasta marzo de 2013 —según datos del gobierno capitalino—, sólo 22 consiguieron registrarse en los servicios de seguridad social, tras interponer un amparo.

El Consejo para prevenir y erradicar la discriminación de la ciudad de México denunció que ha habido violencia institucional en el país, pues las autoridades federales se han negado a hacer las modificaciones a la ley correspondientes para garantizar a todos los matrimonios el derecho a la seguridad social (Tapia, 2013).

Estas familias han sido estudiadas sobre todo en los Estados Unidos y el Reino Unido, pero también en Canadá, Suecia y Bélgica y las primeras investigaciones se efectuaron al final de los años setenta, con lo que aún no se han cubierto ni siquiera tres décadas de estudio, lo que en ciencia, en general, y en ciencias sociales en particular, es ciertamente un tiempo escaso. De hecho, la primera gran revisión de estos estudios en una revista internacional de psicología evolutiva, y de gran impacto ve la luz hace algo más de 10 años (Patterson, 1992). Estos primeros estudios fueron realizados con muestras no muy amplias que se han visto como un todo homogéneo —es decir, al colectivo de familias—; estos estudios tuvieron un carácter puntual, en lugar de ser longitudinales, ya que se han efectuado los análisis de productos más que de procesos y con un abordaje con frecuencia meramente cuantitativo (González y Sánchez, 2003)

En México, el reconocimiento de estas familias tiene como antecedente más importante la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (1994) y el año Internacional de la Familia en la ONU durante el mismo año, donde se reconoció como un logro del trabajo del movimiento feminista internacional la existencia de distintos tipos de familia que no estaban igualmente protegidas por las políticas del Estado. La agenda feminista tuvo como prioridad que se reconociera el derecho a créditos y beneficios de política social a las mujeres, independientemente de si tenían pareja masculina o no, bajo el supuesto de que las políticas de desarrollo no podían estar dirigidas sólo a las familias con padre, madre e hijos (Careaga, 2011); este reconocimiento benefició a diversas familias en México. Actualmente, estas

conviven en el país bajo distintas normatividades de acuerdo con la legislación del estado en el que vivan. En el estado de Coahuila existe, desde 2007, un reconocimiento de la unión bajo el Pacto Civil de Solidaridad, que fue la primera figura que reguló estas uniones en el país y estableció importantes antecedentes para los subsiguientes arreglos.

Requena y Revenga (1990) consideran que las familias formadas por homosexuales y sus hijos pertenecen al conjunto de organizaciones familiares posnucleares porque son parte de una segunda transición: la primera constriñó a la familia en las sociedades industrializadas sustituyendo los arreglos familiares extensos por organizaciones nucleares, dado que son las organizaciones familiares que mejor se adaptaban al sistema económico capitalista en ese momento. La segunda transición ha estado ligada a la individualización con altas tasas de hogares unipersonales o monoparentales y a la configuración de familias con arreglos no hegemónicos: las parejas heterosexuales sin hijos, sin estar casadas, familias adoptivas, mixtas interculturales y también las homosexuales, ejemplificarían este proceso.

A pesar de que han sido objeto de análisis sociológicos, las familias homoparentales siguen sin figurar en las estadísticas oficiales en muchos países. En México, sólo se consideran a partir de haberse hecho legal su convivencia en 2009. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) registró 689 matrimonios de este tipo en 2010, de los cuales 380 fueron entre hombres y 309 entre mujeres (INEGI, 2011, p. 21).

Para mirar un mapa con un registro más amplio, es necesario tomar como referente a Estados Unidos, dado que cuentan con cifras oficiales. En el vecino país del norte, alrededor de la tercera parte de los hogares lésbicos incluyen hijos, y lo mismo ocurre en la quinta parte de los constituidos por parejas masculinas y en la cuarta parte de los hogares homosexuales en su conjunto. De 7,500 homosexuales estadounidenses encuestados para un estudio, 6 % de los hombres y 17 % de las mujeres planeaban integrar un niño a su familia en los siguientes tres años (Castañeda, 2006).

En Latinoamérica, lo que existe con mayor regularidad son familias reconstituidas, familias homoparentales que se construyeron cuando una persona con hijos formó pareja con otra persona de su mismo sexo. En general, la dinámica de estas familias es muy parecida a la de las heterosexuales reconstituidas, con la diferencia de la homosexualidad de la pareja parental que se distingue a este proceso (Careaga, 2011).

A pesar de que esta realidad es cada vez más contundente y estudiada en México, las respuestas sociales que tiene el conjunto social, el Estado y las instituciones para garantizar a esos niños y a sus familias la posibilidad de crecer en un marco de derechos y de no discriminación son todavía un pendiente.

3.2 Preocupaciones sociales frente a estas familias y su potencial de salud-enfermedad

Los principales recelos de los juristas y grupos sociales más conservadores de la sociedad frente a las familias homoparentales han sido fundamentalmente tres: a) que el desarrollo de la identidad sexual de los niños no sea el adecuado, b) que el desarrollo evolutivo general no sea similar al de otros niños y c) que las relaciones sociales con otros adultos, familia y pares no sea suficiente debido a la discriminación de la que serían objeto (Tasker y Patterson, 2007).

Algunos trabajos en el campo de la psicología han nutrido dichas preocupaciones con estudios y artículos sobre la orientación homosexual de los niños criados en estas familias. Por ejemplo, en su investigación llamada "Homosexual parents", Cameron y Cameron (1996) aseguraron que la parentalidad homosexual está relacionada con la homosexualidad de los hijos dado que "una cifra desproporcionada de los adolescentes de su muestra reportaron no sentirse satisfechos con su sexo".

Esta investigación ha sido ampliamente discutida en las áreas académica y profesional de la psicología, psiquiatría y sociología, porque se hallaron errores intencionados de metodología en su análisis, lo cual llevó a la Asociación Americana de Psicología a expulsar a los autores y acusarles de haber violado los principios éticos de la psicología en Estados Unidos en 1983. Posteriormente, la Asociación Americana de Sociología y la Asociación Canadiense de Psicología también se pronunciaron sobre la falta de rigurosidad en su investigación y se desligaron de ella (Riggs, 2005). Sin embargo, sus publicaciones siguen siendo citadas por otros artículos y se continúan utilizando por la Corte y la policía para restringir la custodia de la madre-padre no heterosexual como refieren Biblarz y Stacey (2001).

Autores como Wardle (1997) también han publicado estudios basados en las afirmaciones de Cameron que, en su investigación, aseguró que los padres gays exponen a los niños a riesgos desproporcionados, ya que estos son más proclives a sufrir confusión sobre su identidad de género y sexual, tienden más a ser “molestados sexualmente” por sus propios padres, están más expuestos a perder a sus figuras parentales por sida, abuso de sustancias o suicidio y sufren grandes riesgos de padecer depresión y otras dificultades emocionales. La vergüenza de tener padres o madres homosexuales, ha sostenido Wardle, aísla a estos niños y les dificulta la relación con sus pares.

Es decir, la hostilidad hacia la homoparentalidad pervive. Por ejemplo, Pennington y Knight (2011) estudiaron las percepciones sobre la parentalidad homosexual de nueve hombres heterosexuales en Estados Unidos, país en el que la homoparentalidad es una realidad normalizada, y encontraron que, a pesar del abanico de posiciones en esta muestra, había consenso en relación con el potencial negativo que estas maternidades y paternidades implicaban para los niños; la preocupación de que estos tuvieran más oportunidades de “volverse homosexuales” se mantenía como una constante.

Algunos autores entienden dicha “preocupación” como una señal de que muchas personas todavía entienden como único y verdadero modelo familiar el prototípico patrón heterosexual nuclear (González y López, 2009, p. 418) en torno al cual se cimientan todas las certidumbres de normalidad.

De acuerdo con Roudinesco (2002), lo que genera tanta amenaza en el mundo social es que un hombre ya no necesite a una mujer para engendrar y que una mujer sólo desee de un hombre la posibilidad de procrear: “La hostilidad actual frente a las familias homoparentales tiene que ver con una lectura de la realidad en la cual se teme la anulación del orden heterosexual y patriarcal, de la ley simbólica que generaría sociedades postindustriales pervertidas en su función, liberadas al hedonismo. La idea de que estas familias representan la “falta de tabúes” y que, por lo tanto, no serán capaces de transmitir valores, lleva a la conclusión de que el Occidente judeocristiano y la democracia republicana estarían bajo la amenaza de la descomposición. De allí la evocación constante a las catástrofes presentes y venideras” (Roudinesco, 2002, p. 98).

Los arreglos homoparentales están vinculados con otros temas que también amenazan a cierto sector de la sociedad: temores sobre la tecnología de la reproducción asistida o la transmisibilidad de valores hegemónicos de la civilización.

Por ejemplo, en Francia —una vez aprobado el Pacto Civil de Solidaridad—, se proscribieron los derechos de las parejas homosexuales para adoptar niños o tener acceso a la tecnología reproductiva por temor a que estas familias no transmitieran los valores que la sociedad francesa consideraba imprescindibles (Butler, 2005).

Este fenómeno también sucedió en la ciudad de México cuando el voto para aprobar el derecho de las parejas del mismo sexo a contraer matrimonio se vio condicionado en un primer momento por el “candado” de la adopción (Careaga, 2011).

Ningún equipo de investigación ha dedicado sus esfuerzos a estudiar la realidad de las familias homoparentales en México. No obstante, las

investigaciones realizadas hasta hoy (Espinoza, 2007; Haces, 2006) confirman lo que los estudios anglosajones y europeos han publicado: no existen diferencias negativas entre las niñas y los niños criados en familias homoparentales en México cuando se comparan con las heteroparentales.

Los estudios en diversas partes del mundo que confirman estos resultados han servido de fuente para que la APA formule y defienda su postura para trabajar afirmativamente con estas familias.

Las investigaciones consideradas por APA, así como por las asociaciones de psiquiatría, psicoanálisis, trabajo social y pediatría dada su rigurosidad tanto metodológica como ética, han llegado a conclusiones diferentes a las de Carmeron y Cameron (1996). Estas han develado que los hijos de las familias homoparentales siguen el patrón esperado común de todos los demás niños tanto en el desarrollo de su identidad de género como de su orientación sexual (Patterson, 1992; Tasker y Golombok, 1995; Tasker y Golombok, 1997; MacCallum y Golombok, 2004; González, Morcillo, Sánchez, Chacón y Gómez, 2004; Biblarz y Stacey 2001; Pennington y Knigth, 2011; Kuvalanka y Goldberg, 2009).

Biblarz y Stacey (2001) examinaron las conclusiones de 21 estudios psicológicos publicados entre 1981 y 1998 que versaban sobre la orientación sexual de los niños con padres homosexuales y seleccionaron sólo los que: 1) incluyeran en su muestra a un grupo de padres homosexuales con sus hijos y a un grupo de padres heterosexuales con sus hijos, 2) evaluaran estos grupos en términos de significancia estadística y 3) incluyeran resultados relacionados directamente con el desarrollo de los niños. La observación detallada de este meta análisis concluyó que, si bien no hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto a la orientación sexual, sí se constataron diferencias significativas en lo referente a la forma de asumir los roles de género: los hijos de lesbianas tendían a asumir menos estereotipos de género (en relación con los juegos, actividades y profesiones elegidas) que los hijos de padres heterosexuales.

Por otra parte, Tasker y Golombok (1997) realizaron un estudio que ha sido piedra de toque y referente por su dimensión transversal, recogieron datos en

1976 y dieron seguimiento durante 14 años a 27 madres heterosexuales solas y a 27 madres lesbianas en Inglaterra. Las entrevistas realizadas a los hijos se concentraron en su temprana adultez. Este trabajo pudo acompañar a todos estos chicos en el proceso de desarrollo de su sexualidad e identidad.

Las autoras encontraron que había una diferencia significativa en términos de apertura a la diversidad entre los hijos de padres y madres heterosexuales y los de madres lesbianas. Sin embargo, y a pesar de que los hijos de madres lesbianas fueron más abiertos con la posibilidad de sentir atracción por alguien de su mismo sexo, las estadísticas del estudio indicaron que no existían diferencias significativas en el número de hijos que se definían bisexuales, lesbianas o gays que en el grupo de padres heterosexuales.

Otro estudio de estas mismas autoras llevado a cabo en 1995 empleó como muestra a 25 jóvenes adultos hijos de madres lesbianas y 25 de madres heterosexuales, y confirmaron que los hijos de las familias homoparentales no tenían mayor tendencia que los de las heterosexuales a sentirse atraídos por personas de su mismo sexo. Los datos desmintieron la hipótesis de que las madres lesbianas tendrían hijas lesbianas y los padres gays, hijos homosexuales (Tasker y Golombok, 1995).

En 1983, Golombok, Spencer y Rutter compararon el desarrollo psicosexual y emocional, así como los comportamientos y relaciones sociales de los niños del estudio anterior una vez que fueron adultos. Se realizaron entrevistas estandarizadas sistemáticas con las madres y con los niños y se aplicaron cuestionarios a sus maestros para valorar la dimensión psicosexual y psiquiátrica de ambos grupos de niños. Los dos grupos fueron similares en relación con todas las variables estudiadas y, particularmente, respecto a la identidad sexual: todos los niños del estudio estaban satisfechos con su género y no deseaban ser miembros del otro sexo.

Sería importante anotar que si la preocupación de la sociedad y de la disciplina psicológica es la discriminación de la que serían objeto los hijos; el problema se resolvería con más sentido no prohibiendo o desalentando la homoparentalidad

sino combatiendo la homofobia. Que los profesionales se manejen con el supuesto implícito de que la homosexualidad es una anomalía puede generar impacto en la salud física y emocional en los niños que crecen en estas familias; fenómeno que se combatiría de manera más precisa si se luchara contra la homofobia y no contra sus familias.

3.3 Estudios y hallazgos sobre homoparentalidad y salud

De la literatura escrita y publicada hasta 2007 sobre los hijos de familias homosexuales en lo que corresponde al desarrollo cognitivo, emocional y psicosexual, Tasker y Patterson (2007) encontraron que las preocupaciones en torno a las posibles dificultades del desarrollo de los menores criados por familias homosexuales no lograban un suficiente sustento empírico. El resultado fue producto de la revisión de Steckel (1985) en el tema del proceso de separación-individuación, de Golombok et ál. (1983) y Kirkpatrick et ál. (1981) en lo relacionado con las valoraciones psiquiátricas que han hecho de los niños criados en familias homoparentales, y de Brewaeys et ál. (1997), Chan et ál. (1998) Flaks et ál., (1995), Gartrell et ál. (2005), Golombok et ál. (1983-1997) y Wainright et ál. (2004) en lo vinculado con la evaluación de la personalidad.

Tasker y Patterson revisaron lo publicado por Golombok, Gottman (1990), Huggins (1989), Puryear (1983) y Wainright et ál. (2004) sobre el autoconcepto de estos niños y por Puryear (1983) y Rees (1979) referente al asunto del locus de control. Asimismo, analizaron el trabajo de Rees (1979) acerca del juicio moral de los niños, los estudios sobre ajuste psicológico dirigidos por Wainright et ál. (2004) y lo escrito sobre la inteligencia por Green et ál. (1986).

Anderssen, Amlie y Ytteroy (2002) también realizaron un seguimiento y análisis bibliográfico a partir de lo publicado entre 1978 y 2000 sobre los hijos de padres y madres homosexuales y encontraron 33 estudios empíricos de niños de muestras no clínicas.

De estos, uno había sido desarrollado en Bélgica, otro en Dinamarca, tres en Inglaterra y 18 en Estados Unidos. Veinte de ellos estudiaron a los hijos de madres lesbianas y tres a los hijos de padres homosexuales. Los estudios

incluyeron a un total de 615 niños de edades comprendidas entre 1.5 y 44 años, de madres lesbianas o padres gays y 387 niños del grupo de control. Ambos grupos se evaluaron con pruebas psicológicas, cuestionarios y entrevistas. Las variables del estudio fueron: funcionamiento emocional, preferencia sexual, estigmatización, comportamiento de género, ajuste conductual, identidad de género y funcionamiento cognitivo. Los niños criados por madres lesbianas o padres gays no se diferenciaron en ninguno de los estudios con los otros niños en ninguna de las variables (Anderssen et ál., 2002).

Por lo que respecta al vínculo padre o madre e hijos en las investigaciones de España, se advirtió que las relaciones que establecían entre sí en las familias homoparentales se caracterizaban por altos niveles de afecto y comunicación (González y López, 2009). Las autoras lo relacionan con hallazgos de otros estudios (Bos, Van Balen y Van den Boom, 2007), que encontraron que las madres lesbianas que habían accedido a la maternidad mediante reproducción asistida reconocían haber tenido un deseo de maternidad significativamente más intenso que las parejas heterosexuales con las que fueron comparadas. Esto tenía un efecto en el tipo de maternidad ejercida, pues se concretaba en un ejercicio parental afectuoso y más “democrático” (González y López, 2009).

Una revisión bibliográfica realizada en Estados Unidos (Tasker y Patterson, 2007) y en España (González et ál. 2003), llegaron a las mismas conclusiones: la única diferencia significativa entre el desarrollo de los menores criados en familias homosexuales y los que crecieron en familias heteroparentales fue que los primeros tenían mayor respeto por la diversidad y mayor movilidad en cuanto a los roles de género. Cuando esto se evalúa, se han encontrado perfiles más andróginos, perfiles que la sociedad actual considera deseables, de tal modo que los papeles del hombre y la mujer están menos diferenciados en la actualidad de lo que lo estuvieron en el pasado y, por tanto, unos y otras requieren actitudes y capacidades que se consideraron propias de un solo género durante bastante tiempo.

Estudios específicos sobre padres gays comparados con padres heterosexuales han encontrado que los primeros ejercen su paternidad de una

manera más receptiva a las necesidades de los niños que los segundos (Binger y Jacobsen, 1992). A su vez, investigaciones específicas de madres lesbianas develaron que estas parejas tienden a compartir más el trabajo de cuidado entre las dos mujeres con respecto al niño y a sus necesidades (Tasker y Patterson, 2007).

Esta tendencia se confirmó en un estudio realizado en España (2013) financiado por el gobierno de Andalucía que versaba sobre estrategias de conciliación. De un total de 164 familias participantes (65 de las cuales eran heteroparentales, 29 homoparentales, 41 madres solas por elección y 29 heteroparentales migrantes), tanto en las tradicionales nacionales como en las internacionales aparecieron patrones claramente diferenciales de implicación en el cuidado infantil y las tareas domésticas, lo que llevaba a una percepción de las madres heterosexuales de insatisfacción con el reparto del tiempo en la pareja y una percepción de sobrecarga y distribución injusta del trabajo en el seno de la familia. Las familias homoparentales mostraron un reparto más igualitario de las tareas domésticas, del cuidado y atención de los hijos, del tiempo y el ocio personal y de satisfacción vital en comparación con las familias heteroparentales por la manera en que tiende a distribuirse el trabajo en el interior del grupo (González et ál., 2013, p. 89).

Existen diferencias entre los niños criados en familias homo y heteroparentales, y es posible considerarlas positivas, ya que pueden funcionar como fortalezas. La flexibilidad en relación con los roles sociales y de género que los niños y niñas aprenden jugando en el interior de estas familias puede ser un recurso para su salud, si entendemos salud como la posibilidad que tiene una persona de desarrollar de manera más integral todas sus potencialidades y autonomía (Doyal y Gough, 1994).

3.4 Redes sociales de apoyo de los niños y discriminación

Respecto a las redes sociales con las que cuentan las familias homoparentales, Tasker y Patterson (2007) encontraron que estas se

relacionaban con la apertura y la visibilidad, que es una de las cuestiones que cualquier familia lesbiana o gay tiene que solucionar.

En estos casos, la apertura no es sólo una decisión individual, sino familiar. En este sentido, Tasker y Patterson (2007) revisaron los estudios de Malley y Tasker y de Laird . El asunto de la visibilidad y apertura de la orientación sexual de los padres es complejo, ya que muchos padres gays y madres lesbianas negocian con sus hijos con quién y cuándo hablar sobre la configuración de su familia con el afán de protegerles. Aun y con la visibilidad como condicionante, las autoras hallaron resultados positivos respecto a la calidad de los vínculos sociales con los que estas familias contaban. En el análisis bibliográfico realizado, encontraron en Brewaeys et ál. (1997), Bozett (1987), Golombok et ál. (1983) Harris y Turner (1985-1986), Kirkpatrick et ál. (1981), Miller (1979) y Wainright et ál. (2004) que las investigaciones afirmaban que los vínculos familiares y sociales de estas familias eran tan buenos como los de las familias heteroparentales y, al contrario de lo que se pudiera presuponer, no se hallaron diferencias en la frecuencia con que los niños tenían contacto con su familia extensa.

Por ejemplo, las autoras hallaron en el estudio de Golombok (1983) que las relaciones entre los hijos de madres lesbianas divorciadas y sus padres eran mejores que la que tenían los hijos de madres heterosexuales divorciadas con los suyos. En otro estudio realizado por estas autoras (Tasker y Golombok, 1997), se confirmaron diferencias cuando se compararon las relaciones que mantenían los hijos o las hijas de madres lesbianas y los hijos de madres heterosexuales con las nuevas parejas de sus madres después del divorcio. En el estudio longitudinal que realizaron primero en 1970, luego en 1990 y, por último, en 1996 (en Inglaterra), encontraron que los hijos —tanto en su adolescencia como en su adultez— calificaban estas relaciones como significativamente mejores cuando se trataba de la pareja femenina de su madre lesbiana que cuando se trataba de la pareja masculina de su madre heterosexual por el mayor grado de implicación que mostraba cada uno a lo largo de su vida.

En los trabajos que han explorado la red social y de apoyo de las familias homoparentales se ha descubierto que los niños (Golombok et ál., 1983) tienen contacto con otros adultos amigos de sus madres, homo y heterosexuales. También fue así en España. El estudio de González y López (2009) señaló que las relaciones con la familia extensa de las familias homoparentales eran suficientes en calidad y frecuencia.

Las relaciones con las familias extensas parecen ser menos complicadas y más estrechas de lo que los temores sociales auguraban. Así, como hemos visto, la percepción de las familias que estudiamos era que mantenían mayoritariamente relaciones bastante frecuentes con otros familiares, relaciones que eran valoradas como muy cálidas y caracterizadas por su alta implicación con niños y niñas (González y López, 2009, p. 426).

El estudio de Fulcher et ál (2006) investigó a 80 familias —34 madres lesbianas en pareja, 21 madres lesbianas solteras, 16 de parejas heterosexuales y 9 de madres heterosexuales solteras—, todas clientas en una clínica de reproducción asistida en Berkeley (California), y encontraron que, de 26 niñas y 54 niños, todos tenían contacto con sus abuelos por lo menos una vez al mes. No hallaron diferencia entre la relación que tenían los niños de las madres lesbianas con sus abuelos y el vínculo que mantenían los niños de madres heterosexuales con los suyos. Esto era igual con otros parientes adultos. En el caso de los niños de las familias lesbianas, estos tenían más contacto con sus parientes genéticos que con los no genéticos.

Con respecto a la preocupación sobre la discriminación que vivirían estos niños, las investigaciones de Tasker y Golombeck (1995) demostraron que, en referencia a las posibles burlas sobre su propia sexualidad, las hijas de madres lesbianas fueron más vulnerables a este tipo de comentarios. Sin embargo, por lo general, se encontró que las madres lesbianas, padres gays y sus hijos solían preocuparse más de lo que, en realidad, eran victimizados por sus pares (ídem).

Los datos empíricos se verificaron de manera similar en España (González et ál., 2003) con los hijos de familias homoparentales de entre 3 y 16 años, cuando se encontró que recibieron de sus compañeros y compañeras una

calificación media en aceptación social, similar a la que obtuvieron los niños y las niñas de familias heteroparentales que formaron las muestras de comparación.

Lograr la completa normalización de configuraciones familiares diferentes a la tradicional sigue siendo un reto. Los hijos que viven en familias homoparentales han mostrado una y otra vez que no sufren más daño emocional o psicológico que los niños que viven en familias heterosexuales, aun cuando se han visto afectados por bullying relacionado con sus padres o madres (Stancey y Biblarz, 2001). Difundir los estudios ya realizados puede prevenir que sean sobreexpuestos a investigaciones que si bien, no tienen como intención etiquetarlos, si pueden tener como efecto una sobrevigilancia sobre ellos.

3.5 Relación entre las familias homoparentales y los profesionales de la psicología

Autores de la salud colectiva, que han trabajado con personas homosexuales en el área de la salud en México, coinciden en que los profesionales —tanto de la psicología como de la medicina— no actúan como si tuvieran una formación actualizada o adecuada para trabajar con ellos (Granados, 2006). Las terapias referidas a las personas homosexuales han estado influidas por la terapéutica “reparadora” que, según Hooker (1997), había determinado el tipo de práctica en salud de los profesionales hacia ellos hasta 1973. Esta terapia es la que usa una serie de métodos enfocados al cambio de la orientación sexual de homosexuales para eliminar o disminuir los deseos o los comportamientos abiertamente homosexuales (APA, 1998).

El movimiento exgay en Estados Unidos se ha considerado abanderado de este tipo de “metas terapéuticas”: sin embargo, no son los únicos que practican las terapias “reparativas” de manera más o menos obvia o sutil (Castañeda, 2006).

En México, Ecuador y otros países latinoamericanos todavía hay evidencias de clínicas que prometen “curar” la homosexualidad de gays y lesbianas,⁹ y se tienen pruebas de que siguen ofreciéndose “talleres para padres” en escuelas primarias y secundarias con el fin de prevenir, evitar o curar la homosexualidad de sus hijos.¹⁰

Según un estudio realizado en Inglaterra (King et ál., 2004) con una muestra de 1,328 psicólogos, consejeros y psiquiatras conformada al azar en 2003, se encontró que 17 % de los profesionales había empleado la terapia de conversión en el pasado y 4 % consideraba seguir utilizándolo en el futuro. Por otra parte, el libro Guía para padres sobre cómo prevenir la homosexualidad (Nicolasi, 2002) se vende y difunde por medio de la Asociación Nacional de Investigación y Terapia de la Homosexualidad (NARTH, por sus siglas en inglés), en cuya última conferencia (2013) se defendió el “derecho” de los profesionales de la psicología de proveer a los homosexuales el servicio de reparación de su orientación sexual y el “derecho” de los homosexuales a usar su “libre determinación” para cambiar (Rosik, 2013).

Aunque en México no conocemos estudios que hayan indagado cómo se sienten las familias homoparentales tratados por profesionales de la psicología, en países como Estados Unidos o Inglaterra hay algunos antecedentes.

Los resultados del estudio de la Gay, Lesbian & Straight Education Network (GLSEN, 2008) por ejemplo reportaron que en Estados Unidos los estudiantes con padres homosexuales manifestaron haberse sentido inseguros en la institución escolar y por esa razón se ausentaron de clase el doble de veces que la muestra nacional. El estudio concluye que cuando ellos han identificado una red de apoyo de profesionales en la escuela los días de ausencias escolares relacionadas con esta preocupación disminuyen considerablemente.

⁹ <http://www.ateorizar.com/2013/06/asi-quisieron-curar-del-lesbianismo.html>

¹⁰ <http://www.centrodeeducacionfamiliar.mx/conferenciasmenu/109-conferencias/291-como-prevenir-la-homosexualidad>

En otra investigación del mismo país se comparó la percepción que tenían parejas heterosexuales y parejas homosexuales sobre la calidad de la atención psicológica. Encontraron que las personas integrantes de parejas del mismo sexo eran menos propensas que quienes integraban parejas heterosexuales a informar de haber recibido buena, muy buena o excelente atención por parte de los profesionales de la psicología clínica.

Las mujeres en pareja del mismo sexo tendieron mucho menos a informar de haber tenido la atención requerida cuando lo necesitaron y, contrario a las mujeres heterosexuales, percibían que los profesionales de la psicología no pasaban suficiente tiempo con ellas (Clift, y Kirby, 2012).

Por otro lado, Matthews y Cramer (2006) indagaron con hombres homosexuales estadounidenses sus percepciones sobre cuáles eran las barreras que habían experimentado como más importantes en su proceso de adoptar. Entrevistaron a 16 hombres gay que habían buscado adoptar; los entrevistados dijeron haber encontrado que la política de don't ask, don't tell (relacionada con la orientación sexual de los adoptantes) que encontraron en las instituciones de adopción era confusa y angustiante. Algunos hombres también hablaron de haberse sentido insultados porque los formatos de solicitud sólo consideraban adoptantes heterosexuales.

En un estudio de familias homoparentales que buscaron adoptar, en España, antes y después de la aprobación de la ley del matrimonio igualitario, las autoras (González, López, Rodríguez, 2012) encontraron que antes de la aprobación de la ley de matrimonio, la mayoría de estas familias tuvieron que esconder su condición de homosexual para lograr concluir con éxito el proceso: adoptaron en solitario, impostando un estilo "mas heterosexual" tanto en la decoración de su casa como en su apariencia física o su historia de relaciones, con el fin de que su solicitud fuera considerada viable. Solo en cuatro casos la familia decidió decir la verdad sobre su configuración familiar; bien porque percibieron apertura en los profesionales que evaluaban sus casos y porque "de por sí" estaban aplicando una solicitud de adopción para niños con necesidades especiales. En algún caso adicional, porque no querían que los hermanos mayores tuvieran que mentir en la valoración de idoneidad.

Esta situación mejoró considerablemente después del 2005 con la ley de matrimonio igualitario. De hecho, se incrementó significativamente la satisfacción de las familias con la intervención de los profesionales que les valoraron para la idoneidad (de 3,6 a 4,7 en una escala en la que uno era muy insatisfactorio y cinco muy satisfactorio).

Aún así, entre las mejoras en los procesos adoptivos que demandaban esta familias se encontraba la necesaria formación específica de los profesionales de la Psicología, para evitar que fueran criterios heterosexistas u homófobos los que definieran el resultado de su solicitud de adopción. Todos estos estudios se han realizado en otros países, como hemos mencionado, pero desconocemos cuál es la situación en México. Es por ello que el objetivo de este trabajo fue indagar en la relación y las experiencias que han tenido las familias homoparentales mexicanas con los profesionales de la psicología en distintos ámbitos, con el fin de caracterizar los procesos psicológicos que viven las familias homoparentales que recurren con profesionales, dada su relevancia para el bienestar de estas familias y la escasez de datos sobre cómo está siendo su relación con ellos.

3.6 Relación de los profesionales de la psicología con las familias homoparentales

El interés por el estudio de estas familias nació alrededor de la década de los setenta, cuando se incrementaron los casos de disputa por la custodia de los hijos de madres lesbianas y sus exparejas hombres. Los tribunales de Estados Unidos concedían la guardia y custodia al padre heterosexual en 99 % de los casos, pues se consideraba que las mujeres homosexuales tenían menos posibilidad de garantizar a sus hijos estabilidad y salud. Dada esta desigualdad legal, comenzaron a examinarse sistemáticamente en ese país las condiciones en que estos niños estarían si permanecían con sus madres lesbianas, y las investigaciones en el área de la psicología que indagaban sobre la orientación sexual de las madres y la posible afectación de sus hijos crecieron exponencialmente (Stacey y Biblarz, 2001). La APA incrementó su interés a

partir de las primeras publicaciones y dio seguimiento a investigaciones específicas en el área de la psicología forense (Patterson, 2004).

El estudio de Patterson de 2004, por ejemplo, tuvo una versión previa en 1991 financiada y dirigida por la APA, que se centró en estudiar a los psicólogos que hacían evaluaciones sobre custodia en la corte.

Con este trabajo, se buscó también proveer de recursos y referentes teóricos actualizados a los profesionales encargados de examinar los casos de conflicto entre una madre lesbiana y su expareja varón.

En 1987, las investigaciones lograron desmontar algunos de los más importantes mitos sobre la parentalidad homosexual, y las mujeres lesbianas consiguieron ganar 15 % de los casos de custodia como producto de los resultados del primer periodo de publicaciones. Esta cifra ha variado significativamente en nuestros días, ya que se reporta que en la actualidad ganan de 70 % a 80 % de los casos de custodia, dadas las investigaciones cada vez más reconocidas que evalúan positivamente la crianza de padres y madres homosexuales (Stacey y Biblarz, 2001). Probablemente también por la consolidación del movimiento feminista dado que el porcentaje es diferente para las parejas de hombres homosexuales; el prejuicio de que ellos no saben cuidar sigue vigente y es parte del discurso social que argumenta contra la homoparentalidad, particularmente agresivo en el caso de parejas de hombres.

Sin embargo otras investigaciones que encontramos a este respecto han hallado que los profesionales de la psicología siguen brindando atención de acuerdo con sus creencias y valorizaciones, sin contar con un programa o política de Estado que oriente y garantice una relación respetuosa y sensible a las necesidades específicas del colectivo homosexual. Esto se ha repetido en los distintos países donde la legislación poco a poco ha abierto espacios para la ciudadanía a las parejas homosexuales. Crawford, McLeod, Zamboni y Jordan (1999) realizaron un estudio en Chicago con 388 profesionales de la psicología con amplia experiencia en el ámbito de la adopción, pidiéndoles que evaluaran los expedientes de parejas heterosexuales, lesbianas y gays, todas ellas solicitantes de adopción y con perfiles idénticos. Se encontró que los

profesionales de la psicología tendían a recomendar menos a las parejas gays y lesbianas a la hora de valorar la idoneidad de la adopción, a pesar de que estas parejas tenían las mismas condiciones de edad, género, clase social, religión y escolaridad que las parejas heterosexuales evaluadas (Crawford, et ál.,1999).

En este mismo sentido Brodzinsky, Patterson y Vaziri (2002), en una investigación sobre oficinas de adopción estadounidenses, encontraron también que sólo 63 % habían aceptado solicitudes de parejas gays y lesbianas para adoptar y de estas, sólo 38 % habían concretado una adopción homoparental en dos años.

La teoría que patologiza la homosexualidad se halla directamente relacionada con ciertas ideas sobre su causalidad. Haider-Markel y Joslyn (2009) estudiaron los marcos conceptuales que los profesionales usaban para explicar el origen de la homosexualidad con el fin de establecer la relación existente entre la atribución de la causa y la estigmatización. En el presente estudio se encontró que quienes atribuían la homosexualidad a un estilo de vida —y, por tanto, consideraban que era un fenómeno que los mismos homosexuales elegían de forma deliberada— estigmatizaban más a esta población que quienes le atribuían causas genéticas, en este caso lo que determinaba la estigmatización era la transgresión “voluntaria”. Los autores encontraron que si el motivo de la homosexualidad era percibido como una opción individual aprendida, se les apoyaba políticamente mucho menos que si se apreciaba como incontrolable, encontraron que los sentimientos positivos hacia los homosexuales, el apoyo a los derechos civiles de los gays, las uniones civiles y el matrimonio entre personas del mismo sexo estaban determinadas de manera estrecha por una asociación que atribuye un origen genético para la homosexualidad que funciona, de hecho, como predictor de apoyo.¹¹

Sin embargo, otra investigación realizada en la Universidad Nacional de Córdoba llegó a conclusiones diferentes. Al estudiar las concepciones sobre la

¹¹ Al mismo tiempo, encontraron similitudes entre los argumentos biológicos utilizados para explicar la homosexualidad y los que se usaron en Estados Unidos para describir las desigualdades sociales entre las poblaciones negra y blanca durante el racismo institucionalizado.

homosexualidad entre los estudiantes de Psicología, encontraron siete tipos de estas: cuatro recurrían a teorías del esencialismo sexual y tres presentaban argumentos ligados con el construccionismo social. Los autores de esta investigación concluyeron que había un vínculo entre actitudes negativas contra la homosexualidad y las teorías de esencialismo sexual (cuya creencia es que la homosexualidad tiene orígenes biológicos, que es inmutable y que se define tempranamente en el ciclo vital de las personas) (Rabbia e Imhoff, 2012).

No conocemos, sin embargo, estudio alguno que haya evaluado las ideas o actitudes de los profesionales de la psicología educativa con respecto a las familias homoparentales y sus hijos o hijas. Sí conocemos, sin embargo, un estudio en que se han analizado las ideas que el profesorado tiene sobre diversidad familiar. En una investigación en España con 108 profesores de educación primaria donde se buscaba conocer los preconceptos con los cuales los profesores trabajaban con los menores, las autoras (Morgado, Jiménez-Lagares y González, 2009) encontraron que, con respecto a las familias homoparentales, 42 % de los profesores pensaban que las parejas homosexuales no debían adoptar porque sus hijos tendrían más probabilidad de tener problemas en su desarrollo y casi la mitad de la muestra no estuvo de acuerdo con la idea de que los hijos de los homosexuales pudieran ser similares a los hijos de heterosexuales.

Por otro lado, algunos trabajos en el ámbito de la psicología clínica (Toro, 2005) han reproducido prejuicios contra las familias no tradicionales al considerarlas factor de riesgo y fuente de psicopatología para los niños criados en su interior, incluyendo entre estas a las homoparentales.

Este debate no es sólo un tema académico, sino una lucha política ya que no ha sido infrecuente que la discusión trascienda los límites de lo propiamente profesional; algunos equipos de investigación se han visto amenazados con mensajes insultantes en sus buzones o en sus casas o han visto congeladas

sus investigaciones o la publicación de sus resultados cuando evidenciaron la normalidad de las familias homoparentales (Sala, 2007). Es decir, la psicología, como el resto de las disciplinas, no se encuentra aislada de los grandes discusiones políticas de nuestro tiempo (Suárez, 2013).

3.7 Descripción metodológica

La elección de un método particular para estudiar tal o cual objeto sociológico no tiene nada de anodino. Compromete a la persona que hará la investigación a una determinada relación de campo y a ciertas prácticas existenciales

CAROLINA MARTÍNEZ

Este trabajo se fundamentó en la investigación de tipo cualitativo porque, dada la naturaleza del objeto de la misma, se requiere indagar sobre las formas de intervención de los profesionales de la psicología dada la construcción cultural y de formación que tuvieron en torno a la homosexualidad y la homoparentalidad para analizar cómo éstas influyen en la salud de los consultantes. Elegimos técnicas propias de la postura cualitativa para entender la construcción social de los significados que las familias homoparentales han adjudicado a sus experiencias en los espacios de atención psicológica y la construcción profesional de los significados que los psicólogos han armado en lo referente a su trabajo con estas personas y sus familias.

El término “investigación cualitativa” es polisémico y cada vez menos preciso, porque contiene muchas posturas —algunas, incluso, contradictorias entre sí de manera interna—, y es difícil identificarlas. La investigación cualitativa puede entenderse como la arena o el campo en el que converge una variedad de saberes, prácticas, agentes sociales, grupos, estructuras y discursos de la más diversa índole. En este caso particular, dicho campo incluye a autores y corrientes provenientes de diferentes orientaciones, antecedentes, temáticas y propuestas (Mercado y Bossi, 2004).

Para dar respuesta a esta diversidad en el contexto de la investigación, a finales del siglo xx empezó a utilizarse la noción de “paradigma” en Estados Unidos para designar al conjunto de posicionamientos desde los cuales el investigador realiza su trabajo. El paradigma incluye una perspectiva ontológica

(una interpretación sobre qué es la realidad), una epistemológica (sobre cómo se entiende y se estudia la realidad) y una metodológica (sobre cuál puede ser el mejor camino para acceder a ella).

A partir del siglo XX se comenzó a plantear que, en el campo de la investigación cualitativa, más que diversidad de paradigmas se estaban produciendo guerras entre ellos. La primera, fechada entre las décadas del setenta y principios del noventa, fue la que confrontó al paradigma positivista con el pospositivista.¹² La segunda, transcurrió entre el decenio del noventa y los primeros años del siglo XXI, supuso un enfrentamiento entre el paradigma pospositivista y el constructivismo,¹³ así como con las teorías críticas. La última de ellas sigue en curso y es la “guerra” más actual entre la investigación basada en la evidencia, por un lado, y el interpretativismo, por el otro (Martínez, 2012).

Hoy en día es incuestionable la necesidad de explicitar la posición desde la que se investiga de manera precisa: explicar la mirada ontológica, ética, epistemológica y metodológica de cada investigación en tanto que la investigación cualitativa sin “apellidos” no es un referente definitivo y totalizador que transparente el lugar desde el cual se estudia. Como apunta Denzin, los métodos elegidos no son sólo herramientas, sino prácticas representativas e interpretativas (Martínez, 2012).

En esta investigación, nos acercamos a la práctica psicológica; nos interesa la percepción de esta, tanto de las familias que consultan como de los profesionales. Para este fin, asumimos las posturas metateóricas que implican posicionarse desde la metodología cualitativa con características particulares: a) bajo el supuesto ontológico de que la realidad se construye socialmente y

¹² El paradigma positivista, dominante tradicionalmente en investigación científica fue cuestionado en la segunda mitad del siglo XX y percibido como ineficaz, por lo que son muchos los investigadores volvieron sus ojos a la vieja tradición alemana, historicista y hermenéutica, conformando así lo que ya se conoce con el nombre de epistemología posmoderna (Martínez-Salgado, 2012).

¹³ El constructivismo como corriente epistemológica sostiene que nuestros conocimientos no se basan en correspondencias con algo externo, sino que son el resultado de construcciones de un observador que se encuentra siempre imposibilitado de conocer en su totalidad lo observado. Se evidencia que la comprensión del mundo no proviene de su descubrimiento, sino de los principios que utilizamos para producirla (Camejo, 2006).

que, por tanto, no es independiente de los sujetos que la viven, es decir las familias homoparentales y, en este caso, los profesionales de la psicología; b) privilegiar el estudio “interpretativo” de la subjetividad y de los productos que resultan de su interacción con el mundo de ambos actores sociales, familias-profesionales, poniendo atención en los sentidos que cada uno adjudica a su vivencia (Castro, 1996), c) buscar contingencias en vez de leyes sociales, esto es, no hacer generalizaciones sino descripciones de cómo han sido las relaciones en los casos estudiados, d) asumir que el equipo que investiga es un narrador y no un técnico de laboratorio, pues no se busca objetividad neutral sino la construcción de una narración coherente con lo que los informantes (familias-profesionales) compartieron y, finalmente, e) admitir que los métodos no son medios neutrales, sino la consecuencia de una toma de postura epistemológica y ontológica.

Nos interesa comprender la relación profesional que se establece desde una disciplina normativa y una familia organizada de manera no normativa. El enfoque es micro y busca cierta profundidad, porque no se pretende obtener resultados que sean generalizables en todas sus dimensiones, sino optar por una perspectiva interpretativa que desarrolle conocimiento de forma inductiva con la meta de plantear nuevas reflexiones en la forma de analizar e intervenir el problema.

Muchas son las posibilidades a la hora de elegir los sujetos invitados a participar como informantes en la investigación cualitativa. Como otros estudios cualitativos, este se apoyó en una estrategia de reclutamiento de informantes mediante la técnica de muestreo llamada “bola de nieve”, se entró en contacto, primero, con informantes que reunieran los criterios fundamentales para ser considerados clave y a partir del conocimiento y recomendación de estos primeros contactados, acceder a otros hasta conformar una red.

Asumimos la postura de que lo que fundamenta la investigación es un interés de escuchar las voces que no se oyen regularmente con la conciencia, sin embargo, de que nunca será del todo su voz, sino la interpretación del que escribe sobre lo que ha escuchado (Martínez, 1996).

3.8 Procedimiento de entrevista y análisis

Hay muchas razones por las cuales elegir la metodología cualitativa pero tal vez la más importante es el deseo de trascender lo conocido y entrar en el mundo de los participantes, ver el mundo desde su perspectiva

ANSELM STRAUSS Y JULIET COBIN

Los métodos que se utilizaron para acercarnos a las familias homoparentales fueron, fundamentalmente, las entrevistas a profundidad en tres modalidades: a) individuales, b) en pareja y c) familiares, dependiendo de lo que la familia creía más conveniente. En el caso de las familias con hijos de entre 0 y 12 años, los niños no participaron en la conversación, en cambio las familias que tenían hijos mayores de 12, fueron también entrevistados. El criterio fue únicamente la consideración de los padres/madres: aquéllos que se sintieron cómodos con la entrevista familiar, convocaron a su/sus hijo/s. La entrevista en profundidad se refiere a los encuentros cara a cara, abiertos no directivos, entre el entrevistador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes de su vida, experiencias y situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras, (Taylor y Bogdaan, 1986) y que permite a los entrevistados abundar libremente en torno a las preguntas que se les plantean.

A continuación, se presenta la temática general que se indagó en las entrevistas, primero con familias homoparentales y posteriormente con profesionales de la psicología. Estos temas generales funcionaron como “disparador” de las conversaciones para que cada familia ampliara lo que consideraran más relevante en su experiencia.

En ninguno de los casos consistió en una guía rígida, ya que las entrevistas fueron tomando un rumbo diferente en cada caso y, bajo la modalidad que se eligió realizar, se permitió que los entrevistados profundizaran en aquello que más necesitaron hacer.

Se formularon interrogantes para dar paso a la expresión abierta del discurso de los entrevistados y hacer emerger los elementos que consideraron significativos. Los temas abordados con las familias fueron: a) la vía por la cual llegaron con un profesional de la psicología, b) la postura que ellos percibieron que tenía el profesional frente a su particular configuración familiar, c) el tipo de intervenciones del profesional de la psicología que valoraron como negativas o perjudiciales y d) el tipo de práctica psicológica que valoraron como positiva o les fue terapéutica.

En el caso de la temática abordada con los profesionales giró en torno de: a) la corriente de psicología que les funcionaba como marco teórico y de trabajo, b) la noción teórica que les era útil para explicarse y trabajar la cuestión homosexual, c) la conceptualización que habían construido en torno a las familias homoparentales y su salud y d) los abordajes que habían utilizado en su práctica con estas personas o sus familias.

Para el análisis de las entrevistas se ha seguido un abordaje híbrido, por un lado, de los principios y procedimientos de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967) que permiten construir teoría a partir de los significados que emergen del propio discurso y, por otro, la búsqueda en el discurso de los entrevistados de categorías definidas previamente (relacionadas con el modelo médico hegemónico de Menéndez), ya que en un primer momento de la investigación se buscaba explícitamente saber si las características del modelo médico hegemónico se reproducían en el modelo psicológico.

El procedimiento ha seguido varias fases: en la primera, las entrevistas fueron leídas repetidamente para identificar las categorías discursivas emergentes mediante una codificación sistemática línea a línea. En la segunda se elaboró una plantilla con estas primeras categorías emergentes para identificar regularidades y particularidades discursivas de todas las entrevistas, con el fin de identificar si estas obedecían a la experiencia individual del informante o a la experiencia compartida de varios. En una siguiente fase fueron estableciéndose el contenido y los límites de las diversas categorías emergentes, mediante un método comparativo constante y un debate entre los implicados en el equipo de investigación.

Una vez conformada la plantilla de categorías, tanto las emergentes como las previamente construidas, se sometió el dato discursivo a un análisis interpretativo basado en los referentes teóricos de la investigación. El marco de referencia de este trabajo ha sido la obra de Foucault (1974) que arrojó conclusiones fundamentales sobre la función normalizadora de la clínica, así como algunos autores de la salud colectiva que han integrado las relaciones de poder en su análisis del campo de la práctica: Menéndez (1990), Ginsberg (2007) y Granados (2006) y la literatura sobre la heteronormatividad, como característica del sistema de pensamiento y funcionamiento binario del mundo, de Witting (1992), Rich (1980) y Preciado (2013).

La credibilidad de los procedimientos de análisis cualitativo (Elliot, Fisher y Rennie, 1999) se procuró, inicialmente, contrastando y debatiendo entre la doctoranda y sus directores de tesis los códigos y las categorías que iban surgiendo de los análisis, que se fueron refinando y refundando hasta configurar el sistema de categorías definitivo.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para ser codificadas. En el análisis cualitativo, la información se somete a muchas transformaciones porque se desplaza del discurso oral a la grabación y, después, al texto transcrito que termina en una codificación; sin embargo, existen ventajas en estas modificaciones porque permiten un distanciamiento del testimonio que, a su vez, es un requisito para el análisis sistemático (Castro, 1996).

Una característica singular de los resultados del análisis de las entrevistas de las familias homoparentales es que la voz de los profesionales de la psicología aparece por referencia, únicamente por medio de los testimonios de las familias a quienes atendieron, por lo que esta no es la descripción de lo que los profesionales hicieron, sino de lo que las familias percibieron y recordaron como significativo de su actuación profesional.

En cambio, en la sección en la que se presentan los resultados del análisis de las entrevistas con profesionales de la psicología aparece su voz en primera persona: lo que pensaron e hicieron con estas familias.

3.9 Participantes y criterios de inclusión

Se efectuaron dos conjuntos distintos de participantes; por un lado, a ocho familias homoparentales y, por otro, a 10 profesionales de la psicología. De las familias entrevistadas, cuatro eran madres lesbianas y cuatro fueron padres gays. Las entrevistas fueron audiograbadas previa autorización de las personas entrevistadas, a quienes se informó sobre el propósito de la investigación, el resguardo de su identidad y el uso de sus testimonios para fines exclusivos del estudio. Se adjudicó un pseudónimo a cada familia.

Pseudónimo de la familia	Hijo/a	Vía de acceso a la maternidad o paternidad
Familia de Catalina y Claudia	Hija de 13 años	Relación heterosexual anterior
Familia de Francisco y Fabián	Hija de 6 meses	Adopción
Familia de Antonia y Alma	Gemelos de 6 años	Reproducción asistida
Familia de Julián y Juan	3 hijos	Adopción
Familia de Lucía y Leticia	Hija de 7 años	Relación heterosexual anterior
Familia de Mateo y Manolo	Hijo de 30 años	Adopción
Familia de Begonia y Belinda	Embarazada	Reproducción asistida en casa
Familia de Jacinto y Jonás	Hija de seis meses	Subrogación

Las familias accedieron a la parentalidad por distintas vías: tres de ellas adoptaron a sus hijos, dos de ellas tuvieron a sus hijos en una relación heterosexual previa, pero los educan actualmente en el marco de su relación homosexual, y tres de ellas lo hicieron por medio de técnicas de reproducción asistida (inseminación en una clínica, inseminación en casa, subrogación en Estados Unidos).

Los criterios de inclusión fueron dos: en primer lugar, que la pareja tuviera hijos y ambos miembros estuvieran comprometidos en su crianza, aunque no hubieran sido, de origen, planeados en el marco de una relación homosexual y, en segundo, que los miembros de esa familia hubieran tenido alguna experiencia con un profesional de la psicología que estuviera al tanto de la estructura de su familia. Se eligieron cuatro parejas de mujeres y cuatro de hombres con la finalidad de tener paridad en la muestra y hubo también intencionalidad en buscar parejas y familias pertenecientes a diferentes clases sociales de manera tal, que cuatro fueron de clase media baja y cuatro de clase media alta.

En relación con los profesionales de la psicología se buscó que fueran exponentes de diversas escuelas dentro del campo: una terapeuta familiar sistémica, una psicóloga cognitivo-conductual, una psicoanalista directora de la Facultad de Psicología de una universidad privada, un terapeuta narrativo, un psiquiatra, una psicóloga social que también tenía práctica psicoanalítica, una psicoanalista que trabajaba exclusivamente en un consultorio privado, una psicóloga que trabajaba en el área de adopciones del DIF Federal y dos psicólogas escolares.

Con respecto a la edad de los profesionales, Donaldo y Eréndira tenían alrededor de setenta años, Armando tenía 35 años y el resto tenían entre 45 y 50 años. Durante la entrevista hablaron abiertamente sobre su orientación sexual: Armando se consideraba abiertamente bisexual, Mónica, lesbiana y el resto eran heterosexuales.

Informante	Formación en psicología	Trabajo actual
Eréndira	Psicoanálisis y terapia familiar sistémica	Formación de terapeutas familiares y consulta privada
Mónica	Cognitivo conductual	Consulta privada
Norma	Psicoanálisis	Formación de profesionales de la salud mental en una universidad privada
Armando	Terapia narrativa	Formación de terapeutas narrativos y trabajo comunitario
Donaldo	Psiquiatría	Consulta privada
Narnia	Psicoanálisis y psicología social	Formación de profesionales en una universidad pública y consulta privada
Rina	Psicoanálisis y terapia familiar sistémica	Consulta privada
Renata	Psicología social	Psicóloga en el departamento de adopciones en el DIF Federal
Cándida	Psicoanálisis	Psicóloga escolar y consulta privada
Irasema	Psicoanálisis	Psicóloga escolar

La primera profesional entrevistada fue directamente referida por una de las familias homoparentales que participó en el estudio, dado que habían trabajado con ella. A partir de esta primera entrevista, comenzó a tejerse una red de entrevistas adicionales.

Las profesionales de la psicología que trabajaban en escuelas estaban ejerciendo en las instituciones donde asistían los hijos o las hijas de las familias entrevistadas. Los demás entrevistados fueron seleccionados por la técnica “bola de nieve” a partir de estas primeras entrevistas, y el criterio de inclusión era que hubieran tenido experiencia trabajando con personas, parejas o familias homosexuales durante más de 10 años.

En cambio, la profesional del DIF fue seleccionada por haberse acercado a un instituto de terapia familiar con el fin de solicitar terapia para las familias homoparentales que quisieran adoptar en esa institución. A cada uno de los profesionales entrevistados, se le asignó un pseudónimo con el fin de conservar su anonimato.

CAPÍTULO IV

Resultados: análisis de entrevistas a familias y profesionales

4.1 Familias homoparentales en México atendidas por profesionales de la psicología

En este apartado se presenta el análisis de la experiencia de las ocho familias homoparentales entrevistadas en México a partir de los testimonios de las familias entrevistadas y el análisis cualitativo de estas experiencias. Con la finalidad de ganar claridad se presentan los ejes de análisis organizados a partir del contexto donde se presentó la relación con el profesional de la psicología: la escuela, las instituciones de adopción y los consultorios clínicos. Y por otra parte, las categorías que emergieron de los discursos de los entrevistados los presentamos con letra cursiva para su mejor identificación.

4.2 Psicología escolar

Cuatro fueron las familias que tuvieron contacto con psicólogos en las escuelas y a partir de sus testimonios se indagó cuáles eran los patrones más repetidos en estos contextos.

Las intervenciones de los profesionales tuvieron como especificidad hacer énfasis en el carácter “anormal” que las configuraciones familiares homoparentales tenían y lo que podrían representar para los niños. En los testimonios, frecuentemente los niños fueron diagnosticados a priori con déficits (de claridad en la estructura) por ser hijos de familias diferentes. A la familia se le comparó con la estructura familiar tradicional y, con base en este modelo, aparecieron frecuentemente como una irregularidad de la norma estadística y del orden cultural. Dice una de las madres recordando su experiencia con una psicóloga escolar:

Entonces el psicólogo deja de escribir, voltea y le dice ¿cómo que tienes dos mamás? Y ¿cómo son las relaciones, quién es el hombre y quién es la mujer?

Alguien tiene que tomar las decisiones y alguien tiene que acatarlas (Familia de Catalina y Claudia).

De acuerdo con los testimonios de estas familias los profesionales de la psicología tienden a trabajar con el sujeto de tal manera que lo acerquen, con su intervención, al modo de funcionamiento tradicional normal, tanto estadísticamente (en términos de norma) como ideológicamente (de adaptación a lo dominante), en este caso concreto, evaluando el funcionamiento familiar a partir de la distribución estereotipada de los roles de género, propia de las sociedades patriarcales. A esto (Ginsberg, 2007) le ha dado el nombre de función normativa de la psicología. Sumado a esto, los discursos de ese campo suelen ser heterosexistas (Granados, 2006) porque consideran la heterosexualidad como la única orientación del deseo válida y despliegan, por lo tanto, estrategias para acercar a las personas a esta norma.

Witting (1992, p. 10) sostiene que la heterosexualidad no es sólo una práctica sexual, sino un régimen político frente al cuerpo homosexual, pero también al cuerpo del migrante, el cuerpo del colonizado, el cuerpo del indígena, aparecen como cuerpos desviados que no pueden, no deben, tener acceso a la reproducción del cuerpo nacional (Preciado, 2013).

Cuando esta ideología la suscriben los profesionales de la psicología se genera un tipo de relación con las familias homoparentales que reciben, de distintas maneras, el mensaje de que su relación homosexual no es un vínculo maduro o sano.

Autoras feministas que han teorizado a partir de estos conceptos también han llamado a la heteronormatividad “régimen de heterosexualidad obligatoria”. El concepto le permitió a Adrienne Rich (1980) reflexionar sobre las limitaciones que se producen cuando la heterosexualidad es el único modelo posible frente al cual los demás se comparan.

Debemos suponer que los profesionales de la psicología que los atendieron se vieron sorprendidos por la supuesta excepcionalidad de estas familias, como consecuencia de un esquema de pensamiento estructurado en lo que Witting (1992) llamó “mente hetero¹⁴” y desde la cual los profesionales de la psicología buscaron acercar lo más posible al modo de funcionamiento de las parejas heterosexuales tradicionales a las familias entrevistadas, y que de acuerdo con esta perspectiva, su estructura implicaba una falta básica, un déficit.

La perspectiva del déficit está sustentada en la creencia de que a las familias homoparentales les hace falta referentes en tanto que carecen de la figura paterna o materna. Frecuentemente consideran (y por lo tanto confirman) que “la diferencia implica un déficit” y que “el modelo heteroparental tiene un estatus de primacía por sobre todos los demás modelos” (González, 2009, p. 385.). Por ejemplo, una de las pruebas psicológicas más utilizadas para valorar la calidad del contexto familiar, la escala HOME (Caldwell y Bradley, 1984), tiene una subescala destinada a la figura del padre en el hogar. Sistemáticamente, los niños o las niñas que viven sólo con su madre o con sus dos madres son los peor valorados, al no puntuar en la citada subescala (González, 2009, p. 384). Es decir que, de acuerdo con quienes diseñaron la prueba, todas las familias sin padre tienen menos calidad en su contexto. El problema de esta perspectiva es que pasa por alto las posibles fortalezas que conllevan crecer en una familia no tradicional y al mirar sólo carencias, pueden esperar perjuicios para el desarrollo infantil. En un estudio realizado en España, por ejemplo, se encontró que las familias homoparentales tienen considerables fortalezas frente a las familias heteroparentales: han logrado establecer patrones más igualitarios en la distribución de los tiempos y las responsabilidades en el hogar y frente a los hijos (González, Díez, López, Martínez, Morgado, 2013). Estudios similares han llegado a las mismas conclusiones en otros países, analizando las cargas horarias y la distribución de responsabilidades (Bos, Van y Van, 2007; Chan, Brooks, y Patterson, 1998; Fulcher, Chan, Raboy, y Patterson, 2002). A pesar de ello, una de las dificultades más frecuentes que tuvieron las familias al tratar con los

¹⁴ En su obra *The straight mind*

profesionales de la psicología fue que estos adjudicaron a la sexualidad de las madres o los padres todas las dificultades de los niños en las escuelas.

Algunas familias identificaban claramente este patrón de las autoridades de las escuelas, quienes consideraban que los defectos de sus hijos se debían a la homosexualidad de sus madres, mientras que los aciertos se explicaban por el sistema educativo. Lo decían de esta manera:

Si mi hijo tiene un problema de madurez tiene que ver con que sus mamás son lesbianas. ¡Ah, pero si mi otro hijo es muy inteligente, ahí sí es porque la Secretaría de Educación Pública ha hecho [un] gran trabajo! (Familia de Antonia y Alma, 2012).

En referencia a la perspectiva del déficit, numerosos estudios de expertos (Patterson, 1992; Tasker y Golombok, 1995; Tasker y Golombok, 1997; MacCallum y Golombok, 2004; Goldberg y Allen, 2013) así como las asociaciones estadounidenses de Psicología (2004), de Psiquiatría (2002), de Psicoanálisis (1997/2004) y la Academia de Pediatría (2002) han asegurado que la sexualidad de los padres y madres no tiene efectos perjudiciales en la salud y desarrollo de los hijos. Sin embargo, las familias entrevistadas percibieron que estaban siendo diagnosticadas con base en prejuicios.

Otro dato que las familias quisieron compartir en las entrevistas fue su experiencia como gays y lesbianas en su propia escuela por lo que hablaron de las experiencias escolarizadas que como niños o adolescentes vivieron; estos datos evidenciaron cómo se tiende a lidiar con la diferencia en las instituciones escolares (ya sea por tener padres/madres gays y lesbianas o por serlo). Los rasgos encontrados en el trabajo de campo fue la función de mantenimiento del orden normativo en las intervenciones de los profesionales de la psicología:

Una de mis primeras experiencias sexuales fue con mi amiga en la secundaria. Cuando llegamos a la escuela yo estaba llena de emociones, no sabía exactamente lo que sentía y se lo fui a contar a la psicóloga. Esta mujer me

metió una culpa espectacular y se dedicó a repetirme durante el resto de curso escolar que había cometido un error gravísimo (Familia de Lucía, 2012).

De acuerdo con Testa (2006) los profesionales de la salud en general cumplen una doble función: la profesional, que busca sanar un sufrimiento, y la social, que persigue el mantenimiento del orden vigente. Esto es aplicable también a los profesionales de la psicología. La línea que separa ambas funciones y lo confuso que puede ser reconocerlas —para quien confía en un profesional—, para saber a cual se enfrenta, fue precisamente otra de las dificultades mencionadas por las familias. El caso de Lucía cuando acudió a la psicóloga para confiar lo que en ese momento le presentaba como confusión y angustia. La adolescente se encontró con una escucha que había subsumido la función de sanar a la de resguardar, consciente o inconscientemente, el orden normativo. Esta función se articula o concreta con una estrategia de culpabilización, que hace aparecer el sufrimiento psíquico del sujeto como producto de su comportamiento inadecuado.

La culpabilización en las intervenciones de los profesionales tiene el efecto de ocultar las verdaderas razones del sufrimiento psíquico; en el caso de las familias homosexuales, la estigmatización es por la orientación de su deseo. Como estrategia ha sido muy eficaz porque tiene efecto sobre quien se ve culpabilizado, para que se sienta desvalido y acreedor de puniciones (Castiel y Dardet, 2010).

Otro caso de culpabilización fue el de Belinda, ahora madre en una familia homoparental, que narró la experiencia que había tenido con su familia y los profesionales de la psicología de las escuelas:

 Mi hermano fue el primer gay de la familia, a él si le fue como en feria porque en la escuela lo llevaron con toda clase de psicólogos que lo querían hacer cambiar para que pasara inadvertido (Belinda).

O bien, la experiencia de Francisco:

Mi primer encuentro con una psicóloga (en la secundaria pública) fue [con] la que me dijo: “Tal vez tienes ademanes muy femeninos y eso hace que tus compañeros piensen que eres diferente, y por eso te dicen joto, puto, maricón. Tú puedes controlar tus ademanes para que no te molesten tanto los otros niños.

Los profesionales en las escuelas, en su dificultad para combatir el sufrimiento por acoso escolar homófobo, pueden estar justificando, naturalizando y manteniendo la discriminación, al volcar la intervención no sobre el rechazo social a la homosexualidad, sino al individualizar la estrategia sobre la víctima.

Este tipo de intervenciones con frecuencia se presentan con la supuesta intención de la conmiseración o de la empatía: se muestran en términos de cuidar o proteger la salud del homosexual y se le conmina a modificar su conducta “por su propio bien”, siendo una actitud que en el fondo no acepta la homosexualidad, de ahí que se denomine a esta modalidad como homofobia que concede (Granados, 2006). Esta perspectiva consiste en un discurso en apariencia preocupado por el bienestar de los homosexuales, a quienes aconseja no hacerse demasiado visibles para no ser lastimados. Se defiende la idea de que los homosexuales pueden vivir su sexualidad, siempre y cuando sea en el ámbito privado. Este falso altruismo es profundamente iatrogénico porque puede profundizar el conflicto e intensificar el sufrimiento psíquico.

Finalmente, hubo una familia que tuvo experiencias positivas con una profesional de la psicología en la escuela de su hija. Según refirió la familia, la profesional que trabajó con su hija, lo hizo desde un lugar de reconocimiento de su estructura familiar:

Cuando mi hija empezó a hablar abiertamente de nosotras en la escuela, tuvimos una serie de conversaciones con la psicóloga de la institución. De ahí, comenzamos a hablar de la necesidad de incluir a las familias diversas en el lenguaje cotidiano de todo el entorno educativo y la psicóloga propuso a mi hija que diera una conferencia (como se suele hacer en las escuelas activas) sobre la experiencia de vivir con una mamá lesbiana y su pareja (Leticia).

Las profesionales que trabajaron desde una postura afirmativa con niños de familias homoparentales lo hicieron enunciando sus diferencias con otros niños

al mismo tiempo que honrando su organización familiar y desmitificando el secreto, o tabú, que todavía se cierne sobre ellas.

En una revisión sobre lo que ha sido publicado sobre familias lésbico, gay transexual y bisexual (LGTB) en escuelas en Estados Unidos se explica que la violencia homófoba en las escuelas en ese país ha decrecido cuando ha habido formación especial antibullying a profesores y miembros de las autoridades escolares. Cuando esta formación ha sido específica contra el bullying homófobo, los niños y padres LGTB miembros de alguna comunidad escolar que lo haya recibido, se han sentido mucho más seguros que cuando la formación ha sido antibullying en general. Otro factor que ha contribuido a que las escuelas sean lugares más seguros para la población LGBT y sus hijos ha sido el activo involucramiento de las parejas homosexuales que pertenecen a la escuela para hacer llegar recursos didácticos y educativos al profesorado con el fin de que sean ellos los primeros que rompan los prejuicios que reproducen y permiten el bullying homofóbico (Byard et ál, 2013).

4.3 Instituciones de adopción

Tres fueron las familias que se acercaron a instituciones de adopción y tuvieron contacto con profesionales de la psicología. A partir de sus testimonios se presenta lo que estas familias vivieron como experiencia.

En el campo de la psicología, a juzgar por los testimonios de las familias entrevistadas, el sexismo y el heterosexismo es el marco desde donde muchos profesionales miran, escuchan, evalúan y juzgan a las parejas del mismo sexo y con frecuencia como si fueran heterosexuales “defectuosas”. En las instituciones de adopción este enfoque se hizo patente cuando los profesionales impidieron el proceso de adopción de una familia de varones, que comenzó el proceso en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), después de haber criado a su niño por 12 años, para que el miembro de la pareja que no tenía todavía derechos de parentalidad pudiera adoptarlo.

La profesional de la psicología obstaculizó el proceso con el argumento de que, como era un hombre y trabajaba, no tendría tiempo de hacerse cargo del hijo, a pesar de que todas las demás instancias lo habían aprobado como idóneo para la adopción.

La petición ya estaba aceptada. Vino la trabajadora social aquí, lo aprobó; económicamente, bien; ambiente, bien. Ya se había pasado la prueba de situación social, bienestar, y sólo faltaban las entrevistas con la psicóloga. Empieza el proceso del DIF y empieza a citarme la doctora. Pero me citaban a las 11 de la mañana, en las horas que yo trabajaba. Desafortunadamente, ella no me explicó que eso contaba. Me decía: "No hay ningún problema. ¿A qué horas lo atiendo?". Y el día que me citaba yo estaba ahí. Pero cada vez que yo decía que a las 12 yo trabajaba, me ponía tachecitos. Al final de todos los test y todas las entrevistas que me aplicó, el resultado que dio la psicóloga fue que yo "no tenía tiempo para atender a mi hijo porque para las entrevistas había puesto condicionantes (Familia de Julián y Juan).

La familia había pasado ya por las etapas más difíciles de la crianza de su hijo, para cuando intentaron legalizar el vínculo. Le interesaba que se legalizara en tanto que su padre podía compartir beneficios, producto de su trabajo como la pensión o la seguridad social. Tener un horario de trabajo no impidió a ninguno de los padres darle el tiempo y atención necesarios, incluso durante la edad que su hijo era más dependiente. Sin embargo, el hecho de que el solicitante trabajara en jornada de ocho horas "disminuía las posibilidades de atenderlo" según el criterio de la profesional. Siendo que otras instancias no lo consideraron así (el departamento de trabajo social ya había aprobado la solicitud), es de suponer que los criterios que rigieron la decisión de la profesional estuvieron basados en el sexismo y/o la homofobia. Si el solicitante hubiera tenido una mujer que se quedara en casa durante la jornada laboral, probablemente su horario de trabajo no hubiera sido considerado problema, como no lo ha sido para ningún matrimonio o pareja heterosexual en la cual las dos figuras parentales son también proveedores económicos.

Este dato es coherente con los resultados de la revisión de Farr y Patterson (2013) en Estados Unidos y Canadá, que han encontrado que gays y lesbianas han experimentado discriminación y muchos obstáculos para poder ser padres

y madres adoptivas. A pesar de ello, una vez superadas las dificultades para adoptar, estos padres y madres han demostrado ser tan capaces como los heterosexuales y se ha hallado que lo importante para el desarrollo del niño o niña es la cualidad del vínculo construido familiarmente y no la estructura de la familia (Farr y Patterson, 2013).

Las instituciones de adopción mexicanas cambiaron su legislación en torno a las adopciones por parte de homosexuales en 2009, cuando por fin se permitió que parejas del mismo sexo pudieran adoptar conjuntamente. Ese cambio legislativo no se ha visto acompañado de la necesaria capacitación del personal implicado en estos procesos; se ha modificado la norma pero no la práctica. Es de suponer que las modificaciones legislativas tendrían que ir acompañadas de otras transformaciones que pueden ser posibles mediante la capacitación, la sensibilización, el acompañamiento y una supervisión más cercana a los profesionales para que la ley pueda cumplirse, dado que los directivos de las casas hogar siguen funcionando bajo esquemas heteronormativos, cuando se han visto obligados a incluir a las parejas homosexuales como posibles adoptantes. Un ejemplo fue el que vivió una de las familias cuando acudieron a un taller de padres, previo a la adopción, porque era requisito de la institución. Se encontraron con que al cierre de la última sesión: “El coordinador llegó a dar las gracias a las familias heterosexuales por ser tolerantes con que tomáramos el taller junto con ellos” (Francisco y Fabián).

Aun cuando el taller fue un requisito de la institución, el profesional hizo aparecer como un acto de benevolencia el hecho de que no hubieran sido discriminados en un servicio (el taller) para acceder a un derecho (la formación para la adopción). Vemos aquí el tipo de homofobia que hace aparecer a la institución y a sus miembros como generosos cuando incluyen a las familias homoparentales en sus espacios, como si fuera algo excepcional que los solicitantes heterosexuales no solicitaran que los homosexuales fueran excluidos del proceso grupal.

Algunas familias homoparentales saben que los profesionales de la psicología en el ámbito de la adopción pueden obstaculizar sus proyectos familiares, y así

lo han recogido (Goldberg et ál., 2007) en su estudio con familias estadounidenses. El ejemplo más claro fue esta misma pareja que decidió adoptar a una niña en vez de a un niño, pensando que así los profesionales de psicología, responsables de la adopción, no basarían su decisión en la sospecha de que ellos pudieran abusar del menor.

Estuvimos pensándolo mucho y, después, llegamos a la conclusión de que si adoptábamos a una niña íbamos a tener menos problemas, porque no estaría latente el prejuicio de que abusaríamos de ella (Familia de Francisco y Fabián).

Existen numerosas evidencias que muestran que una significativa mayoría de los abusos sexuales a menores sucede por hombres no homosexuales en familias heterosexuales: “Uno de los motivos por los que hay más abusos de niñas es porque la mayor parte de los hombres son heterosexuales y se interesan más por ellas” (López, 2004, p. 356). Aun así, el prejuicio de que los homosexuales abusan de los menores está tan extendido que se ha condicionado incluso la conducta de las parejas homosexuales cuando desean tener hijos.

Que los prejuicios sociales homófobos sean el referente para tomar decisiones como estas, habla también de cómo las familias homoparentales siguen percibiendo a los profesionales de la psicología y al mundo social en conjunto como una limitación y amenaza, y casi nunca como aliados de su salud y bienestar.

En ese sentido, las prácticas psicológicas de estos espacios lo confirman, pues los profesionales trabajan aún con marcos teóricos que van perdiendo vigencia o que no responden a las problemáticas de muchos grupos sociales. El siguiente testimonio es el caso de una tercera pareja de varones que intentaron adoptar y acudieron directamente al DIF, otro ejemplo de este mismo proceso.

Nos dijeron que por qué no hacíamos una solicitud, porque esa era realmente la única institución que se encargaba de las adopciones en México. Y bueno, mi pareja hizo solicitud como soltero, porque todavía no había pasado la ley del matrimonio igualitario. Él hizo la solicitud y primero el director del DIF parecía muy empático con la idea y comentó que diéramos dos cartas de

recomendación, preferentemente de políticos y de empresarios. Presentamos cartas de recomendación de parte de personas muy influyentes en ese momento. Y eran cartas muy entusiastas y solidarias. Entonces pusieron a una psicóloga a evaluarnos. Una de las preguntas durante la primera entrevista era “¿Y crees que, cuando adoptes, tu vida sexual va a mejorar?”. A lo que mi pareja inmediatamente reaccionó.

Después de varias entrevistas, igual de malas, la conclusión de la psicóloga fue que para los niños iba a ser una vida terrible y nos negó la adopción (Familia de Mateo y Manolo).

Los prejuicios homófobos y de género pueden tener consecuencias graves en el desarrollo emocional y cognitivo de los hijos de familias homoparentales obstaculizando así el desarrollo de sus potencialidades para la salud. El cambio legislativo que permite a las parejas homosexuales casarse y adoptar, es insuficiente si los profesionales de los que dependen estas decisiones siguen siendo formados bajo la perspectiva del déficit y mediante marcos epistemológicos que no se han actualizado o son homófobos. Una formación que eduque y permita a los profesionales mirar más allá de los preconceptos impuestos por sus marcos teóricos, es indispensable para garantizar que se concrete el derecho en las mejores condiciones posibles. Esto garantizaría también un mejor impacto de su intervención en la salud de un importante sector de la sociedad, no sólo de las parejas homosexuales, sino también de los niños que podrían ser adoptados por ellas. Revisiones recientes en Estados Unidos han encontrado que si los adultos gays y lesbianas tuvieran permitido adoptar en cada jurisdicción del país, entre 9,000 y 14,000 niños cada año podrían salir de la vida institucionalizada y gozar de un hogar estable (Farr y Patterson, 2013).

4.4 Consultorio clínico

Seis fueron las familias que tuvieron contacto con profesionales de la psicología en sus espacios clínicos ya sea como familia homoparental o como personas gays y lesbianas en busca de ayuda psicoterapéutica. En este apartado se presentan testimonios de ambos; los que acudieron al consultorio como familia y los que lo hicieron de manera individual.

Los consultorios son los espacios donde los profesionales se mueven con más libertad, en tanto que no tienen que dar cuenta de sus resultados a ninguna otra instancia, como es el caso de la escuela o las instituciones de adopción.

Las experiencias vividas en los consultorios, sin embargo, no fueron muy diferentes de las que experimentaron las familias en espacios institucionales, en lo que a la heteronormatividad se refiere.

En la clínica, dice Foucault (1974), se persuade al sujeto de que tiene secretos que confesar y que el consultorio es el espacio “a salvo” para hacerlo. Una vez aceptada esta idea, “el confesor” tiene consigo el mayor poder en la relación médico-paciente, porque es el depositario de lo más primario y vulnerable del otro (Ríos, 2007). Es esta dimensión vulnerable lo que hace que los consultorios sean espacios donde la iatrogenia se vive con más frecuencia e intensidad.

Las familias narraron cómo fueron canalizadas por una institución o por su propia familia, con el fin de que los profesionales de la psicología los “normalizaran”. Un testimonio que lo muestra es el de una mujer que fue llevada a un grupo con un equipo de psicólogos y psiquiatras a muy temprana edad:

Viví una experiencia terriblemente homofóbica propiciada por mi mamá, que me llevó a terapia con un grupo de ayuda para jóvenes con desórdenes esquizofrénicos, entre otras cosas, porque yo era gay. La verdad no tenía ningún tipo de trastorno esquizofrénico ni nada que se le pareciera; simplemente, mi mamá no podía lidiar conmigo (Lucía).

En muchas ocasiones, el psicólogo se vuelve el recurso para muchas familias cuando se enteran de la homosexualidad de un miembro de su familia, justamente porque detrás de la búsqueda de atención sigue latente la idea de que la homosexualidad es una enfermedad mental. Si bien en los tiempos en los que la disciplina religiosa, y no la ciencia, sustentaba el discurso de verdad,

la familia hubiese acudido a un sacerdote para exorcizar al miembro homosexual; la creencia actual de que esa orientación del deseo es una manifestación de una falla psíquica los lleva a recurrir, en cambio, a los profesionales de la psicología y psiquiatría. Esto ocurre, a pesar de que las comunidades científicas y sanitarias no sólo lo han eliminado de sus manuales de diagnóstico y sus clasificaciones de enfermedades, sino que han pedido explícitamente que las terapias reparativas se dejen de utilizar (APA, 2004).

Este pronunciamiento fue producto de investigaciones que concluyeron que las terapias reparativas generaban problemas de salud en los sujetos que las recibían. APA decidió pronunciarse cuando, además, se encontró que ninguna de las terapias habían tenido los resultados esperados. Desgraciadamente, aún hoy, y con todo en contra, sigue siendo una estrategia que las familias utilizan cuando sus hijos se autodefinen como homosexuales, con la conformidad de los profesionales que los toman como pacientes, aún cuando desde décadas atrás se conoce que este tipo de encuentro impuesto no permite resultados positivos, en tanto que las relaciones terapéuticas son posibles en la medida en que tengan un carácter voluntario. Los profesionales de la psicología que aceptaron atender a las personas entrevistadas, por su condición de homosexuales, mantuvieron en su práctica teorías que problematizaban la homosexualidad en sí misma y al tiempo, generaban daño. Estos agentes de la psicología ejercieron la disciplina psicológica sin cuestionar la función normalizadora que esta podía tener implícita. Con este hecho, permitieron que su trabajo funcionara como un acto policiaco (Foucault, 1974) frente a la homosexualidad, y que las sesiones se vivieran como castigo. “Cuando, en mi casa, se descubrió la bomba de que yo era gay, la salida que se buscó fue llevarme a terapia. Y yo sufría y sufría” (Fabián).

La relación asimétrica entre familias y profesionales de la psicología estuvo relacionada, también, con la idea de que las intervenciones de los expertos están diseñadas desde un punto de vista neutral, apolítico u objetivo. Un ejemplo fue la profesional que, desde una pretendida objetividad, intentó posicionarse como observadora neutral y prometió diagnosticar a una niña basándose en una supuesta imparcialidad legitimada por ser considerada científica:

Si en algún momento la niña presenta alguna problemática porque ustedes son lesbianas, pues yo lo voy a reportar ¿no? Tengo que hacerlo” (Familia de Catalina y Claudia).

Los efectos de la sexualidad de madres y padres en los hijos de las familias homoparentales han sido ampliamente estudiados y se han encontrado evidencias que indican que no es la orientación homosexual de los padres sino la respuesta social que se orienta hacia estos arreglos familiares lo que tiene consecuencias negativas sobre la salud de estos niños (Golombok y Tasker, 1997; Pennington y Knigth 2010) y no la homosexualidad de las figuras parentales (Paul 1986; Goldberg, 2007; Kuvalanka y Goldberg, 2009). Sin embargo, algunos profesionales aseguran poder registrar y diagnosticar este efecto de manera objetiva sin asumir que la misma pregunta (“¿La niña presenta problemas porque sus madres son lesbianas?”) es ya una prenoción a su intervención terapéutica, o por lo menos una predisposición.

Esta misma postura epistemológica, que profesionalmente se asume en la formación de profesionales de la psicología, apunta a entender el proceso terapéutico como un lugar desde donde el experto mira de manera objetiva la subjetividad del otro, a pesar de los muchos estudios que, desde las ciencias sociales en general (Geertz, 1989) y particularmente en la psicología (Devereux, 1977), han demostrado que tal objetividad no existe.

Te puedo decir cosas muy cabronas como, por ejemplo, estar en el grito del dolor y ella decir: “Se terminó el tiempo”. Me acuerdo haberme subido al elevador en el grito de llanto, y ella cortaba de tajo. Yo era un chavo de 17 años y ¡me hablaba de usted! (Fabián).

Característica de la formación clásica en la disciplina psicológica es la poca importancia que se le asigna al estudio del vínculo terapéutico, pero en cambio, la completa focalización, en el estudio de la psique individual del paciente. El psicólogo aprende que es el consultante el que tiene contenidos subjetivos a estudiar y el profesional tiene como única meta lograr hacerlo sin involucrarse de manera emotiva (Caparrós y Sanfeliu, 2006).

Este tipo de intervenciones, que se hacen desde la “objetividad desapegada”, pueden generar más daño del que pretenden reparar: con el fin de no comprometerse emocionalmente, los profesionales de la salud pueden desplegar toda una batería de dispositivos de espacio (distancia física), tiempo (horarios inflexibles) y formas (hablar de usted) que le protegen de sentir, pero que pueden ser profundamente dolorosos para el que consulta.

Cuatro de las ocho familias entrevistadas sin embargo, pudieron relatar al menos una experiencia positiva con algún psicólogo en estos espacios. Las características de los procesos, que las familias asociaron con experiencias positivas, con profesionales de la psicología son congruentes con lo que la APA ha llamado “terapia afirmativa” o “respuesta terapéutica apropiada para la orientación sexual” en su publicación de 2009, en la que propone una serie de medidas para trabajar con personas homosexuales que acuden a terapia; incluso, cuando lo hacen solicitando ayuda para cambiar su orientación sexual.

Una de las respuestas que proponen como terapéuticamente apropiadas es ofrecer intervenciones que enfatizan la aceptación, el apoyo y el reconocimiento de los valores y preocupaciones más importantes de la persona (APA, 1998, p. 57). En esta guía de trabajo, la APA ha planteado a los profesionales desarrollar intervenciones que partan de la premisa de que la atracción hacia personas del mismo sexo, las conductas o la orientación son, per se, variaciones normales de la sexualidad humana y no síntomas o indicadores de enfermedad. Una familia narró que tuvo un proceso positivo con una profesional de la psicología que les brindó un espacio para cuestionar los dictados sociales que prohibían a los homosexuales pensar en la parentalidad. Así, por ejemplo, la familia de Jacinto afirmó:

Creo que ni me había pasado por la cabeza la posibilidad de ser padre. Para mí, la gente gay no tenía hijos. Digamos que, en terapia, empezó a salir poco a poco mi deseo de ser padre y me di cuenta. También me fui dando cuenta de que, con el proceso de análisis, había cosas difíciles que, después de darles muchas vueltas, de pronto se habían acomodado en mi interior; aparentemente, sin que yo hubiera hecho algo concreto (Jacinto, 2012).

Otra familia dijo haber tenido una experiencia positiva que les permitió identificar y nombrar las agresiones provenientes de las familias de origen (donde nacieron) y construir herramientas para protegerse y proteger a sus parejas:

Yo tenía muchas complacencias con mi familia, complacencias en el trabajo, complacencias con todos los demás menos conmigo, y ella [la psicóloga] hizo mucho trabajo conmigo de decir: “A ver, tú eres una familia, que está compuesta por A y por ti, no hay hijos todavía, pero ya son familia” (Antonia).

En otro caso la terapia sirvió para ubicar y nombrar la homofobia internalizada de los miembros de la pareja con el fin de concretar su proyecto familiar:

Cuando uno se descubre diferente y no aceptado, con quien primero se enoja, pelea y, en el mejor de los casos, negocia es con uno mismo. Así me pasó a mí: fui y he sido víctima de mis propios prejuicios. Pero mi salida pública del clóset comenzó cuando, a partir de mi terapia, inicié el escrito de una obra de teatro que tiene como característica principal que hablo de mí desde lo más profundo posible, pero en tono de comedia. O sea, me río de mí mismo. Fue entonces que hablé de mis voces más homofóbicas y así nació mi personaje. He aprendido a reírme mucho más de mí y, a través de ello, he ido sanando el alma y el intelecto (Francisco).

Una familia también refirió como muy positivo el trato horizontal que se establecía con la profesional que les atendió porque permitía que ese espacio fuera realmente dialógico:

No es la técnica lo importante, sino que el trato sea democrático. Ella no era indicativa. Si bien no necesariamente tenía los mismos valores que nosotras, porque nosotras teníamos posicionamientos más radicales, ella nunca nos dijo “cambien”. Respetó, escuchó y nos permitió llegar a nuestras soluciones, a llegar a soluciones que nos funcionan a nosotras (Catalina).

Esta percepción es coherente con las escuelas de psicología narrativa que aseguran que los espacios de atención psicológica no tienen que ser un lugar reproductor de relaciones asimétricas de poder, sino conversaciones lo más horizontales posibles donde sean las familias, y no el profesional, las que se consideren protagonistas de su proceso y expertas en encontrar sus soluciones (White, 2002).

4.5 Reflexiones de cierre: claroscuros de las relaciones entre familias y profesionales con su salud.

Como en toda investigación cualitativa lo aquí descrito corresponde a las experiencias que este grupo de familias tuvieron con los profesionales de la psicología a los que acudieron y la finalidad de la investigación es describir los contenidos más significativos de los casos, en vez de construir generalizaciones.

Según relataron estas ocho familias, las características que definieron las prácticas que disminuyeron su salud estuvieron cimentadas en intervenciones fundadas en la perspectiva del déficit, la culpabilización, la normalización de la violencia homófoba, los criterios heteronormativos, la homofobia, la pretensión de objetividad desapegada y en general la tendencia a intentar “normalizar” su estilo de vida.

La normatividad, fue la función que caracterizó en mayor medida la práctica de los profesionales de la psicología en su relación con ellos, mientras que el heterosexismo fue la propiedad que describió de manera más clara el tipo de intervenciones que aquellos tuvieron en los diferentes ámbitos de atención. Se observó que los profesionales de la psicología siguen siendo utilizados por las familias de origen de las personas homosexuales como recurso para normalizarlos. Esto ha servido para ubicar cómo malestares intrafamiliares que tienen que ver con la discriminación, el estigma y la homofobia que son inherentes al orden social heteronormativo.

Con esta investigación se lograron identificar ciertas intervenciones que, de acuerdo con las familias homoparentales entrevistadas, contribuyeron a disminuir su salud, al enfatizar el carácter de anormalidad y al incrementar la homofobia internalizada; asimismo, algunos de los abordajes que, por el contrario, aumentaran su potencialidad en salud al fortalecer la autoidentificación, la elaboración de la homofobia internalizada, el cuestionamiento de prejuicios en torno a la paternidad y maternidad homosexual, con el efecto de aumentar sus recursos para enfrentar contextos hostiles.

De acuerdo con los datos aquí observados, algunas familias recibieron diagnósticos o prescripciones ligados a marcos referenciales sustentados en la perspectiva del déficit, ya que los profesionales que les atendieron tuvieron dificultad para identificar las fortalezas de estas familias y no sólo sus carencias. En algunas de las narraciones de estas familias, los profesionales de la psicología se mostraron proclives a naturalizar el rechazo que sufrieron los niños: en vez de actuar para disminuir la violencia a su alrededor, los responsabilizaron por sus gestos, su modo de vestir o su manera de caminar porque “provocaban” reacciones negativas en los demás.

En las instituciones de adopción se encontró que los prejuicios homófobos de algunos profesionales de la psicología obstaculizaron las adopciones de menores, restando a algunos de ellos el derecho a ser adoptados por una familia que los pudiera acoger con las condiciones adecuadas.

Es necesario resaltar que ninguna de las experiencias positivas se refirió a espacios institucionales de adopción, sin embargo, en el caso de Mateo y Manolo, encontraron una agencia internacional que les permitió adoptar con éxito a un niño (ahora adulto) que gozó de condiciones de vida, tanto materiales como psicológicas particularmente óptimas y en la actualidad es un profesional que menciona que siempre estuvo muy contento con la familia que tuvo.

Según relataron estas ocho familias, las características que definieron las prácticas que potenciaron su salud estuvieron cimentadas en intervenciones fundadas en el respeto por la diversidad erótico sexual y por el trabajo desde un marco salutogénico donde se reconocían sus fortalezas. Así como en encuadres conversacionales que tenían como intención la horizontalidad, el trabajo sobre la homofobia interiorizada y la construcción de un vínculo en vez de la pretendida objetividad.

El término salutogénesis fue creado por el médico y sociólogo Aarón Antonovsky en las últimas décadas del siglo XX, surgió como contraposición a lo que, durante los últimos siglos, la medicina tuvo como vector hegemónico: la búsqueda de la enfermedad y el origen de la patología. Mientras esta visión se dedicaba a clasificar, nombrar y definir los cuadros de enfermedad, la salutogénesis se preguntó por las fuentes de salud y el potencial saludable de las colectividades (Antonovsky, 1996). Las intervenciones de los profesionales de la psicología en esta investigación que diseñaron sus abordajes desde este marco, representaron un quiebre de paradigma porque se posicionaron en el lugar de potenciar la salud en vez de buscar y clasificar la vida de las personas como enfermedad.

Encontramos fundamental para las familias que tuvieron experiencias buenas la capacidad de escucha de algunos profesionales que estuvieron abiertos a descubrir los recursos y las fortalezas de estos colectivos. Además de trabajar a partir de ellas para construir distintas configuraciones familiares, ya que el común denominador de los procesos afirmativos fue que los profesionales pudieron generar conversaciones en las que se desafiaron los prejuicios homofóbicos que personas, parejas y familias habían interiorizado; por ejemplo, en torno al tema de la paternidad y maternidad homosexual, que les obstaculizaban la consolidación de sus proyectos de familia.

Los procesos que las familias calificaron como positivos fueron aquellos en los que los profesionales se permitieron construir un vínculo de trabajo, al mismo tiempo que humano, que cuestionara en sí mismo la idea de que debería ser distante, objetivo o frío para ser efectivo.

En algunos casos los psicólogos se convirtieron en personas importantes para la familia: fueron invitados a la boda y se convirtieron en aliados desde lo psicológico de los procesos de crianza de los hijos.

Los profesionales que guiaron procesos afirmativos no tuvieron la necesidad de pretender inducir un cambio de conducta de género en las personas o familias con las que trabajaban porque no consideraban que el tipo de estructura familiar, orientación sexual o performance de género de ninguno de los miembros de la familia constituyese un problema a resolver.

Las familias homoparentales han tenido que desarrollar múltiples estrategias de resistencia y afirmación frente al pretendido saber científico, y la práctica psicológica, que van desde el humor hasta la denuncia, pasando por la búsqueda de profesionales no tradicionales para armar una red más segura; porque lejos de ser agentes pasivos de la atención, las familias son sujetos colectivos con capacidad de resistencia y organización.

Sin embargo, este estudio concluye con la necesidad de subrayar la importancia de una formación inicial y permanente de los profesionales de la psicología en los marcos teóricos que permitan trabajar afirmativamente con el universo de diversidades familiares, así como señalar lo fundamental de contar con una legislación que regule los actos discriminatorios en escuelas, instituciones de adopción y atención psicológica, en tanto que se ha confirmado que las políticas pueden funcionar como amortiguadores del ambiente hostil hacia las familias homoparentales (Byard et ál, 2013) y coadyuvan a generar mejores condiciones de desarrollo para padres, madres e hijos.

4.6 Resultados del análisis de entrevistas a profesionales de la psicología en México.

En el capítulo anterior se expusieron los resultados de las experiencias de las familias homoparentales con profesionales de la psicología: los efectos que tuvieron sus intervenciones con ellas. En este apartado se presentará el análisis de la experiencia de 10 profesionales de la psicología que han trabajado con familias, parejas y personas homosexuales en su práctica clínica, con el objeto de conocer cuáles son los referentes que usan para el trabajo

psicológico con este colectivo y describir la manera como sus discursos determinan sus prácticas. Con este fin indagamos acerca de las posturas a partir de las cuales los profesionales de la psicología atienden en consultorios, escuelas e instituciones de adopción. A continuación, se presentará la descripción general de lo encontrado en las entrevistas en torno a la conceptualización que los profesionales tenían de la homosexualidad y de la homoparentalidad y los abordajes que plantearon en su trabajo con este colectivo. Posteriormente, plantearemos algunas ideas desde la perspectiva de la salud colectiva y la literatura científica sobre homosexualidad y homoparentalidad y, finalmente, describiremos las posturas afirmativas que se hallaron en las entrevistas con los profesionales en relación con estos temas.

4.7 El carácter patológico de la homosexualidad

La postura según la cual la homosexualidad es una patología apareció de manera transversal en toda la entrevista de uno de los profesionales entrevistados y fue congruente a lo largo de todo su discurso. En cambio, en tres entrevista se hallaron coherentes posturas afirmativas sobre la homosexualidad y la homoparentalidad a lo largo de toda la entrevista. Sin embargo, se encontraron discursos ambiguos y contradictorios en torno a estos dos ejes de análisis, en las restantes seis conversaciones.

En dos de los profesionales entrevistados, encontramos referencias a que la homosexualidad era comparable con algunas enfermedades (el alcoholismo, la neurosis o enfermedades invalidantes). Así, por ejemplo, alguno afirmó que: “Freud lo decía. O sea, que el homosexual, igual que los neuróticos, tiene las mismas capacidades para ser feliz. Claro, hay unos que están muchísimo más atormentados que otros” (Cándida).

Como puede leerse en el fragmento anterior, persiste en la profesión psicológica la patologización de la homosexualidad, si bien ya no como una entidad nosológica plenamente catalogada, pero sí como un estado neurótico o como se verá más adelante, como fuente de otros trastornos mentales.

Esta afirmación encuentra resonancia en los discursos de otros profesionales que también añadían la comparación con otras enfermedades invalidantes; por ejemplo:

En el DSM III, la homosexualidad ya es considerada una variante de lo normal, dado que los homosexuales pueden realizar todas las actividades que pueden realizar los heterosexuales. Pero es como el caso de un inválido que está en silla de ruedas, como el científico Stephen Hawking que, con esclerosis múltiple, ha podido escribir grandes libros y no por eso deja de ser un inválido (Donaldo).

Asimismo, este mismo profesional completa la idea añadiendo más adelante la que la homosexualidad es causa de depresión y ansiedad, como puede verse en el siguiente testimonio: “La homosexualidad es el fondo de muchos padecimientos; sobre todo, de ansiedad y depresión, ya que los homosexuales padecen depresiones, ansiedad, hostilidad...” (Donaldo).

Esta postura de algunos profesionales de la psicología mantiene la anormalización de la homosexualidad por considerarla, no la patología, sino la etiología de cualquier otro trastorno mental presente en los homosexuales. La hipótesis de que la homosexualidad condiciona la depresión responde a un tipo de pensamiento prototípico de la disciplina psicológica que considera lo intersubjetivo como “fondo” de los problemas humanos y que sitúa la causa del problema en la “esencia interior” del sujeto (Ginsberg, 1990).

Efectivamente, en el campo de la epidemiología ha sido demostrada una mayor incidencia de cuadros de depresión y ansiedad entre la población homosexual. Sin embargo, las razones que explican este aumento son disímiles si se comparan las explicaciones producidas por la psicología y las teorías de otros campos, como la epidemiología crítica, herramienta metodológica de la salud colectiva (Ortiz, 2005).

Los estudios de determinación social de los procesos de salud-enfermedad han demostrado que los perfiles patológicos, que se expresan en la corporeidad y en la psique humanas, tienen su origen en procesos sociales (Arellano, Escudero y Carmona, 2008). Esto explica por qué todos los colectivos vulnerados y discriminados sufren los mismos síntomas de angustia y

depresión en contextos donde perciben hostilidad: “Judíos en una sociedad antisemita, negros en una sociedad racista, extranjeros en una sociedad xenófoba [...] hijos de padres divorciados, hijos de matrimonios interraciales e hijos de madres solteras”, así como migrantes, todos han presentado los mismos diagnósticos y sufrimiento ligados a la depresión y a la angustia (Castañeda, 2006, p. 56).

En cambio, la construcción causal que vincula a la homosexualidad con la etiología de la depresión o como causa esencial de las mayores tasas de trastornos depresivos que muestran los homosexuales, proviene de un marco epistemológico asocial que no considera la importancia de las relaciones sociales ni la determinación social de la enfermedad (Arellano et ál., 2008), y desconoce la base material de la realidad intersubjetiva, la cual es determinante en la configuración de los perfiles de salud-enfermedad-muerte de los grupos sociales. Desde finales de la década de los sesenta, la salud colectiva y la medicina social han podido demostrar sólidamente el carácter social de la génesis de la enfermedad (en este caso la depresión).

En el debate sobre si la enfermedad es esencialmente biológica o, por el contrario, social ha sido evidente que el paradigma dominante que la conceptualiza únicamente como un fenómeno biológico individual tiene pocas razones que lo sostengan (Laurell, 1982). Hoy, menos que nunca, cuando los perfiles de salud-enfermedad son tan distintos entre los colectivos que gozan de privilegios sociales y aquellos que sufren alguna desigualdad, es evidente que los perfiles de enfermedad devienen de relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas (Arellano et ál., 2008).

El estudio de Meyer (2003), que midió la prevalencia de síntomas depresivos entre la población hetero y homosexual, encontró también que la mayor incidencia de estos entre la población homosexual se debía al estigma, el prejuicio, la discriminación, el ambiente hostil, las experiencias negativas, las expectativas de rechazo y la homofobia internalizada.

Estos resultados han sido recuperados por la APA (1998) que afirmó que el estrés de las minorías es un factor fundamental para entender la desigualdad en la salud de la población lesbiana, gay, bisexual y transexual (LGBT).

Dos de los profesionales entrevistados se refirieron a la idea de que los homosexuales tenían una vida caótica y desorganizada, y uno de ellos se lo adjudicó a que “no tenían ninguna ley que los guiara (ni jurídica, ni moral o religiosa)”. En este sentido, se afirmó:

En el mundo de las lesbianas, sí he visto. Todas las que me han llegado, en realidad, han tenido el problema de que están unos meses con una, luego se juntan con la amiga de la otra y, como no hay una ley, están al margen ¿no?, el homosexual está al margen. Entonces, no hay ley que defienda, ni religión, ni nada que defienda. Entonces, es mucho más difícil para el homosexual encontrar una estabilidad. No tienen algo algo les guíe un poco [para] que su vida no sea el caos total, que es lo que sí ha pasado con los homosexuales (Rina).

Algunos profesionales siguen asociando la homosexualidad con el caos en la sexualidad. Shulman, Gotta y Green (2011) documentaron que la permanencia de los vínculos de pareja está directamente relacionada con el grado de protección social y jurídica que sus contextos les brindan y no con la orientación sexual (Vyncke y Julien, 2007). Badgett y Herman (2011) compararon los porcentajes de separaciones y divorcios entre parejas homo y heterosexuales en los estados de ese país donde el matrimonio homosexual — y, por tanto, el divorcio— eran posibles¹⁵ y hallaron que la tasa de divorcio era ligeramente menor entre las parejas del mismo sexo que entre las parejas heterosexuales (Badgett y Herman, 2011, p. 18). Estos datos son pertinentes para el trabajo psicológico con personas gays o lesbianas y sus familias, en tanto que se sitúe el origen del “problema” en el contexto social en vez de entenderlo como una característica esencial de las personas homosexuales.

¹⁵ Vermont, California, Connecticut, Nevada, Washington, New Hampshire, Colorado, Distrito de Columbia, Hawái, New Jersey y Maine.

4.8 Origen patológico de la homosexualidad

De los 10 profesionales entrevistados, siete dieron algún testimonio referido al origen patológico de la homosexualidad. Dos de ellos lo mencionaron como parte de lo que habían aprendido en su formación como psicólogos (aunque después no lo afirmaran) y cinco defendieron la idea de que la homosexualidad tenía un origen problemático.

Estos profesionales aseguraron que la homosexualidad tenía un origen anómalo porque lo ligaban a teorías del campo psicológico que plantean que la orientación homosexual está relacionada con fallas en la infancia.

Entre las más citadas emergió la obra freudiana sobre la detención del desarrollo psicosexual, según la cual, el niño tuvo una fijación en alguna de sus etapas evolutivas y, resultado de eso, desarrolló una atracción homosexual. De ese modo, el profesional afirmó que, en su formación como psicólogo, esta era la teoría que se enseñaba sobre el origen de la homosexualidad:

Me acuerdo mucho de una maestra de psicoanálisis que estaba hablando de la etapa anal. Decía que los hombres homosexuales, cuando fueron niños, se esperaban mucho tiempo antes de ir al baño y por eso desarrollaban una asociación de placer con el ano (Armando).

Como decíamos en capítulos anteriores, las explicaciones sobre el origen de la homosexualidad condicionan el tipo de relación que se establece con esta población en la vida y en la práctica profesional. Herek (2007) afirmó que el modelo patológico de la homosexualidad ha persistido en el tiempo a pesar de la ausencia de alguna evidencia empírica que sostenga sus principios. En su estudio encontró que muchas explicaciones generadas desde este modelo provenían de teorías limitadas y métodos inadecuados que empleaban marcos teóricos que habían adoptado acríticamente los valores culturales vigentes sobre la sexualidad y en los que las muestras generalmente estaban conformadas por individuos homosexuales que habían sido encarcelados, institucionalizados o se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico y no podían ser representativos de la población homosexual sana.

Sin embargo, este modelo se ha seguido empleando a lo largo del tiempo a pesar de la debilidad de sus evidencias o de los sesgos en su metodología.

En cuatro profesionales encontramos la alusión de la teoría psicodinámica referida a que la homosexualidad era resultado de malas relaciones con las figuras parentales durante la infancia, ya fuera porque no existieron o porque habían sido agresivas o pasivas. Una de las profesionales sostuvo:

En el origen de la homosexualidad, hay malas relaciones con la familia de origen: una madre masoquista que tolera a un padre sumamente maltratador. Por eso (la homosexualidad) se vive con esa dosis de masoquismo, de maltrato (Norma).

Continúa vigente la preponderancia en las disciplinas de la salud y la educación de ubicar como responsable a la madre —y posteriormente al padre— de cualquier proceso considerado problema en el hijo. A los efectos de la patologización, que es estructural a la medicina científica y la psicología, se le suma la culpabilización que menciona Menéndez (1990) como elemento intrínseco al modelo médico hegemónico, pues, aunque para el caso de la homosexualidad no se culpabiliza a ningún enfermo, el efecto es similar.

Esta afirmación se corrobora en los discursos de otros profesionales que añaden que los homosexuales tuvieron una falla en la identificación y no pudieron reconocerse adecuadamente con el padre o la madre de su mismo sexo y, por tanto, desarrollaron una identificación con el padre o la madre del sexo opuesto. Se afirmó:

De la homosexualidad masculina queda claro que es por identificaciones falsas: por carencia de padres o cuando los padres son terribles, golpeadores. Los niños, en vez de identificarse con ellos, se identifican con la madre (Donaldo).

Ante tal escenario, no debe sorprender que uno de los pilares referenciales de muchos profesionales de la homosexualidad en esta investigación fue la idea de que es producto de una falla de origen en la relación del homosexual con sus padres.

Las explicaciones en este sentido, repetidas en varias de las entrevistas del presente estudio, consideraban que los padres y madres con determinadas características podían producir hijos homosexuales.

Esta tesis, dominante en un sector del campo de la psicología, ha tenido como efecto culpabilizar a las figuras parentales¹⁶ (Clarke, 2001) de la misma manera como —en la década del setenta— los psiquiatras tendían a explicar cuadros como la esquizofrenia a partir de la figura de la madre esquizofrenizante (Bateson, 1956), pues el campo psicológico se ha inclinado por culpar a esta y asegurar por ejemplo, que el tipo de vínculo que ha establecido un padre o una madre con su hijo o hija lo “ha vuelto” homosexual.

Dos profesionales señalaron que el origen de la homosexualidad estaba vinculado con experiencias de abuso sexual en la niñez, por lo que esta orientación sexual podía considerarse un síntoma de violencia previa ejercida contra ellos. Por ejemplo, otra profesional sostuvo que:

He visto que ha habido mucho abuso de hombres en su historia de parte de tíos, abuelos o padres hacia ellos cuando niños, pero que se casan y siguen una vida heterosexual como si nada. De repente, me vienen a decir, 50 años más tarde, ya con familias y todo, que sí, como que tienen fantasías homosexuales nunca vividas después de lo que tuvieron de chiquitos (Rina).

Tres profesionales relacionaron la homosexualidad con una falta de límites durante la infancia, lo que se concretaba en una sexualidad promiscua y desenfrenada en la adultez. Así, se afirmó: “Yo veo que la homosexualidad tiene que ver con cómo se posiciona la persona frente a su deseo y frente a los límites. Homosexualidad femenina y masculina, ambas están pasadas de límites” (Norma).

Esta aseveración encuentra eco en los discursos de otros profesionales que añaden que los homosexuales no tienen voluntad de renuncia y llevan una vida sexual promiscua.

¹⁶ Esto implica la existencia de padres “lesbianizantes” o madres “homosexualizantes”.

Otra profesional dijo:

Como Lady Chatterley, y van por el jardín y se encuentran con el jardinero. ¿Por qué no? [...] Quieren ser homosexuales porque se acuestan con miles. O sea, yo he sabido de este hombre homosexual abierto, gay abierto y él no se quiere casar, él quiere andar con muchachitos, así, como en la época griega, ¿no? Y hoy me encontré a este y mañana otro, y pasado otro y así 'pacá' y así 'pacá'. Eso quiere (Rina).

Algunos profesionales de la psicología en México todavía parten del supuesto de que las personas homosexuales suelen llevar una vida sexual promiscua caracterizada por la inestabilidad en sus vínculos o por el carácter perverso de su personalidad, como se ejemplifica más adelante. Estos estereotipos también tienen como origen la homofobia: "Algunas llamadas perversiones o parafilias sexuales se han llegado a considerar exclusivas o incluso características de la homosexualidad" (Castañeda, 1999, p. 121). Y esta apreciación condensa una idea también común en el discurso social; aunque las investigaciones que han indagado sobre la estabilidad en las parejas homosexuales han explicado que las razones que obstaculizan su perdurabilidad son también de carácter sociopolítico y una construcción social. Una profesional sostuvo que: "Diferencias entre la homosexualidad femenina y masculina, no. Perversión es perversión. El camino que tome la perversión ya va a ser la manera como la persona vive esa perversión" (Norma).

Respecto a la colocación de la etiqueta "perverso" por los profesionales en México a sus pacientes homosexuales, se encontró que los criterios "diagnósticos" fueron aleatorios en los casos descritos, ya que las entrevistadas calificaron como "perverso o perversa" a dos personas que no respondían al mismo comportamiento: una de las profesionales consideró perverso a un adolescente por el hecho de que quisiera revelar su homosexualidad en su escuela:

Por ejemplo una vez nos llegó un chico que venía de otra escuela, y ahí venía con su mamá, y que la mamá, bueno, era pues de estos movimientos pro gay y demás ¿no? Y de entrada, él me dijo: “Yo soy homosexual y lo voy a abrir en el grupo ¿no?”. Entonces digo que a mí eso me ha dado mucho la pauta para entender el tipo de estructura que traen, ¿no? Para mí este chico era un perverso (Cándida, 2012).

Mientras que otra profesional hizo lo propio con una paciente lesbiana que por lo contrario: no podía revelarse lesbiana frente a su familia.

Una mujer de 30 años, con una estructura perversa de la personalidad, porque transgredía los límites al jugar a dos bandos. Porque no vivía su relación de pareja como lo vive el heterosexual: viéndola así, no dirías que era una chica lesbiana, para como se vestía, vos dirías: “Una mujer con este atractivo, lo que busca o lo que va a intentar seducir es a un hombre” ¿no? ante la familia ella se vendía como eso, nunca quiso destaparse (Norma, 2012).

La línea que define las etiquetas diagnósticas, así como lo que queda dentro de la estructura de lo perverso la traza cada profesional del campo de acuerdo con criterios que resultan contradictorios. La misma profesional consideraba signo de perversión el hecho de que otra paciente lesbiana usara lentes oscuros. Lo dijo así:

Había una cuestión ahí de transgresión perversa que a ella paulatinamente la había llevado a usar los lentes. Pues eso le daba una permisividad de ver cosas en los cuerpos de otras mujeres sin que se notara donde estaba su deseo. Ella lo hacía sin que las personas se dieran cuenta (Norma, 2012).

Es una construcción del campo de lo psicológico que la personalidad de los sujetos homosexuales es perversa; bajo esa premisa se miran sus conductas como transgresiones de quienes son considerados, por principio, perversos, pues cuando se ha construido una lente patologizante, todos los gestos se consideraran síntomas.

Roudinesco (2009) ha afirmado que la clasificación de perverso ha servido para designar a un grupo, como chivo expiatorio. A lo largo de la historia se han construido artificialmente a grupos específicos como “otros” para diferenciarlos, y con esta operación depositarles los contenidos que la sociedad rechaza de sí misma (Roudinesco, 2009). Se construye entonces “al otro” siempre como un “NO”, como una falta, un vacío, como algo que carece de las cualidades de la sociedad, fueran cualesquiera que fueran estas cualidades... se les ve como parte de una comunidad caótica desorganizada y anónima (Nicholson, 1992).

La teoría microsociológica llamada “del etiquetado” —o, en inglés, labelling theory— ha estudiado el proceso mediante el cual los profesionales convierten un comportamiento en desviación cuando sólo resulta ser una manifestación conductual de las minorías sociales, que las mayorías juzgan incómoda (Becker, 2009). Dadas las contradicciones evidentes en el uso de esta etiqueta “diagnóstica” en los casos citados, este proceso parece poder explicar el uso de la noción de perversión ligado a la homosexualidad.

4.9 Concepciones no patologizantes de la homosexualidad

Junto a la concepción patológica de la homosexualidad que hemos descrito, hallamos en algunos otros profesionales entrevistados una visión respetuosa de la homosexualidad, que la considera una experiencia humana tan válida como la heterosexual. Uno de los hallazgos más interesantes en este análisis fue que los profesionales que tuvieron una postura más congruente con la diversidad sexual no hablaron en su entrevista sobre el “origen” de la homosexualidad como un tema importante a pesar de que se les preguntó explícitamente, porque no consideraron que hubiera “un origen” de la homosexualidad diferente al de la heterosexualidad. De ese modo, una profesional afirmó:

Los estudiantes en formación están como ávidos de saber qué origina la homosexualidad. Una cosa que yo siempre les digo es: “Bueno, están muy ávidos de saber el origen de la homosexualidad y lo mismo debería ser para la heterosexualidad”. Es un prejuicio que no se pregunten por el origen de la heterosexualidad también, el origen es el mismo (Narnia).

Este planteamiento se relacionó con lo planteado por Castañeda (1999, p. 107) que previene de “no caer en la trampa de intentar determinar las causas de la homosexualidad, en primer lugar, porque no se ha comprobado ninguna de las teorías al respecto; en segundo lugar, porque buscar causas implica que es una patología que debe explicarse y, en tercer lugar, porque puede desviar la atención de las tareas pertinentes en la vida actual”. Encontramos referencias a la homosexualidad como una variante de la diversidad en seis de estos profesionales:

La normalidad es la mentira contemporánea más eficiente. Nadie es normal, tampoco los heterosexuales. Yo celebro tu diferencia. No es solamente que respete tu homosexualidad, sino que la celebro porque me reconozco en ti y porque las diferencias nos convienen a todos (Armando).

Cuando la disciplina —o, al menos, una parte importante de sus exponentes— alcanzó el acuerdo de que la homosexualidad dejaría de tratarse como una enfermedad mental, se comprometió a resarcir los daños que el modelo de enfermedad había infligido a las minorías sexuales (Herek, 2007). Esto permitió que, desde algunas instancias construidas como referentes internacionales para los profesionales (APA, Organización Mundial de la Salud, OMS, y la American Psychoanalytic Association, APsaA), se conminara a sus agentes a desplazar el enfoque de su práctica clínica: que abandonaran el intento de “curar” la homosexualidad y lo sustituyeran por ayudar a las personas a conseguir una vida plena y feliz. Esta notable inversión del enfoque científico sobre la homosexualidad ha sido importante para influir en las actitudes sociales y proporcionar una base para revertir muchas de las políticas y leyes antihomosexuales que fueron promulgadas en el siglo xx (Herek, 1997). Esta enmienda explica también por qué encontramos referencias positivas sobre la homosexualidad en el discurso de los profesionales entrevistados para esta investigación.

Otros profesionales añadieron que la homosexualidad estaba ligada a la historia de los vínculos de esa persona (con quién se va encontrando en su vida y de quién se enamora).

Por ejemplo, se sostuvo que:

¿Qué tal si eres una mujer heterosexual y no hay un solo hombre lindo porque vives en un circulito chiquito donde no conoces a alguien? Sin embargo, conoces a una mujer lindísima. Yo no sé, no te sabría yo decir si es algo genético, si es algo biológico, tiendo más a pensar que es algo que te toca, de ¿a quién conoces? Como un poco la experiencia de vida; o sea, con quién te vas topando (Rina).

Desde que, en 1948, Kinsey publicó su libro sobre comportamientos sexuales en humanos basado en más de 18,000 entrevistas, cambió la concepción sobre el comportamiento homosexual de la comunidad científica en tanto que evidenció que diversos tipos de conductas homosexuales eran practicadas por un porcentaje considerable de la población (referidas por más de un tercio de la muestra de varones en el estudio de Kinsey), sin necesariamente generar identidades homosexuales (APA, 1997). Este hallazgo ha sido confirmado en literatura más reciente una y otra vez (Weeks, 1985).

Hallamos que dos profesionales concebían la homosexualidad como una característica más de una persona. Así, una profesional dijo: “Nunca he tomado la homosexualidad como un rasgo diferenciador en la calidad de persona, lo tomo como una particular organización, como una parte de la persona” (Eréndira).

Estas concepciones positivas provinieron algunas veces de profesionales que tenían una mirada más afirmativa sobre la homosexualidad y, en otras ocasiones, de los mismos profesionales que tuvieron una visión más patologizante pero que mostraban una mezcla de concepciones valoradas con la dicotomía positivo-negativo en su discurso. En el argumento de una de las profesionales se ejemplificó muy bien este proceso cuando surgieron concepciones de la homosexualidad como problemática y después como una muestra de diversidad.

Sostuvo:

Ahorita lo que veo es quizás una problemática en que demasiados chiquitos empiezan a decir qué son. Decir soy homosexual a los 14 años es lo mismo que decir me caso a los 14. No, yo les digo que no tienen edad todavía (Rina).

Y concepciones de la homosexualidad como diversidad cuando la misma profesional afirmó: “Pero si uno puede trabajar con el homosexual, o con la lesbiana, a que sean leales a sí mismos, esa sería mi meta” (Rina).

Si un adolescente de 14 años se siente heterosexual, difícilmente se le diría que no tiene edad para definir su orientación, por eso se considera que son percepciones contradictorias de la profesional que inmediatamente después subraya la importancia de que la persona en proceso psicológico pueda ser leal a sí misma.

El modelo patológico de la homosexualidad convive con los estudios que han revelado que el comportamiento homosexual es habitual y ordinario y no un tipo de sexualidad enferma. Eso puede explicar por qué algunas características del modelo afirmativo para trabajar con personas homosexuales en México conviven con otras, propias del modelo patologizante, en las mentes y prácticas de los profesionales de la psicología, como hemos encontrado en este análisis.

Estas contradicciones pueden deberse a la ambivalencia frente a la homosexualidad presente en el campo de lo psicológico, en el que conviven simultáneamente teorías como las clásicas teorizaciones de Freud con los relativamente recientes pronunciamientos de la Asociación Psicoanalítica, que despatologizan la homosexualidad y flexibilizan la concepción de identidad sexual. Los profesionales formados en las disciplinas psicológicas están atravesados, como todos, por contenidos ideológicos presentes en las teorías estudiadas (Llamas, 1998), y las contradicciones en los discursos y sus prácticas son una muestra de este hecho.

4.10 Concepción de los profesionales sobre la homoparentalidad y su potencial de salud-enfermedad

A continuación, presentaremos los argumentos más frecuentes en los discursos sobre la homoparentalidad y expondremos los testimonios que consideramos más significativos. Encontramos dos grandes visiones de la homoparentalidad: una perspectiva sustentada en un modelo prejuicioso de la homoparentalidad y una mirada sustentada en una concepción inclusiva.

En 5 de los 10 profesionales entrevistados encontramos referencias a este modelo prejuicioso de la homoparentalidad, quienes indicaban que podía ser un riesgo para los menores por el hecho de que las parejas homosexuales no podían garantizarles modelos de género diferenciados. Dos profesionales refirieron que las familias homoparentales no solían tener una red familiar de apoyo porque era frecuente que sus miembros hubiesen sido expulsados de sus núcleos de pertenencia. En este sentido, una profesional indicó que:

Detrás de algunos casos de personas que solicitaban adopciones, sí se veían características de homosexualidad, pero eso no lo plasmábamos en el estudio ni en el expediente. Lo que sí reportábamos era que no tenían red familiar de apoyo, que eran personas muy dependientes, que tenían mucha problemática para enfrentar los estresores de la vida cotidiana y por ahí nos íbamos (Renata).

De acuerdo con la revisión realizada por González (2005), dos son los argumentos imperantes detrás de los cuales se esconden prejuicios que suscriben los profesionales de la psicología: a) el que tiene que ver con la necesidad de la presencia de una figura materna y otra paterna en un hogar como requisito imprescindible para que niños y niñas tengan un desarrollo sano y armónico, y b) el relativo a la estructura patológica del psiquismo de gays y lesbianas: se afirma que han construido su identidad de un modo problemático o desviado y que se caracterizan por el egocentrismo, el narcisismo o la inmadurez afectiva (González, 2005, p. 18).

En un profesional, encontramos la idea de que los niños criados en familias de lesbianas y gays solían imitar su conducta homosexual. “El problema (de los

homosexuales) viene cuando quieren adoptar, por ejemplo, o cuando crían a un niño, porque se ha determinado que los niños, en su proceso psicológico, se identificarán con ellos” (Donaldo).

En el fondo prevalece la idea de que la homosexualidad es algo que se tiene que evitar o prevenir, estos son rasgos comunes del modelo de intervención psicológica vigente y aún dominante en el que algunas enfermedades son prevenibles y en otras son evitables las consecuencias. Es notable el paralelismo con la explicación que la medicina científica dio a la orientación homosexual, así como la consideración de que esta se puede transmitir si no por herencia, sí por imitación del comportamiento, de esta manera se anormaliza y patologiza la homoparentalidad. Por otra parte se identifica otra similitud, como en muchas enfermedades, especialmente en aquellas que tienen que ver con el comportamiento y particularmente en las sexualmente transmisibles, al hablar de víctimas “inocentes” se habla de forma implícita de culpables, en el caso de la adopción de menores por parte de homosexuales, se considera que prohibirla forma parte de la protección que deben recibir los afectados por el comportamiento de otros o del rechazo social a la sexualidad de los padres. Un fenómeno similar ocurrió en la década de los ochenta en el siglo pasado con la incidencia de VIH en niños que lo habían adquirido al momento del parto o durante la lactancia de madres infectadas a quienes se les consideraba las “verdaderas” culpables (Granados, 2006). Dos profesionales aseguraron que los niños tendían a tener problemas de adaptación social, ya que sus compañeros no los aceptarían. Una profesional afirmó: “Yo creo que no, la sociedad todavía no está preparada. No se van a librar de las burlas. ¿Cómo que tienen dos mamás o dos papás? y creo que es un desafío fuerte para el niño” (Irasema).

El testimonio anterior muestra que, aparentemente preocupados por la salud mental de los hijos de padres homosexuales, los profesionales de la psicología frecuentemente minimizan la homofobia estructural con un discurso de respeto

a la orientación homosexual pero culpabilizante al mismo tiempo. Esto se confirma en el discurso de otra profesional, que añadió:

[El niño o a la niña] enfrentarse al hecho de que tener dos mamás en lugar de padre y madre le genera rechazo por parte de los mismos niños y de los padres de los niños y, lo más grave, es que eso les limita la socialización (Renata).

Estos testimonios muestran la base heteronormativa y de género en que frecuentemente los profesionales de la psicología emiten sus consideraciones en torno a la salud mental de los hijos de familias homoparentales, ya que suponen que por el mismo sexo de los padres habrá un impacto necesariamente nocivo. Como ejemplo se presenta el siguiente testimonio:

Creo que tener una familia homoparental tiene que tener un impacto en la vida de los niños y no necesariamente un impacto favorable. No necesariamente porque esté criado por una pareja de gays, sino por cómo vería el resto de la gente que su hijo vaya a la fiesta o se quede a dormir en la casa (Irasema).

En el caso de un profesional, encontramos la idea de que las parejas homosexuales abusen sexualmente de sus hijos. Fue otro profesional que dijo: “El problema [de los homosexuales] viene cuando quieren adoptar, por ejemplo. Lo grave es que terminan cogiéndoselos” (Donaldo).

En una ocasión, la profesional de la institución de adopción indicó que, en estas instituciones, los propios niños frecuentemente no desean ser adoptados por parejas homosexuales, ya que necesitan una mamá y un papá. Así, la profesional encargada de adopciones dijo:

Me dan mucha risa los niños que se quejan: “¡Ay, me trajiste unos papás que no saben hablar español!” —en el caso de las adopciones internacionales—. También reclaman y me dicen: “¡Ay, oye, yo te pedí una mamá y un papá, no sólo una mamá!”. Imagínate que les diga ahora que traje a dos mamás. Ahí va a estar más complicado (Renata).

Esta afirmación se completa con otra de la misma profesional, que añadió:

Los niños, cuando crecen, habitualmente tienen recuerdos inadecuados de su infancia si son criados por una pareja de homosexuales. Muchos de los niños adoptados por ese tipo de familias, ya siendo adultos, tienen muchos recuerdos no adecuados y problemas de adaptación (Renata).

Este testimonio corrobora la expectativa que tienen los homosexuales sobre las dificultades que tendrán que enfrentar al plantearse la posibilidad de adoptar hijos.

4.11 Concepción afirmativa de la homoparentalidad

En siete entrevistas, también hubo referencias en clave positiva sobre la homoparentalidad que tienen su fuente en las cada vez más contundentes evidencias de que la homoparentalidad no se considera un problema para las asociaciones más importantes de salud mental que marcan la pauta para el trabajo psicológico tanto en el nivel clínico como en el social. El más reciente de estos pronunciamientos afirmativos es el de la American Academy of Pediatrics (en abril de 2013), que actualizó con más firmeza su posición ya publicada años antes respecto a la salud de los niños criados en familias homoparentales.

Tres profesionales se refirieron a esta teoría para explicar por qué la homoparentalidad no era una parentalidad que dañara la vida psíquica del niño. De ese modo, una profesional afirmó:

Lacan va a ser el primero que diga que no hace falta que esté el padre biológico, sino aquel que cumpla la función del padre. Ese que cumpla puede ser tía, abuelo, abuela, terapeuta, el mismo trabajo de la madre hace la función del padre, el trabajo laboral, la guardería, llevar al niño a la guardería ya es una instancia que separa al niño de la madre y, entonces, ya no se necesita físicamente al padre. La madre soltera puede perfectamente llevar a cabo función de madre y función de padre haciendo el corte entre ella y el hijo.

O sea, lo importante es el corte entre ella y el hijo. Yo lo que le digo mucho a mis alumnos es que no importa la composición familiar siempre y cuando haya varias condiciones indispensables, que serían: la prohibición del incesto, de ahí el corte entre madre e hijo, alguien que haga el corte, sea la madre misma u otro, una preocupación por el hijo, un deseo por ese hijo, pero sin tragárselo (Narnia).

Esta idea fue sostenida por otra profesional, que añadió:

Yo creo que [los niños] igual que con padres heterosexuales: si tienen la suerte de encontrarse padres buena onda, que los quieran, que les prohíban y pongan límites, prohíban el incesto, hagan corte, esa parte la tengan bien, se enfrenten con el desafío de llegar a la escuela y que los acepten (Norma).

Algunos de los marcos referenciales que permitían esta visión mas amplia de la homoparentalidad, curiosamente, estaban ligadas a la teoría de Lacan, según la cual lo importante en la configuración psíquica de un niño una niña es que cuente con un adulto que cumpla la función materna y paterna, independientemente del sexo biológico o de su orientación sexual. Es importante destacar que, aún cuando esta diferencia entre función (parental) y persona (parental) abrió algunos horizontes de entendimiento entre algunos de los profesionales entrevistados, sigue reproduciendo el prejuicio según el cual la “función madre” es la nutriente cuidadora y la “función padre” es la del establecimiento de límites y prohibiciones. Si bien de acuerdo a la obra original de Lacan esto sería probablemente una reducción de su pensamiento, operaba así en la interpretación que los entrevistados hacían del autor.

Otra idea asociada positivamente con la homoparentalidad era que las parejas y personas homosexuales con hijos demostraban tener los mismos problemas en consulta que las parejas y familias heterosexuales: dificultades de la vida en familia relacionadas con la crianza, la escuela y el dinero. Así, otra profesional sostuvo que:

Los motivos de consulta en terapia son iguales que el resto de las parejas y las familias que consultan: que todo el mundo deja tirados los calcetines, que no levantan el plato y que son los problemas que existen en cualquier familia, sean abuelitos, sean tíos, sean hermanos, sean esposos, sean homosexuales, sean heterosexuales (Mónica).

Esta afirmación se completa con lo que dijo otra profesional, que añadió:

En la tesis que consulté sobre homoparentalidad en México decía que las dinámicas eran completamente similares a cualquier otra pareja, se enfrentaban a las mismas problemáticas: un poquito la crianza del hijo, la conducta del hijo, que a veces tenía repercusiones en la relación de pareja y la cuestión económica. Como cualquier pareja (Renata).

En un caso, encontramos la referencia a que la heteroparentalidad había demostrado no ser garantía de salud mental cuando una profesional aseguró:

En mi experiencia clínica, yo he visto mujeres que sacan a sus hijos adelante como si no tuvieran hombre, y muy bien con los hijos, mujeres casadas con hombres que viajan horrores y que los ven cada Corpus, y los hijos salen bien. Si hay una persona que esté ahí pendiente y que pueda tomar diferentes roles, está bien. Quizá lo ideal es la pareja heterosexual, pero ¿qué es eso? ¿de dónde viene? O sea, ¿es el paraíso? ¡No! (Rina).

Encontramos un caso en que la profesional refería que lo que podría ser dañino para el niño era el vacío legal en el que todavía se encuentran las familias en la mayoría de los estados del país, sin derecho a la protección social en su totalidad. Así, ubicó el posible daño de estos niños, en el plano de lo social y jurídico, más allá de la orientación sexual de las figuras parentales. Aseguró que:

Al no estar constituidos como pareja, tienen muchos menos derechos legales, y los niños, lo mismo. Esos niños están en el vacío. Ante este hecho, tenemos que entender que hay muchos niños en esta sociedad, y niños de mujeres y niños de hombres. Esto está sucediendo. ¡Hay que entender en qué vacío legal están esos niños! (Irasema).

Algunos profesionales contraponían a los prejuicios frente a las familias homoparentales, los factores sociales y políticos que realmente pueden poner en riesgo el bienestar y ajuste psicológico de los hijos de los gays y lesbianas, por ejemplo la falta de regulación legislativa frente a sus configuraciones familiares.

Esta afirmación se complementa con el discurso de otra profesional que asegura que el eventual daño que estas familias pueden traer a los menores tiene que ver con el conflicto entre las figuras parentales. Cuando el rompimiento del vínculo entre la pareja parental es conflictivo, los niños y niñas se ven frecuentemente involucrados en conflictos de lealtad que pueden generar daño. Cuando la razón de la separación entre los padres es la homosexualidad de uno de ellos, el ocultamiento, la invisibilidad de la situación, así como la demanda de mantenerlo en secreto, pueden perjudicar la salud del menor. Para la profesional entrevistada estos problemas se resolvían manejando con transparencia y naturalidad el tema de la orientación sexual en tanto que todos los posibles perjuicios son producto de la homofobia y no de la homosexualidad. Así, la profesional aseguró que:

El manejo con los hijos y el resultado es muy diferente cuando la situación es conflictiva, motivo por el cual yo creo que lo que hace daño es el conflicto y la agresión, y no específicamente que la causa de la separación sea la homosexualidad del padre o de la madre. Lo que les daña es la pelea, el conflicto, la triangulación, el conflicto de lealtades, la percepción de que (la homosexualidad) es algo espantoso. Si el padre o madre lo viven así, para los chicos también es así. Si los padres lo aceptan, no es problema tampoco para los niños (Eréndira).

La argumentación de otra profesional confirma lo anterior: “La niña que tenemos en la escuela sufre más porque su mamá se peleó con su papá que porque su mamá sea lesbiana” (Cándida).

Así como sucedió con respecto a la homosexualidad, también encontramos que algunos profesionales tuvieron posturas contradictorias entre sí a lo largo de su discurso respecto a la homoparentalidad; por ejemplo, la profesional que afirmó:

Un niño no tiene por qué avergonzarse de que haya dos mujeres o dos hombres en una casa, yo creo que los niños pueden aguantar muchas cosas, porque los niños en un matrimonio heterosexual aguantan que haya golpes y salen adelante. Yo creo que el ser humano es muy plástico. Muy plástico...

Inmediatamente después afirmó:

Tuve una paciente que siempre fue heterosexual y tuvo a su hijita o a su hijito, no sé cuántos hijos tuvo. Después de un rato, llegando a sus 45 años, conoció a una mujer. Se enamoró de la mujer, feliz. El problema que tuvieron ellas fueron los niños, pues de repente, los niños que viven con ella ¡ven que su mamá tiene una pareja mujer! (Rina)

Las contradicciones en el discurso de los profesionales respecto al tipo de parentalidad que consideran pueden ejercer las personas homosexuales también podrían explicarse por la ambigüedad y debate que la homoparentalidad todavía tiene en el campo de la psicología. Ante las evidencias cada vez más decisivas, los profesionales de la psicología en México tienen un mapa “collage” en el que los referentes antiguos y nuevos se yuxtaponen y operan con ambivalencia en su práctica. A continuación, se describirá lo que los profesionales dijeron haber hecho en su práctica con personas homosexuales y sus familias.

4.12 Abordajes psicológicos

Presentaremos enseguida las intervenciones que los profesionales afirmaron haber tenido con personas homosexuales y sus hijos, y expondremos los testimonios que consideramos más significativos. Si bien no se encontró ningún testimonio que hablara de abordajes con intención reparadora de la homosexualidad, cinco profesionales entrevistados dieron cuenta de haber llevado a cabo intervenciones de carácter normalizante en sus espacios de intervención.

Estas son maneras más sutiles de acercarse reparativamente a las personas homosexuales y sus familias en tanto que, si bien no pretenden curar la homosexualidad del paciente, sí tienen como meta normalizar su comportamiento de manera que estos últimos logren disimular lo más posible su diferencia buscando su “cuidado y prevenir agresiones”.

Algunos profesionales reconocieron haber dado prescripciones sobre la manera como “debían” vivir su sexualidad con el fin de normalizar su “estilo de vida”. Estas interpretaciones implicaban consejos sobre cómo debían “aguantar” y “frenar” su deseo sexual con la finalidad de consolidar un matrimonio, aunque fuera homosexual. Así, una de las profesionales sostuvo:

Si me hacen caso y si hay un clic, pues entonces funciona [la terapia]. Les digo: Te tienes que aguantar hombre, a todos nos gusta otra persona, ¿o no? Entonces, vamos a trabajar sobre qué eliges, pero elegir implica dejar cosas que quieres. ¿Quieres todos los chocolates de la caja hoy o quieres uno? [...] Mi meta terapéutica, sí es cierto, como terapeuta familiar, es el matrimonio. Ese es, digamos, mi prejuicio (Rina).

La APA y las asociaciones internacionales de salud han seguido pronunciándose en contra de las terapias que buscan acercar las conductas al prototipo heterosexual diciendo, por ejemplo, que las presunciones normativas son una expresión de enajenación alejada de toda posibilidad sanadora y producto de “la alienación terapeuta”. Así, la alienación del terapeuta consiste en pretender que los procesos terapéuticos funcionen para acercar a la persona homosexual y a su familia a los comportamientos heterosexuales, de género, de identidad o de expresión corporal. Dos de los profesionales entrevistados consideraban como procesos terapéuticos exitosos que las personas homosexuales hubieran aprendido a ser discretas o menos explícitas en la vida pública sobre su homosexualidad. Consideraban que una meta terapéutica posible era que aprendieran a camuflar su diferencia para evitar malos tratos. Así, la profesional ejemplificó una de sus intervenciones:

Por ejemplo, había un chiquito que ya empezaba a venir [a la escuela] primero maquillado. Luego ya se puso delineador, luego empezó a ponerse collares. Hablé con los papás de este chico y lo que les dije fue: “Bueno, que él se iba a enfrentar a un afuera y me refiero a la calle: que lo iban a molestar si lo veían maquillado en la calle, que lo iban a molestar si lo veían con collares, que a nosotros no nos preocupaba lo que pasaba aquí adentro [en la escuela], porque aquí hemos aprendido a manejarlo y los [otros] chicos también, pero ¿qué iba a pasar con él, afuera?”. Ah, pues fue genial, porque en el momento

en que nosotros lo "abrimos" con él y lo hablamos con la familia, dejó de maquillarse(Cándida).

Los entrevistados que hablaron de la dimensión normalizadora de su práctica en esta investigación consideraron que las intervenciones exitosas en sus espacios profesionales tenían que ver con que sus pacientes homosexuales se comportaran de manera más "discreta" respecto a su orientación.

Contrariamente, se ha confirmado que las intervenciones más saludables con jóvenes homosexuales son las que tienen que ver con acompañarlos a reducir el ocultamiento de su orientación y su aislamiento. Un estudio conducido por el Institute for the Protection of Lesbian and Gay Youth en Nueva York (IPGLY, 1987) concluyó que el principal problema de los jóvenes homosexuales es el aislamiento: social (porque los jóvenes no tienen con quién hablar); emocional (porque se siente afectivamente aislados de su familia y entorno); y cognoscitivo (porque no tienen acceso a información sobre homosexualidad ni modelos que puedan emular). Se ha confirmado sistemáticamente que este aislamiento tiene como efecto el aumento de tasas de conductas autodestructivas (Castañeda, 1999). Sin embargo estos entrevistados tendieron a aliarse con el ocultamiento. Este fenómeno se repitió en el discurso de otra profesional, que añadió:

Un chavito viene por problemas en el colegio, agresiones, ese tipo de cosas y luego ves al papá macho que le tocó: "A este niño lo voy a poner bien a latigazos, porque se me viste de rosa". Era un papá golpeador de la mamá, entonces el niño defendía mucho a su mamá, no quería al papá. Fíjate, salió homosexual. Después de las sesiones que tuvimos, logré que el niño se vistiera más normal y tuviera menos gestos afeminados (Rina).

La función normalizadora de la disciplina "psicológica" está directamente vinculada con el rasgo asocial de las intervenciones de sus agentes que, al focalizar la estrategia en cambiar al individuo "anormal", lo revictimizan (Castiel y Dardet, 2010). Sin embargo, algunos profesionales entrevistados asumían que el problema de la violencia homofóbica se resolvería si sus pacientes conseguían invisibilizar su diferencia y, así, la intervención se enfocaba en

normalizar la conducta individual del diferente y ajustarla a la estructura dicotómica de la cultura dominante.

Cuando los profesionales de la psicología se concentraron en eliminar el “signo” de sus consultantes con abordajes tendientes a que dejaran de tener ademanes o de maquillarse o de tener actitudes estereotípicas de género con el afán de “normalizar” a la persona homosexual, reprodujeron lo que Foucault (1977) llama en sus escritos: el lugar social de “reparadores” de la anormalidad y vigilantes del orden social.

Dos profesionales refirieron haber hecho abordajes con interpretaciones que invitaban a la persona homosexual a aceptar que su homosexualidad estaba relacionada con que no creían merecer ser felices. Así, una de ellas dijo:

Lo que a mí me resultó muy satisfactorio [en los procesos terapéuticos que tuve con lesbianas] fue encontrarme a varias de estas chicas que pudieron venir y quedarse conmigo a analizar que estaban jugueteando, porque en realidad no se creían merecedoras de ser felices (Rina).

Muchos pacientes que han pasado por terapia reparadora relatan que también a ellos se les dijo que los homosexuales son individuos infelices. La APA explícitamente ha solicitado a los profesionales de la psicología que se abstengan de practicar desde este abordaje, ya que los riesgos potenciales son grandes: incluyendo la depresión, la ansiedad y las conductas autodestructivas, en tanto que los prejuicios sociales contra la homosexualidad pueden reforzar el odio del consultante contra sí mismo (Sala, 2007).

En dos de los profesionales, encontramos referencias a lo “normal” que se considera el hecho de que los profesionales no supieran abordar profesionalmente la diversidad sexual. En ese sentido, la profesional 10 aseguró:

[Con las familias homoparentales en la escuela] la coordinadora no ha sabido manejar las cosas. Pues no, porque también se angustia, así como les angustia ver que un niño se masturba, les angustia ver que, de repente, hable el niño y diga que su mamá es homosexual. Pues digo es normal, pues ellos no son psicólogos, no tienen por qué saber manejarlo (Cándida).

Esta afirmación se complementa con lo encontrado en otro discurso, que añade un ejemplo:

El caso es que ya le hicieron un psicodiagnóstico al niño que dice que es niña, para tener más claridad. La psicóloga me dijo que lo consultó con su supervisor y su equipo y con alguien más, y nadie sabe qué decir. Al final, nadie sabe... (Eréndira).

Algunos profesionales también hablaron de la falta de formación y del vacío teórico que, creían, había en la formación en psicología para hacer un trabajo útil con personas, parejas o familias homosexuales. Varios de ellos, además, reconocieron que su reacción ante estas realidades estaba más marcada por la carencia de referentes teóricos y de formación, que por su convencimiento de la patología de estas personas y familias.

El hecho de que sea frecuente que los profesionales no tengan recursos para enfrentarse a la diversidad con asertividad y respeto hace que sea urgente un cambio en los planes de formación de las disciplinas psicológicas y médicas con el fin de acelerar el proceso mediante el cual se practiquen cada vez más acciones diferenciadas del modelo patológico.

4.13 Abordajes psicológicos comprometidos con una postura de respeto a la diversidad

En 8 de 10 entrevistas a profesionales, también se encontraron referencias a abordajes psicológicos que se sustentaban en posturas de respeto a la orientación sexual en su trabajo como psicólogos. Estos abordajes tuvieron a veces la característica de partir de la premisa de que lo terapéutico de su trabajo consistía en acompañar a la persona o familia homosexual en su proceso de integrar la identidad sexual a su personalidad total, independientemente de la orientación de su deseo sexual.

[Mi trabajo es estar] buscando que haya autoaceptación, para que no vean su orientación sexual como un rasgo anormal, donde a la vez lo estén

discriminando como su lado anormal, sino buscando que haya aceptación de su persona total (Eréndira).

La APA y las asociaciones internacionales de salud han seguido pronunciándose por los abordajes afirmativos, como en el caso arriba descrito, a partir de la consideración de la homosexualidad con el mismo estatuto que se le otorga a la heterosexualidad. Estos planteamientos se pueden explicar a la luz de las contribuciones que desde Kinsey (1948) sostuvieron posturas más flexibles sobre el entendimiento de la sexualidad, y bajo el conocimiento de que el comportamiento sexual es resultado de un continuum diverso y flexible a lo largo de la vida, que no es diferenciador de la calidad de persona ni síntoma de enfermedad sexual o mental. Esto ha abonado, creemos a explicar que en cinco profesionales, encontramos referencias a que entendían que lo que hacía daño a las personas homosexuales no era su homosexualidad, sino la incapacidad de asumirla por temor al castigo social. Una de las profesionales lo ejemplificó de esta manera:

El caso al que estoy refiriéndome es el de una persona que tiene como 50 años y sigue tan mal como si estuviera en la adolescencia, pues cuando fue el destape la humillaron. La verdad, fue una experiencia espantosa. Cuando se supo, porque además fue descubierta, la madre la llevó con un infame médico que la desnudó para encontrarle la anormalidad y a toquetearla y a ver si la curaban o lo que sea; de las experiencias más terribles y humillantes a una criatura de 14 o 15 años. Es una mujer hasta hermosa diría yo, y se vive feísima, se vive deforme, se vive mal. La vivencia de fallada o de anormal la sigue teniendo (Eréndira).

En cuatro profesionales, encontramos referencias a que el abordaje verdaderamente terapéutico consistía en cuestionar los prejuicios homofóbicos que las mismas familias o personas homosexuales habían interiorizado, así como nombrar este proceso. Un profesional dijo:

Para empezar, hay que nombrarlo. “Lo que estás haciendo contigo misma se llama homofobia”. Cuestionar la asimilación a la mirada cultural. Si hay una vivencia de sentirse anormal, es porque tiene internalizada la mirada social referente a la homosexualidad. Obviamente, este también es un mensaje que yo

transmito, una postura, no hay manera de que no haya una postura. ¿Neutralidad? No existe (Eréndira).

En dos profesionales, encontramos referencias de que existe una rica diversidad de modos de vivir la sexualidad y los vínculos amorosos. Una profesional dio un ejemplo:

El problema es que esta mujer tenía una relación estable [con otra mujer] de muchos años. Era el amor de su vida. No vivían en la misma ciudad, pero esa relación, en cuanto vínculo amoroso, siempre estuvo. Luego, se separaron y ella tenía otra relación también muy comprometida, pero había esa relación de fondo y la terapeuta no se la aguantaba. Le planteó que ella vivía en una contradicción, y que tenía que decidir y optar por una o la otra. Era evidentemente ahí, el prejuicio de la terapeuta, porque para la mujer no era un tema de conflicto ni interfería con su relación actual. No había engaño. Eran vínculos del alma. ¿Cómo lo quitas? Y en ese sentido es que la terapia podía ser un elemento tremendamente dañino y iatrogénico porque incide, porque es un bisturí que se mete. La situación con la terapeuta era persecutoria. No hay una sola manera de vivir los vínculos (Eréndira).

En este testimonio confirma la evidencia de los profesionales que se han comprometido a revisar la función normalizadora de la psicología para no reproducir la tendencia a intervenir generando prescripciones que no tienen relación directa con la salud mental del consultante, sino con el ajuste de la persona a los valores social y culturalmente dominantes. Así, dos de los profesionales afirmaron haber llevado a cabo intervenciones que integraban la diversidad al abanico de lo sano:

Este año trabajamos en especial con esta niña que su mamá es lesbiana, tiene pareja y lo abrimos al grupo [en la escuela] y, de repente, me sorprendió mucho que en la dinámica hubo comentarios de niños que dijeron que sus papás decían que no estaban de acuerdo que le hablaran a esa niña. Entonces, bueno, ahí lo abrí y les dije: “A ver, papás, les voy a dar un taller o vamos a platicarlo, vamos a entender qué es esto de la homosexualidad”. También preguntar a los papás qué les mueve, qué les asusta (Cándida).

Se ha encontrado que los profesionales que han tenido formación en sexualidad han sido más capaces de asumir una postura de apertura a la

diversidad. En un estudio realizado en México con 395 estudiantes de Psicología sobre las representaciones sociales de la sexualidad, se encontró que los individuos de la muestra que presentaron mayor conocimiento y aceptación hacia la sexualidad en general tuvieron también mayor apertura y aceptación de la homosexualidad (Moral y Ortega, 2009). Encontramos a dos profesionales que refirieron haber hecho intervenciones que buscaron conscientemente no enjuiciar y no abrir espacio a la homofobia. Otra profesional aseguró:

A mí me canalizan sobre todo chicas homosexuales y sienten la confianza en primer lugar de que no va a haber crítica, no va a haber juicio ni tampoco que las quiera transformar, sino ver cuál es su problema. Los motivos de consulta entre las chicas homo y hetero son similares, la única diferencia es que a las heterosexuales no se les cuestiona su preferencia; o sea, nadie les dice: ¿por qué te gustan las mujeres o por qué te gustan los hombres? (Mónica).

Esto se ratificó con el discurso de otra profesional, que añadió: “Cuando he trabajado con pacientes homosexuales, nunca ha sido el tema ese, el tema ha sido tú ¿cómo te sientes?, ¿te sientes cómoda en donde estás o te sientes culpable, te sientes avergonzada?” (Rina).

De la misma manera que con la concepción de la homosexualidad, en los abordajes psicológicos también encontramos contradicciones entre algunas de las intervenciones que hacían los profesionales: a veces parecían priorizar la homogeneización al modelo dominante y, sin embargo, su postura era respetuosa con la diversidad en otras ocasiones. Se hallaron referencias, abordajes y aseveraciones contradictorias entre sí frente a ambos temas en seis entrevistas. Así por ejemplo, una profesional que dijo:

Hemos tenido alumnos que, de repente, en secundaria, vienen aquí y me dicen: “Creo que me gustan los hombres”, y no pasa nada. Al contrario, ¿no? Lo apoyamos, llamamos a los papás, vamos haciendo de qué manera lo asuman. La familia y lo asuma el chico, finalmente, eso es lo que nos importa. Yo siempre tengo la preocupación de que lo asuman. No de cambiar su definición, sino que asuman su definición, que no la oculten (Cándida).

Inmediatamente dijo también que le había dicho a un chico homosexual de secundaria: “Oye, ¿y tú por qué quieres abrirlo con el grupo si nadie te lo está preguntando? A mí me parece que eso puede ser una agresión, te colocas en un lugar donde te pueden agredir” (Cándida).

Esta forma de pensar es similar a lo que plantean teorías o autoras feministas sobre la violencia feminicida. En los estudios sobre violencia machista se ha encontrado que su justificación está directamente relacionada con el estereotipo sexual; es decir, se considera que la violencia hacia la mujer fue consecuencia de un comportamiento inadecuado de esta (Burt, 1980). Así, en algunas de las entrevistas realizadas para este estudio, se tendió a responsabilizar a la víctima (homosexual) de la violencia que se ejerció (o se ejercerá) contra ella con el argumento de que “se había puesto en un lugar” que invitaba a la agresión.

El tipo de abordaje que da por hecho que la homosexualidad conviene ocultarse, abona a lo que se ha confirmado como iatrogénico (Castañeda, 1999; APA, 2009) en tanto que se ha verificado que el ocultamiento estimula el aislamiento social y la homofobia internalizada, incrementa la culpabilización de la víctima y traslada el problema del rechazo social, al individuo.

Por otra parte, encontramos un debate abierto sobre si el trabajo con personas homosexuales requería un abordaje psicológico específico: algunos profesionales consideraron que el abordaje psicológico para trabajar con una persona homosexual y con una heterosexual tendría que ser el mismo en tanto que la homosexualidad no es un rasgo diferenciador de la persona. Por ejemplo, la profesional que dijo: “Yo, la homofobia internalizada cuando no la veo, no lo trabajo, ni lo exploro. Es decir, si no vienen con ese tema como conflicto, si vienen asumidos, no lo voy a buscar” (Eréndira).

Mientras que otros afirmaron que, siendo la homofobia internalizada un obstáculo para la salud únicamente para la población homosexual, era necesario que los profesionales se hicieran de herramientas especiales para trabajar esa especificidad.

Mis abordajes eran activos y cuidadosos para evitar preguntas que confirmaran el discurso de la homofobia, pero que buscaran lo que de homofobia había de interiorizado. Si no trabajas desde una postura politizada, no puedes abrir ese espacio (Armando).

Desde estas dos posturas se intenta dar respuesta a lo que planteó Castañeda (1999) en torno a si es necesario reconocer las especificidades del sufrimiento gay, tomarlas en cuenta y hablar de ellas en lugar de actuar como si no existieran. Los profesionales que, en las entrevistas realizadas en México, afirmaron trabajar con una postura respetuosa de la diversidad se han visto enriquecidos por marcos teóricos que, dentro de la psicología, han incorporado una lectura de referentes de las ciencias sociales que discuten y analizan relaciones de poder, como Foucault (2008) o Bourdieu (1990). Estos profesionales son cada vez más conscientes del poder que los discursos dominantes tienen en la determinación de los procesos salud-enfermedad de los colectivos, y están trabajando para cuestionar las ideas del discurso de la homofobia que tienen inscritas, tanto ellas mismas como las personas con las que trabajan (White, 2002).

En las entrevistas llevadas a cabo en México durante 2012, encontramos una convivencia de posturas frente a la homosexualidad y homoparentalidad caracterizadas por la complejidad y ambigüedad de creencias, en las que persisten simultáneamente prejuicios heteronormativos con posturas que están sustentadas en andamiajes respetuosos de la diversidad y de la diferencia en el discurso de los profesionales de la psicología. Estas diferencias no estuvieron directamente relacionadas ni con la edad ni con la identidad u orientación sexual de los profesionales entrevistados en tanto que hubo posturas tanto afirmativas como heteronormadas entre los participantes que tenían setenta años o más, así como también los hubo de ambas posturas en el intervalo de edad más joven, los que tenían entre treinta y cuarenta años. Un fenómeno parecido sucedió en relación a la orientación de su deseo: hubo posturas afirmativas tanto entre los profesionales que han tenido una orientación heterosexual como de los que tuvieron una identidad bisexual o lesbiana. Es decir que las posturas que tomaban en cuenta positivamente la

diversidad sexual no fueron privativas de los profesionales que se asumían como no heterosexuales.

Sin embargo, la coyuntura que se encontró en este estudio —en la que los prejuicios conviven con las referencias afirmativas de la homosexualidad y la homoparentalidad, y en la que los profesionales reconocen que su dificultad para trabajar desde una perspectiva afirmativa responde a un vacío en su formación— es un dato a resaltar, ya que poco a poco, hay menos certeza de que la homosexualidad sea un problema y la homoparentalidad un riesgo.

CONCLUSIONES

Cruce de categorías: la experiencia de las familias y los testimonios de los profesionales

En el capítulo de resultados se describieron, por un lado, las experiencias que las familias homoparentales habían tenido con los profesionales de la psicología en distintos ámbitos de su vida, y por otro, las vivencias que esos profesionales tuvieron con personas homosexuales y sus familias; sin embargo, todavía queda explicar las diferencias y similitudes que encontramos en estas dos narrativas:

1) Una característica importante tanto para las familias como para los profesionales fue la tendencia normalizadora de la práctica psicológica que podemos analizar en los siguientes componentes. Algunas personas homosexuales fueron canalizadas a espacios psicológicos por sus familias de origen, debido a su homosexualidad con la finalidad de que el profesional corrigiera su conducta en relación con la expresión pública de su orientación sexual o a que le acompañara a adquirir disciplina, en términos de regulación de su conducta sexual, en lo que hemos llamado procesos de normalización.

A este fenómeno correspondió la tendencia de los profesionales a trabajar con las familias homoparentales con el objetivo de conseguir que se comportaran lo más tradicionalmente que pudieran, contrayendo matrimonio y mezclándose con parejas heterosexuales con el fin de que le obsequiaran a sus hijos el modelo “normalizado” de familia.

Tanto familias como psicólogos afirmaron haber vivido procesos en los que se buscó “reparar” la homosexualidad o sus signos más visibles. Esta “reparación” consistió en terapias de grupo o individuales que tendían a minimizar los signos de su diferencia, si los niños vestían de rosa, gustaban de maquillarse, usar collares o tenían gestos afeminados, entonces los psicólogos “lograban” que dejaran de hacerlo. O las familias recibían como consejo de la psicóloga de la escuela que sus niños no usaran el pelo largo y tuvieran contacto permanente con familias heterosexuales para que logaran “clarificar la estructura familiar”.

Este proceso se explica con las aportaciones de Foucault (1974) que desarrolló argumentos críticos frente a las disciplinas “psi”, en tanto que con frecuencia funcionan como encargados de reparar a los sujetos anormales que se no se ajustan a la norma estadística.

2) Una de las características que se encontró como fundamental en esta relación fue la heteronormatividad. Cualquier obstáculo académico de los hijos de estas familias se interpretó en las escuelas como producto de la homosexualidad de sus padres o madres. Esto se correspondió con la experiencias de algunas familias que recibieron de parte de los profesionales de las escuelas: el diagnóstico de déficit, bajo la hipótesis de que las dificultades académicas de los niños se explicaban por la carencia en sus hogares de ambas figuras: materna y paterna. Los profesionales de las escuelas confirmaron esta percepción de las familias cuando dijeron haber intervenido con ellas bajo el supuesto de que efectivamente, tener dos madres o dos padres “tiene que tener un efecto nocivo”. Con el fin de explicar este fenómeno, Witting (1992) ha desarrollado el concepto de heterosexualidad como si se tratara de un régimen político que idealiza e institucionaliza la relación heterosexual como única sana de manera tal que se refuerza la creencia de que los seres humanos están divididos en dos categorías distintas con el objetivo de complementarse mutuamente, y sin lo cual los hogares están incompletos.

3) Una característica repetida en ambas narrativas fue la culpabilización. Las familias analizadas en este estudio dijeron haberse sentido responsabilizadas de la violencia que se ejercía hacia ellas con la justificación de que sus miembros la provocaban por su falta de discreción en relación con su orientación sexual. Este fenómeno se correspondió de forma directa con los testimonios de algunos de los profesionales que aseguraron haber intervenido con personas homosexuales invitándolos a ser más discretos en la expresión de su diferencia con el fin de evitar agresiones y violencia. Este proceso se explica fenomenológicamente con la teoría de Menéndez (1990) y Castiel y Álvarez-Dardet (2010).

Este proceso se vio expresado en lo que testimoniaron algunas familias que se encontraron con profesionales que intervinieron desde esta postura y dijeron haber sufrido de internalización de la culpa y la sensación de que, si algo estaba mal con ellas o sus hijos, era con probabilidad adjudicable a su anormal configuración familiar.

4) La siguiente característica a destacar en ambos análisis fue el rechazo a la homoparentalidad. En el caso de los profesionales de la psicología de las instituciones de adopción, estos expresaron de diversas maneras su rechazo hacia las solicitudes con acciones e intervenciones que afectaron a la familia y que expresan la homofobia institucional. Este rechazo encontró su correspondencia en las vivencias de las familias que no lograron culminar su proceso adoptivo en instituciones mexicanas o que, habiéndolo culminado, encontraron profesionales que desplegaron actos homófobos (filtrar sus expedientes, expresar juicios de valor o denegar sus derechos con argumentos heterosexistas). Las dificultades de las tres familias que pasaron por estos procesos se explican transparentemente con lo encontrado en el testimonio de la psicóloga del instituto encargada de adopciones a nivel federal en México que consideraba anormales a las familias homoparentales por los “recuerdos inadecuados” que tendrían estos niños cuando fueran adultos. Este sistema de valores se explica en parte por las teorizaciones de Blumenfeld (1992) que ha explicado la homofobia como una red de valorizaciones que pueden manifestarse en cuatro niveles de operación: personal, interpersonal, institucional y cultural. La homofobia es un complejo continuum que trasciende la indisposición entre los individuos a aceptar a los homosexuales y abarca todas las prácticas discriminatorias de organismos públicos o gubernamentales porque opera en el nivel estructural como normas sociales y códigos de conducta que legitiman la opresión de una parte de la población que no se corresponde con las reglas del amor tradicionales (Blumenfeld, 1992). Las familias homoparentales que han logrado la adopción, al igual que las familias heterosexuales, configuran un grupo económico basado en la división del trabajo que tiene como finalidad la reproducción social, organizado a partir de consideraciones culturales, económicas y afectivas tal como la teoría de la alianza explicó (LéviStrauss, 1981).

5) Otra característica a resaltar de la relación familia homoparental y los profesionales de la psicología fue el carácter asocial de las intervenciones recibidas (en el caso de las familias) y diseñadas (por algunos profesionales) cuando éstos últimos usaron abordajes desde donde se asumía que la mayoría de los procesos vividos como dificultades vitales de las personas y familias homoparentales radicaban en procesos intrasubjetivos. Se buscó, a partir de esta lógica, contenidos individuales para explicar el sufrimiento, sin diferenciar ni relacionar aquello que debía ser buscado en la estructura social (Menéndez, 1990), como cuando reincidían en explicar la homosexualidad a partir de tendencias perversas, masoquistas o traumáticas con sus figuras parentales. En el caso de las familias homoparentales o personas homosexuales que buscaron atención psicológica, esta característica se manifestó cuando recibieron interpretaciones psicologistas según las cuales eran homosexuales porque “no se creían merecedores de la felicidad”. Esta característica se correspondió con la tendencia de los profesionales de interpretar el origen del sufrimiento de su consultante únicamente en su elección de objeto sexual, y no en la homofobia social, institucional y estructural que genera daño.

Por otra parte, los procesos psicológicos vividos como positivos también se corresponden en unos y otros (familias y profesionales) en distintos niveles.

1) El trabajo que hicieron algunos profesionales con las familias y parejas homosexuales desafiando la homofobia internalizada y cuestionando los prejuicios de los propios homosexuales en torno a, por ejemplo, su dificultad para plantearse si deseaban ser padres o madres, se corresponde con las experiencias narradas como afirmativas de las familias que valoraban como sanadores los procesos con los que pudieron ver y distanciarse de prejuicios normalizados, y que según los cuales, por ejemplo, afirman que “las lesbianas y los gays no pueden ejercer su maternidad o paternidad”.

2) Algunas familias narraron experiencias positivas con profesionales que les ayudaron a entender que su configuración familiar era tan válida como cualquier otra y merecía el mismo respeto y consideración que las otras, respecto a su familia de origen, la escuela de los hijos, las instituciones de salud, etcétera.

Este fenómeno se corresponde con algunos testimonios de profesionales que habían hecho un trabajo explícito de cuestionar y rechazar los marcos teóricos iatrogénicos que reproducían prejuicios homófobos y que en cambio decían trabajar desde marcos teóricos sustentados en los derechos humanos permitiéndoles realizar un abordaje en salud que no cometiera la equivocación de entender la nosología del malestar como independiente de las condiciones sociales e históricas en que se desarrolla (Menéndez, 1990).

Salud de las familias homoparentales más allá de las predicciones catastrofistas

La antropología materialista ha logrado argumentar con solidez que los arreglos familiares han dependido históricamente de las necesidades sociales y económicas de las distintas sociedades. Sin embargo, el temor y las predicciones catastróficas frente a las transiciones familiares (de la feudal a la capitalista, de la extensa a la nuclear, de la moderna a la posmoderna) han sido fenómenos repetidos a lo largo de la historia de la humanidad: la época actual no es la excepción (Flaquer, 1999).

Aun cuando la homosexualidad no es un hecho nuevo sino una realidad que ha sido invisibilizada; el fenómeno actual genera reacciones porque la población homosexual se está posicionado por primera vez de manera más clara en la exigencia de su reconocimiento social mediante la legalización de sus uniones y la regularización de la figura jurídica de sus hijos e hijas. Actualmente, son cada vez más las familias que reivindican su derecho a formarse como tales trascendiendo las formas tradicionales de hacerlo; algunos autores explican que, en lo que corresponde a la filiación, lo social se ha impuesto a lo biológico (Donoso, 2007, p. 536).

El temor actual sobre las familias homoparentales puede entenderse también como una etapa más de un proceso histórico de transición.

Gran parte de las creencias catastrofistas resultan de prejuicios que han sido confirmados por la literatura que se vende como experta. El debate sobre la salud del menor en una familia homosexual sigue siendo, asimismo, un punto sensible en el interior del campo de la psicología. Afortunadamente, cada vez son más las publicaciones y estudios que abordan la cuestión.

Hace más de 30 años que estos niños y niñas son estudiados, evaluados y seguidos. Los estudios teóricos que han examinado a familias homoparentales su tendencia ha sido compararlas con las heteroparentales, y han procurado explicar sus resultados mediante la normalización del funcionamiento familiar y el desarrollo de los niños. Esto responde al contexto social y político en el que esta primera y segunda ola de estudios se desarrollaron atravesadas por dudas y suspicacias.

Las familias también han buscado procesos de normalización explicando que todo lo que pasa en su núcleo es igual a lo que ocurre en otras familias. En la actualidad, sabemos que las predicciones “apocalípticas” que socialmente se habían pronosticado en el caso del reconocimiento jurídico de las uniones homosexuales y de sus adopciones no han sucedido en los países en que se ha estudiado más el fenómeno. No obstante, es necesario ir más allá de estas conclusiones y reconocer que los niños no sólo “están bien”, sino que tienen fortalezas y recursos que pueden ser una fuente de aprendizaje para otros niños crecidos en familias tradicionales. Al menos desde la psicología, es momento de dejar de comparar a los niños tomando como eje de la evaluación el referente de la heterosexualidad y acercarse a las familias homoparentales con otras preguntas que exploren, en dado caso, los beneficios y potencialidades de crecer en una familia diferente, por ejemplo, ¿cómo estos núcleos familiares están aportando un ejemplo de igualdad y distribución de trabajo más equitativa, desafiando las limitaciones que los roles rígidos de género producen? (Stacey y Bibliartz, 2001) o ¿cuáles son los retos, desafíos o debilidades de las familias homoparentales viviendo, como vivimos, en una sociedad en que la homofobia sigue siendo un eje organizador del sistema?

Asumir con seriedad las investigaciones que han llegado a resultados concluyentes llevaría a evitar en el futuro más estudios comparativos heterocentristas con los que las familias, adultos y menores tengan que seguir viviendo bajo la lupa o sintiendo que deben demostrar que sus hogares no son peligrosos.

Formación de profesionales de la psicología

Los profesionales de la psicología no se forman a sí mismos; su trayectoria educativa es un producto histórico-social y, por lo tanto, las carencias o ambivalencias no les son inherentes; es el marco social así como el marco institucional educativo los que forjan ciertos perfiles de profesionales que piensan, dicen y hacen lo que aquí se ha mostrado.

La tesis de esta investigación es que resulta imprescindible hacer una lectura crítica de la literatura que sigue siendo referente para entender la salud mental y el psiquismo en la formación en psicología, con el fin de tener profesionales mejor capacitados para guiar procesos realmente terapéuticos con personas que expresan nuevas normalidades.

La relación entre los profesionales de la psicología y las familias homoparentales no resultó ser lineal o sencilla, sino multidimensional, ya fuese porque las familias rescataban elementos terapéuticos de procesos que también tuvieron componentes negativos o porque los mismos profesionales mezclaron concepciones afirmativas y prejuiciosas de la homosexualidad y la homoparentalidad en su marco teórico reafirmando el carácter dialéctico de la relación médico-paciente.

Como la homofobia es más que una actitud personal, porque se ha configurado como un filtro construido socialmente con la finalidad de desvalorar la sexualidad no reproductiva, está inscrita en la epistemología del campo psicológico desde, por lo menos, el inicio de la llamada psicología científica; el psicoanálisis y la psiquiatría fueron piedras de toque para concretar esta mirada en la formación de los profesionales. Para lograr una praxis no homófoba, es necesario deconstruir y resignificar algunos de los pilares de la teoría psicológica y sexual como la teoría de la fijación o detención psicosexual

de la corriente psicodinámica para explicar la homosexualidad; las referencias a las “funciones paternas y maternas” para explicar la inscripción del sujeto en la cultura; o la idea de que hay configuraciones familiares “funcionales” y otras que, por no ser heterosexuales, constituyen un “factor de riesgo” para la salud mental de los niños.

La salud colectiva podría ser una posibilidad para comenzar este camino de autoobservación de la psicología porque entiende que las dificultades que afectan al colectivo de personas homosexuales no tienen un origen psicológico, biológico ni médico, sino que están vinculadas con las relaciones de poder en una cultura frente a la que los profesionales de la psicología han sido tradicionalmente agentes reproductores. La salud colectiva si se atreviera a acercarse con su propuesta teórica a otras formaciones en el campo de la salud que no sea la médica, puede funcionar como catalizador de procesos reflexivos con los cuales los profesionales de la psicología se aventuraren en una lectura crítica de su praxis y se arriesgaran a ejercer su profesión insertos en una reflexión sociológica sobre la función de sus intervenciones normativas (Parker, 2007). Incluir literatura relacionada con la medicina social y la salud colectiva en la formación de los psicólogos puede ser un paso conducente a la politización de la práctica y la praxis comprometida.

Aportaciones y limitaciones del estudio

La relación entre profesionales y familias hubiera ganado riqueza en esta investigación si hubiésemos podido contemplar el desarrollo terapéutico *in situ*¹⁷ para observar, por un lado, a las familias y por otro al profesional que las atendió, sin embargo, como esto no fue posible lo consideramos una limitación del estudio.

Como aportación al campo de la salud colectiva, este trabajo puede representar un primer abordaje sobre los profesionales de la psicología en México relacionados con las parejas y familias homoparentales dado que las

¹⁷ En la práctica terapéutica sistémica es frecuente que se trabaje en equipo de manera que el que conduce la sesión con la familia es observado por un grupo de terapeutas del otro lado de la cámara de Gesell cuando la familia lo consiente. Esta modalidad de trabajo busca disminuir la posibilidad de que el terapeuta intervenga desde sus prejuicios personales o sus puntos ciegos. A esto me refiero cuando hablo de la observación “in situ”.

investigaciones en salud colectiva se han concentrado en estudiar el perfil de formación de los profesionales de la medicina. La salud colectiva puede contribuir con la ampliación de su campo de influencia con más empuje hacia las áreas de la salud mental en tanto que la profesión médica se ha beneficiado, desde hace ya mucho tiempo, de sus aportaciones.

Por otra parte, el estudio de la homofobia en los profesionales de la salud como determinante de los perfiles de salud-enfermedad de las personas homosexuales y sus familias todavía está iniciándose en el campo de la salud colectiva. Investigaciones que abonen en la profundización de estos temas, por ejemplo, el estudio de los efectos que la heteronormatividad genera en estas familias, sus procesos de salud-enfermedad-atención producto de la homofobia estructural, puede resultar útil y necesario. Ambos problemas inauguran preguntas que, consideramos, contribuyen al debate.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Díaz, J. A. (2010). La donación de embriones para pacientes latinoamericanos tratados con técnicas de reproducción humana asistida. Departamento de medicina preventiva, salud pública e historia de la ciencia. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

American Academy of Pediatrics (2002). "Coparent or Second-Parent Adoption by Same-Sex Parents" (ref. de 13 de febrero de 2013). Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics%3b109/2/339>

American Psychiatric Association (2002). "Adoption and Co-parenting of Children by Same-sex Couples" (ref. de 1 de marzo de 2013). Disponible en: <http://www.aglp.org/pages/position.html#Anchor-Adoption-49575>

American Psychoanalytic Association (2004). "Position Statement on Parenting" (ref. 15 de 4 marzo 2013). Disponible en: http://apsa.org/About_APsaA/Position_Statements/Parenting.aspx

American Psychological Association (2004). "Marriage equality and lgbt health" (ref. 12 de enero de 2013). Disponible en: <http://www.apa.org/pi/lgbcpolicy/marriage.html>

American Psychological Association (1997). "Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation". American Psychologist. 52, pp. 934-935.

American Psychological Association (1998). "Resolution on a appropriate therapeutic responses to sexual orientation" American Psychologist. 53, pp. 934-935. Disponible en: www.apa.org/pi/lgbt/resources/sexual-orientation.aspx

American Psychological Association (2001). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).

Anderssen, N.; Amlie, C. e Ytteroy, E. A. (2002). "Outcomes for children with lesbian or gay parents. A review of studies from 1978 to 2000". *Scandinavian Journal of Psychology*. 43 (4), pp. 335-351.

Annicchiarico, I. (2009). *Psicobiología de la homosexualidad masculina: hallazgos recientes*. *Universitas Psychologica*. 8 (2).

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.

Arellano, O. L., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (2008). "Las determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes sociales de la salud". *Medicina Social*. (3), pp. 323-335.

Badgett, L. y Herman, J. L. (2011). *Patterns of Relationship Recognition by Same-Sex Couples in the United States*. California: The Williams Institute.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). "Towards a Theory of Schizophrenia". *Behavioural Science*. (1), pp. 251-264.

Battegay, R., Glatzel, J., Pöldinger, W. y Rauchfleisch, U. (1989): *Diccionario de psiquiatría*. Barcelona: Editorial Herder.

Becker, H. (2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Madrid: Siglo XXI.

Benach, J., Muntaner, C., Tarafa, G., y Valverde, C. (2012). *La sanidad está en venta*. Barcelona: Icaria Asaco.

Bestard, J. (2009). "Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social". *Revista de Antropología Social*. 18, pp. 83-95.

Biblarz, T. J. y Stacey, J. (2001). "(How) does parental sexual orientation matter?". *American Sociological Review*. 66 (2), pp. 159-183.

Biblarz, T. J. y Stacey, J. (2010). "How does the gender of parents matter?". *Journal of Marriage and Family*. (72), p. 3-22.

Bigner, J. J. y Jacobsen, R. B. (1992). "Adult responses to child behavior and attitudes toward fathering: Gay and nongay fathers". *Journal of Homosexuality*. 23, pp. 99-112.

Binder, C. V. (1977). "Affection training: An alternative to sexual reorientation". *Journal of Homosexuality*. pp. 251-259.

Blumenfeld, W. (1992). *Homophobia: how we all pay the price*. Boston: Beacon Press.

Bourdieu, P. (1999) "Comprender", en: *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 527-543

Bos, H. M., Balen, F. y Boom, D. C. (2007). "Child adjustment and parenting in planned lesbian-parent families". *American Journal of Orthopsychiatry*. 77 (1), pp. 38-48.

Boss, H., Van Balen, F. y Van den Boom, D. (2004). "Experience of parenthood, couple relationship, social support and child-rearing goals in planned lesbian families". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45, (4), pp. 755-764.

Breilh, J. (2010). "Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud", en: Passos, R. (org.) *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Cebes, pp. 87-125.

Brodzinsky, D., Patterson, Ch. y Vaziri, M. (2002). "Adoption agency perspectives on lesbian and gay prospective parents: A national study". *Adoption Quarterly*. (5), pp. 5-23.

Brooks, D. y Goldberg, S. (2001). "Gay and lesbian adoptive and foster care placements: Can they meet the needs of waiting children?". *Social Work*. 46 (2), pp. 147-157.

Burt, M. (1980). "Cultural myths and supports of rape". *Journal of Personality and Social Psychology*. (38), pp. 217-230.

Butler, J. (2005). "¿El parentesco siempre es de antemano heterosexual?". *Debate Feminista*. 16(32), pp.3-36. .

Butler, J. (2007). *El género en disputa*. Madrid: Paidós.

Cameron, P. y Cameron, K. (1996). "Homosexual parents". *Adolescente*. 31 (124), pp. 757-776.

Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.

Caparrós, N. y Sanfeliu, I. (2006). *La enfermedad del terapeuta: hacia una teoría de la contratransferencia*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Careaga, G. (2011). *Familias homoparentales*. V Encuentro de la Disidencia Sexual. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual*. México: Paidós.

Castañeda, M. (2006). *La nueva homosexualidad*. México: Paidós.

Castañeda, M. (2007). *El machismo invisible*. México: Taurus.

Castañeda, M. (2011). *La nueva homosexualidad*. México. Buenos Aires, Barcelona: Paidós.

Castiel, L. D. y Álvarez-Dardet, C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Castro, R. (1996). "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". en: Szasz, I. y Lerner, S. (comp.), *Para comprender la subjetividad*. México: Colegio de México, pp. 57-85.

Chan, R., Brooks., R., Raboy, B. y Patterson, Ch. (1998). "Division of labour among lesbian and heterosexual parents: Associations with children's adjustment". *Journal of Family Psychology*. 12 (3), pp. 402-419.

Chapela, C. (2004). Educación en la teoría de la reproducción de Pierre Bourdieu. Texto de distribución interna del Diplomado de Promoción de la Salud. México: UAM-Xochimilco.

Chapela, C. (2007). "Una definición de salud para promover la salud", en: Salgado, C. M. (ed.) Seis miradas sobre salud y sus relaciones con el mundo social. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Clarke, V. (2001). "What about the children? arguments against lesbian and gay parenting". *Women's Studies International Forum*. (24), pp. 555-570.

Clift, J. B. y Kirby, J. (2012). "Health care access and perceptions of provider care among individuals in same-sex couples: findings from the medical expenditure panel survey (MEPS)". *Journal of Homosexuality*. 59 (6), pp. 839-50.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (2012). Reporte sobre la discriminación en México / CIDE (Ref. 5 de junio de 2012). Disponible en: http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte_2012_IntroGral.pdf

Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación (2012). "La discriminación es un delito tipificado". Disponible en: <http://copreddf.blogspot.com.es/2012/07/la-discriminacion-en-la-ciudad-de.html>

Crawford, I., McLeod, A., Zamboni, B. D. y Jordan, M. B. (1999). "Psychologists' attitudes toward gay and lesbian parenting". *Professional Psychology: Research and Practice*. 30 (4), pp. 394-401.

Demetriou, E. (2011). *Instead of dad coming out of the closet, I suppose we all jumped in with him: a qualitative analysis of the experiences of adult children of lesbian, gay and trans parents*. Bristol: University of the West of England.

Deveraux, G. (1977). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.

Dijk, T. A. V. (1999). *El análisis crítico del discurso*. Barcelona: Anthropos, 23-36.

Dobles, O. (1990). "Apuntes sobre psicología de la tortura". en: Martín Baró, I. (comp.) (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Donoso, S. (2012). *La familia lesboparental: ¿reinención de la familia?* Barcelona: Estudios Avanzados en Antropología Social.

Doyal y Gough. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona-Madrid: Icaria-Fuhem.

Drescher, J. (2002). "Causes and becauses: On etiological theories of homosexuality". *The Annual of Psychoanalysis*. 30, pp 57-68.

Elliott, R., Fischer, C. T. y Rennie, D. L. (1999). "Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields". *The British Journal of Clinical Psychology*. 38 (3), pp. 215-229.

Ellis, S. J., Kitzinger, C., y Wilkinson, S. (2003). "Attitudes towards lesbians and gay men and support for lesbian and gay human rights among psychology students". *Journal of homosexuality*. 44 (1), pp. 121-138.

Encuesta Nacional sobre Discriminación México (2010). (ref. de 2 de enero 2013). Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf>

Espinoza, I. (2007). *Madres lesbianas: una mirada a las maternidades y familias lésbicas en México*. Madrid: editorial Egales.

Espirella, R. (2007). "Homofobia y psiquiatría". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. (36).

Farr, R. y Patterson, Ch. (2013). "Lesbian and Gay adoptive parents and their children", en: Goldberg, A. y Allen, K. R. (ed.) *LGBT parent families: Innovations in research and implications for practice*. Nueva York: Springer, pp. 39-55.

Fernández, I. (2010). *Diccionario de psicología clínica y psicopatología*. Madrid: Editorial MAD.

Flaquer, LL. (1999). La estrella menguante del padre. Barcelona: Ariel.

Foucault, M. (1976). "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en: (Conferencia dictada en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, 1974) Educación médica y salud. 10 (2) pp. 152-170.

Foucault, M. (1977). Historia de la sexualidad I: la voluntad de saber. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2008). El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Freud, S. (1967). Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis. Madrid: Alianza Editorial.

Fulcher, M., Sutfin, E., Chan, R., Scheib, J. y Patterson, C. (2006). "Lesbian mothers and their children: findings from the contemporary families study", Sexual orientation and mental health. XI (326), pp. 281-298..

Geertz, C. (1989). El antropólogo como autor. Standford: Standford University Press.

Ginsberg, E. (2007). Normalidad, conflicto psíquico, control social. Sociedad, salud y enfermedad mental. México: Plaza y Valdés.

Goldberg, A. E. (2007). "(How) Does it make a difference? perspectives of adults with lesbian, gay and bisexual parents". American Journal of Orthopsychiatry. 77 (4), p. 550-562.

Goldberg, A. y Allen, K. (2013). LGTB-Parent families: innovations in research and implications for practice. Nueva York: Springer.

Golombok, S., Spencer, A. y Rutter, M. (1983). "Children in lesbian and single-parent households: Psychosexual and psychiatric appraisal". Journal of Child Psychology and Psychiatry. 24, pp. 551-572.

González, M. M., Morcillo, E., Sánchez, M. A., Chacón, F. y Gómez, A. (2004). "Ajuste psicológico e integración social en hijos e hijas de familias homoparentales". *Infancia y Aprendizaje*. 27, (3), pp. 327-344.

González, M. M., López, F. y Gómez, A. (2010). *Familias homoparentales*. Madrid: Pirámide.

González, M.-M., López, F. y Rodríguez, S. (2012). Gay or lesbian adoptive families in Spain: experiences before and after the approval of same-sex marriage. ICAR4, International Conference on Adoption Research. Bilbao, 7-12 July, 2013. Bilbao, España.

González, M. M., Díez, M., López, F., Martínez, E. y Morgado, B. (2013). *Diversidad, familia y estrategias de conciliación en Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

González, M. M. (2005). "Homosexualidad y adopción entre la ciencia y el prejuicio". Consejo General de Colegios de Psicólogos. (24), pp. 16-19.

González, M. M. y López, F. (2009). "Relaciones familiares y vida cotidiana de niños y niñas que viven con madres lesbianas o padres gays". *Cultura y Educación*. 21 (4), pp. 417-428.

González, M. M. y Sánchez, M. (2002). *Dinámicas familiares, organización de la vida cotidiana y desarrollo infantil y adolescente en familias homoparentales*. Sevilla: FELGTB.

González de la Rocha, M. (2006). *Familias y política social en México: el caso de oportunidades*. Ponencia en Welfare Regime and Social Actors in Inter-Regional Perspective The Americas, Asia and Africa, Universidad de Austin, Texas.

Granados, J. A., Delgado, G. (2007). *Salud mental y riesgo de VIH-sida en jóvenes homosexuales. Aproximación cualitativa a la experiencia de la homofobia*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Granados, J. A. (2006). "Medicina y homosexualidad: prácticas sociales en tensión". Cuicuilco. 13 (36), pp. 293-319.

Granados, J. A. (2011). "Problemas de salud y disidencia sexual: más allá del VIH". En: Disidencia sexual. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México-Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. pp. 123-215.

Greenspoon, J. y Lamal, P. A. (1987). "A behaviouristic approach". En: L. Diamant (ed), Male and female homosexuality: Psychological approaches. The Series in Clinical and Community Psychology. Washington, DC: Hemisphere, pp. 109-128.

Haas A. P., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., Morton, A. R., Silverman, M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., Brown, G. K., Diamond, G. M., Friedman, M. S., Garofalo, R., Turner, M. S., Hollibaugh, A. y Clayton, P. J. (2011). "Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations". Journal of Homosexuality. 58 (18), pp. 10-51.

Haider-Markel, D., y Joslyn, M. (2009). "Beliefs About the Origins of Homosexuality and Support for Gay Rights: An Empirical Test of Attribution Theory". Public Opinion Quarterly. 72 (2), pp. 291-310.

Haces, V. (2006). ¿Maternidad lésbica, paternidad gay? Tesis de doctorado. CIESAS.

Herek, G. (ed.) (1998). Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men and bisexuals. Florida: Sage Publications.

Hernández, H. (2010). Políticas de disidencia sexual en América Latina. México: Ediciones Eón.

Hooker, E. A. (1957). "The adjustment of the male overt homosexual". Journal of Projective Techniques. (21), pp. 18-31.

Illich, I. (1975). Némesis médica. Barcelona: Barral.

INEGI (2011). "Matrimonios y divorcios en México". Mayo de 2013. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/nupcialidad/2011/est_mat_div_2011.pdf

Katz, J. (1995). *Gay American history: Lesbians and gay men in the United States*. Nueva York: Thomas Crowell.

King, M., Smith, G. y Bartlett, A. (2004). "Treatments of Homosexuality in Britain since the 1950's —an Oral History: The Experience of Professionals". *British Medical Journal*. (328), pp. 429-432.

Kuvalanka, K. A. y Goldberg, A. E. (2009). "Second generation voices: Queer youth with lesbian/bisexual mothers". *J Youth Adolescence*. (38), pp.904-919.

Lacan, J. (1971). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Laurell, A. (1981). La salud/enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*. (2), pp. 7-25.

LeVay, S. (1991). "A difference in hypothalamic structure between homosexual and heterosexual men". *Science*. 253, pp. 1034-1037.

Llamas, R. (1998). *Teoría torcida: prejuicios y discursos en torno a la homosexualidad*. Madrid: Siglo XXI.

López, F. (2004). "¿Existen dificultades específicas en los hogares con progenitores homosexuales?". *Infancia y Aprendizaje*. 27 (39), pp. 351-360.

MacCallum, F. y Golombok, S. (2004). "Children raised in fatherless families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adolescence". En: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45, (8), pp.1407-1419.

Malinowski, B. (1980). "Parentesco" (1929). *Enciclopedia Británica*. pp. 20-28..

Martí-Baró, I. (2006). "Hacia una psicología de la liberación". *Psicología sin Fronteras*. 1 (2), pp. 7-14.

Martínez, C. (1996). "Introducción al trabajo cualitativo de investigación", en: Szasz, I. y Lerner, S. (comp.), *Para comprender la subjetividad*. México: Colegio de México. pp.33-56.

Martínez, C. (2007). *Los múltiples significados de la salud. Un recorrido bajo la guía de Canguilhem. Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*. U. Xochimilco. México: UAM Xochimilco.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17 (3).

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Mercado, F. y Bossi, M. (2004). "Investigación cualitativa de los servicios de salud. Notas para un debate", en: Bossi, M. L. y Mercado, F. J. *Pesquisa Qualitativa de Servicos de Saúde*. Río de Janeiro: Vozes.

Meyer, I. H. (2003). "Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence". *Psychological Bulletin* (129), pp. 674-697.

Monroy, L. (2007). *¿De la homofobia a la aceptación? Encuentros y desencuentros cuando mujeres lesbianas salen del clóset frente a sus familias*. [Tesis de maestría en Género]. México: Colegio de México.

Moral, J. y Ortega, M.-E. (2009). Social representation of sexuality and attitudes in mexican university students. *Revista de Psicología social*. (24), pp. 65-79.

Morgado, B., Jiménez-Lagares y González, M. M. (2009). "Ideas del profesorado de primaria acerca de la diversidad familiar". *Cultura y Educación*. (21), pp. 441-451.

Nicolosi, J., y Nicolosi, L. A. (2002). *A parent's guide to preventing homosexuality*. Downers Grove: InterVarsity Press.

Nicholson, L. J. (1992). *Feminismo / posmodernismo*. Buenos Aires: Feminae.

Ortiz, L. (2005). Influencia de la homofobia internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 28, pp. 49-65.

Ovesey, L. (1969). *Homosexuality and pseudohomosexuality*. Nueva York: Science House.

Parrini, R., y Brito, A. (2012). *Crímenes de odio por homofobia. Un concepto en construcción*. México: Letra S- Indesol-Comisión de Derechos Humanos DF.

Parker, I. (2007). *La psicología como ideología*. Londres: Catarata.

Patterson, Ch. (1992). "Children of lesbian and gay parents". *Child Development*. (63), pp. 1025-1042.

Patterson, Ch. (2004). "Lesbian and gay parenting: A resource for psychologists". Washington, DC: American Psychological Association. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/parent.html>

Patterson, Ch. y Tasker, F. (2008). *Gay and lesbian parenting in context. Gay and lesbian parenting: retrospect and prospect*. Londres: Haworth Press.

Pennington, J. y Knigh, T. (2011). "Through the lens of hetero-normative assumptions: re-thinking attitudes towards gay parenting". *Culture, Health and Sexuality*. (13), pp. 59-72.

Piper, I. (2001). "Sobre una práctica que, en el sur, se llama a sí misma psicología social crítica". *Políticas, sujetos y resistencias: debates y críticas en psicología social*. Santiago de Chile: Universidad Arcis, pp.15-44.

Pontalis, J. L. J. B. (1992). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.

Poul, P. (1986). "Growing up with a gay, lesbian or bisexual parent: an exploratory study of experiences and perceptions". Psychology. Berkley: University of California.

Preciado, Beatriz (2013). "¿La muerte de la clínica?" (ref. 20 de marzo de 2013). Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>

Rabell, C. y Vázquez, E. (2010). "¿Con quién vivimos los mexicanos?". Coyuntura Demográfica. (2), pp. 35-39.

Rabbia, H. y Imhoff, D. (2012). Concepciones sobre heterosexualidad y actitudes hacia la disidencia sexual en estudiantes de psicología en Córdoba. Revista argentina de ciencias del comportamiento. (14), pp. 22-29.

Requena, M. y Revenga, D. (1978). "Hogares y familias en la España de los ochenta: el caso de la comunidad de Madrid". Reis. 51 (90), pp. 53-78.

Riggs, D. (2005). "Who Wants to Be a 'Good Parent'? Scientific Representations of Lesbian and Gay Parents in the News Media". M/C Journal, 8 (1). Disponible en: <http://journal.media-culture.org.au/0502/05-riggs.php>

Ríos, R. H. (2007). Michel Foucault y la condición gay. Madrid: Campo de ideas.

Rodríguez, R. M. (1999). Foucault y la genealogía de los sexos. España: Anthropos.

Romeo, A. (2007) Challenging heterosexism and homophobia: qualitative research to improve health professionals' behaviours. Department of Health Promotion and Education. [Tesis doctoral]. Utah: The University of Utah.

Rosik, C. H. (2003). "Motivational, ethical and epistemological foundations in the treatment of unwanted homoerotic attractions". Journal of Marital and Family Therapy, 29 (1), pp. 13-28.

Rostosky, S. et ál. (2009). "Marriage Amendments and Psychological Distress in Lesbian, Gay and Bisexual (LGB) Adults". *Journal of Counseling Psychology*. (56), pp. 56-66.

Roudinesco, E. (2002). *La familia en desorden*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Roudinesco, E. (2009). *Nuestro lado oscuro. Una historia de los perversos*. Barcelona: Anagrama.

Rubio, S. S. (2004). *Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo*. Salamanca, España: Amarú.

Sala, A. (2007). *Construcciones identitarias en el contexto histórico-cultural: identidades lésbicas, historias de vida y discursos sociales*. [Tesis doctoral, director de tesis Manuel Luis de la Mata Benítez]. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Salgado, C. M. (2012). "El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias". *Ciencia y Salud Colectiva*. 17.

Santana, G. (2008). "Políticas queer hacia una teoría de la (a) normalidad". *Cuadernos del Ateneo*. Ateneo de La Laguna. 26, pp. 11-28.

Schneider, D. (1997). "The power of culture: Notes on some aspects of gay and lesbian kinship in America today". *Cultural Anthropology*. 12 (2), pp. 270-274.

Shulman, J. L., Gotta, G. y Green, R-J. (2011). "Will Marriage Matter? Effects of Marriage Anticipated by Same-Sex Couples". *Journal of Family Issues*. 33 (2), pp. 158-181.

Stevenson, I. y Wolpe, J. (1960). "Recovery from sexual deviations through overcoming nonsexual neurotic responses". *American Journal of Psychiatry*. (116), pp.737-742.

Strauss, C. L. (1981). "La familia", en: Anagrama (ed.), *Polémica sobre el origen y universalidad de la familia*. Barcelona: Anagrama.

Suárez, M. G. (2013). "Psicología, política y salud mental". *La psychologie politique en Amerique Latine*. (22), pp.1-35.

Szasz, T. (1970). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós.

Tasker, F. y Golombok, S. (1995). "Adults raised as children in lesbian families". *American Journal of Orthopsychiatry*. (65), pp. 203-215.

Tasker, F. y Golombok, S. (1997). *Growing up in a lesbian family: Effects on child development*. Nueva York: Guilford Press.

Tasker, F. y Patterson, C. (2007). "Research on gay and lesbian parenting: Retrospect and prospect". *Journal of Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Family Issues*. (3), pp. 9-34.

Testa, M. (2006). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Toro, J. (2005). "La familia como factor de riesgo en psicopatología infantil", en: Azpelicueta, L. (comp.). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

Vyncke, J. D. y Julien, D. (2007). "Social Support, Coming Out, and Adjustment of Lesbian Mothers in Canada and France: An Exploratory Study". *Journal of GLBT Family Studies*. 3 (4), pp. 397-424.

Wardle, Lynn D. (1997). "The Potential Impact of Homosexual Parenting on Children". *University of Illinois Law Review*. pp.833-920.

Weeks, J. (1985). *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa.

West, D. J. (1967). *Psicología y psicoanálisis de la homosexualidad*. Buenos Aires: Paidós.

Weston, K. (1991). *Families we choose. Lesbian gays kinship*. Nueva York: Columbia University Press.

White, M. (2002). El enfoque narrativo en las experiencias de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.

Witting, M. (1992). El pensamiento heterosexual y otros ensayos. Madrid: Egales.

Wodak, N. F. R. (2008). "Análisis crítico del discurso: una descripción preliminar". Fundamentos Latinoamericanos de los Estudios Culturales.