



Instituto Superior de Estudios de la Familia A.C.

La homosexualidad de un hijo en la comunidad judía:
análisis de un caso desde lo individual sistémico

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

PRESENTA

Esther Levy Dichi

MÉXICO, D. F.

2015

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública.

Según acuerdo No. 974201 de fecha 18 de Julio de 1997.



Instituto Superior de Estudios de la Familia A.C.

Por la presente aprobamos el trabajo de tesis:

La homosexualidad de un hijo en la comunidad judía:
análisis de un caso desde lo individual sistémico

Realizada por:

Esther Levy Dichi

PARA OBTENER EL GRADO DE :

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública.

Según acuerdo No. 974201 de fecha 18 de Julio de 1997.

COMITÉ DE TESIS :

Directora de la tesis: Dra. Andrea Angulo Menassé

Sinodal: Jorge Pérez Alarcón

Sinodal: Tatiana Berger Zappi

MÉXICO, D. F. 2015

Índice

Agradecimientos	I
Introducción	1
Capítulo 1: Sexualidad	
1.1 La sexualidad en el judaísmo	7
1.2 Sexo, género y orientación sexual	11
1.3 Homosexualidades	14
1.4 La homosexualidad en la ciencias	18
1.5 Homosexualidad femenina-homosexualidad masculina	23
Capítulo 2: Familia y terapia familiar	
2.1 Organización familiar y homofobia	26
2.2 Organización familiar en subsistemas	30
2.3 La culpa como proceso individual y sistémico en las familias con miembros homosexuales	32
Capítulo 3: Presentación del caso	
3.1 Descripción del caso	36
3.2 Motivo de consulta	37
3.3 Genograma	41
3.4 Explicación de los vínculos	42
3.5 Inicio del proceso terapéutico	43
Capítulo 4: Análisis del caso	
4.1 Consideraciones en torno al apego	48
4.2 Reflexiones en torno a la psicodinámica	49
4.3 Estructura de la personalidad y mecanismo de defensa	50
4.4 Transferencia	52
4.5 Hipótesis sistémica	53
4.6 Autoestima y culpa	54
4.7 Intervenciones	55
4.8 Logros terapéuticos	62
4.9 Resonancia de la terapeuta	63
Conclusiones	65
Bibliografía	69

AGRADECIMIENTOS

Ha llegado el momento de escribir esta tesina después de largos años de estudios y me pareció el mejor espacio para agradecer a todas las personas que de una manera directa o indirecta han hecho posible la realización de este trabajo del que me siento muy orgullosa.

Gracias a D-os ¹por darme la vida y la salud para lograr mis objetivos.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Andrea Angulo, mi directora de tesina que es la persona que más cerca ha estado de mi durante la realización de este trabajo, gracias por tu disponibilidad para dialogar, así como tu apoyo, comprensión, paciencia, dedicación y esfuerzo.

Gracias a mis supervisores la Mtra. Bárbara Amunategui y el Dr. Jorge Pérez Alarcón, por sus aportaciones a este trabajo, así como por su confianza y apoyo.

Le quiero dar las gracias a las coordinadoras del diplomado de terapia individual sistémica la Dra. Esther Althaus y la Mtra. Tatiana Berger por su apoyo, paciencia, dedicación en este diplomado, así como por darme la oportunidad de realizar este trabajo para obtener mi título.

A mi esposo Jacobo por su confianza y por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente, gracias por estar a mi lado y por la paciencia que has tenido conmigo todo este tiempo, gracias por tu comprensión.

A mis hijos, Carlos, Isaac y Letty que son mi mayor motivación para nunca rendirme en mis estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ellos. Gracias por su paciencia y apoyo, son mi motivo y mi energía para llegar tan lejos en este camino que elegí, los quiero mucho.

Le doy las gracias a mis padres Yadah y Fortuna, quienes por ellos soy lo que soy. Gracias por su apoyo incondicional, consejos, comprensión, amor, por los valores que me inculcaron, mis principios, mi empeño y mi perseverancia. Gracias por haber fomentado en mi el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida.

A mis hermanas, Sary y Karen por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. Gracias por su compañía y apoyo en todo momento.

¹ En la tradición judía no escribimos la palabra completa por respeto.

A toda mi familia que es lo más valioso que D-os me ha dado, gracias.

A mis compañeras Sara y Regina, por ser parte significativa de mi vida, con quienes he pasado los años de mayor crecimiento personal, gracias por su apoyo, amistad, cariño y por permitirme ser parte de sus vidas.

Le quiero dar las gracias a Eugenia Bielak, por ser una parte fundamental en mi vida, has sido quién me motivó día a día para llegar más lejos en mis estudios y como ser humano, quien me enseñó a tomar responsabilidades de mi propia vida, así como muchas otras enseñanzas las cuales me han formado como persona y como profesional dentro de esta carrera tan compleja.

Gracias por tu apoyo, comprensión, paciencia, cariño y por estar ahí siempre que te necesité.

GRACIAS A TODOS POR SER PARTE DE MI VIDA .

Introducción

Este trabajo es resultado de mi experiencia en el diplomado de Terapia Individual Sistémica (TIS) que inicié en el año 2013 movida por el interés de aprender a trabajar con una persona en lo individual desde el marco sistémico. Quise iniciar esta comprensión cuando me di cuenta que, aunque muchas veces llegaban al consultorio familias para trabajar un tema terapéuticamente, al final se quedaban a largo plazo parejas y/o personas en tratamiento individual a trabajar más profundamente sus patrones repetitivos de inter relación. Me di cuenta que actualmente había más demanda para consulta individual que de familia y me interesaba el vínculo entre lo psicodinámico y lo sistémico para trabajar en lo clínico individual. Con el diplomado pude llevar, con más frecuencia que en la maestría, a lo clínico la teoría que aprendíamos en la discusión grupal.

A pesar de que el vínculo (individuo-sistema) lo habíamos elaborado teóricamente en la maestría, el diplomado me permitió profundizar en la comprensión de la intersección entre lo intrapsíquico, los patrones construidos en la infancia y las dinámicas transgeneracionales con lo relacional, el contexto y lo familiar que aporta lo sistémico.

Mi objetivo en esta investigación, al cursar el diplomado e iniciar esta tesina, fue explicarme desde lo individual sistémico un caso concreto con el que trabajé en la línea telefónica de la comunidad judía donde en ese momento laboraba.

Me interesó indagar en un tema que ha sido poco abordado por la terapia familiar y por la comunidad judía; los efectos que tiene en la familia y en particular en las madres, la noticia de la homosexualidad de un hijo. La idea es que a partir de analizar a profundidad un caso, se pueda comprender mejor el proceso de otros casos parecidos, sin hacer generalizaciones pero con atención en las características que siendo de una familia, pueden repetirse en otras de la misma comunidad y parecido contexto.

Este tema ha sido todo un desafío para mi ya que mucho de lo que se escuchaba en mi comunidad de pertenencia (judía mexicana) sobre la homosexualidad estaba atravesado por prejuicios y predisposiciones de rechazo. La indagación de este tema me permitió comprender desde la empatía la situación de estas familias.

La redacción de este trabajo coincidió con una incidencia cada vez mayor de demanda (en la línea telefónica) en la atención de familias que preguntaban sobre el tema de la homosexualidad en sus hijos o miembros de su familia. Por otra parte coincidió también con la emergencia del grupo GUIMEL² que pretendía abrir espacios donde se pudiera normalizar la homosexualidad como una elección posible dentro de la misma comunidad y abonar a la aceptación de los miembros homosexuales de parte de sus familias.

Mi pregunta de investigación se basó en una curiosidad genuina por entender ¿cómo son los procesos de las madres judías al saber que su hijo varón es gay? y ¿cómo éstos se relacionan con su historia (en su familia de origen) y las creencias propias de su comunidad de pertenencia? Me interesaba en particular el tema de la culpa y ¿cómo se relacionaba ésta con el sistema de creencias familiares de la madre en el proceso de aceptación de su hijo?

Mi hipótesis en relación al caso era que la reacción de una madre frente a su hijo gay estaba construida de múltiples factores entre los cuales existía un enorme sentimiento de culpabilidad (de que no fue buena madre) y una enorme vergüenza ante su comunidad nuclear y extensa de tener un hijo que no cumplía con lo que la ley social y religiosa esperaba de él.

² GUIMEL es un grupo que brinda apoyo a las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero, a sus familiares y amigos dentro de la comunidad judía en México. GUIMEL es la tercera letra del alfabeto hebreo representa este proyecto ya que es la tercera gran iniciativa para integrar la religión judía con la diversidad sexual.

La hipótesis se estructuró ante la observación de que la consultante, en el tiempo que pidió la terapia, sólo pudo estar tranquila con la homosexualidad de su hijo cuando él estuvo lejos (de migrante en Israel) y no amenazaba su *status quo* en la comunidad y en su familia. El dato de que ella solo hubiera podido compartir la noticia con su familia nuclear y no con la extensa ni con ningún otro miembro de su comunidad, retroalimenta la hipótesis sobre la vergüenza y la culpa que debió haber sentido. La decisión de mantener el dato en secreto, por ejemplo, frente a sus suegros “para que no se llevaran una mala noticia a la tumba” era otro dato importante a tomar en cuenta.

En el marco teórico retomé los conceptos más importantes vinculados al tema, tanto de la terapia familiar (a partir de la escuela estructural, la teoría del ciclo vital, las posturas socioconstruccionistas) como de la mirada de género y de la diversidad (diferenciando por ejemplo términos como género, sexo, sexualidad, homosexualidad, identidad sexual, orientación sexual etc).

Se revisaron conceptos propios de la escuela psicodinámica para entender la estructura intrapsíquica de la consultante, la escuela estructural para comprender la organización familiar de la paciente y las teorías sobre la diversidad sexual para estudiar la sexualidad humana como un abanico complejo de posibilidades. Los libros de divulgación de Castañeda (1999) y Rina Ressenfield (2012) fueron particularmente útiles para ese propósito así como la historia de la homosexualidad de Lizárraga (2003).

Mis objetivos fueron tres: a) comprender el proceso de aceptación - rechazo que viven las madres al saber que su hijo es gay dentro de la comunidad judía de México, b) estudiar el vínculo afectivo³ entre madre e hijo gay, dentro de la Comunidad Judía de México y c) conocer el sistema de creencias⁴ de la madre acerca de la homosexualidad, dentro de la Comunidad Judía de México.

³ Por vínculo afectivo nos referimos a los avatares de la relación madre-hijo con las ambivalencias que ésta tiene de por sí.

⁴ Por sistema de creencias entendemos el marco de referencias personales (producto de su contexto cultural) que la consultante tenía sobre la homosexualidad cuando llegó al consultorio.

En este trabajo presento el caso clínico a partir de los ejes de análisis: sexualidad, homosexualidad en la comunidad judía, ciclo vital, estructura familiar, estructura de la personalidad, mecanismos de defensa y autoestima. También explico las formas de intervención que fueron los más significativos dentro del proceso –siempre desde la cibernética de segundo orden donde queda claro que la puntuación de la terapeuta es un punto de vista más- y explico cómo en un principio las intervenciones fueron en torno a su conflicto laboral (motivo de consulta) pero poco a poco se fueron abriendo los temas en relación a la homosexualidad de su hijo, el duelo a las expectativas que como madre esperaba de él y la sensación de culpa y vergüenza que sentía frente a su familia extensa y su red de pertenencia.

Como dije anteriormente, este trabajo se redactó incluyendo una mirada de segundo orden según la cual la terapeuta es parte del sistema y en el texto se explicita lo que a mi me movió como terapeuta este caso. Durante el proceso pude conectar con mi “ser mamá” que es parte fundamental de mi identidad. Era frecuente que reflexionara mientras la escuchaba sobre lo difícil que la comunidad judía pone a las madres aceptar a un hijo con esa orientación. Entendía la posición de ella de no querer rechazarlo y al mismo tiempo sentir que la comunidad (el sistema rígido de creencias) te obliga a condenarlo.

Muchas veces me preguntaba ¿qué tal si fuera mi hijo? Y estas reflexiones me movieron de lugar en mi vida privada y respecto a mi familia. Ahora en mi casa soy vista como “defensora de los gays” cuando antes de reflexionar sobre este caso y trabajar con Sonia⁵ compartía muchos de los prejuicios que mi comunidad ha construido. Desde ese lugar de mamá y al mismo tiempo parte de la comunidad judía empaticé con la dificultad de Sonia de aceptar en lo profundo a un hijo gay en un espacio de pertenencia donde no es raro oír comentarios como “yo no quisiera que ningún homosexual viniera a mis fiestas” o “yo no le daría permiso a mi hijo de tener un amigo gay”.

⁵ Todos los nombres de este trabajo fueron cambiados con el fin de cuidar la confidencialidad de la consultante y todos los datos del caso están protegidos.

Trabajar con ella me permitió cuestionarme premisas enraizadas y naturalizadas en mi comunidad. Sonia terminó el trabajo terapéutico hasta una determinada fase. Cuando ella se sintió mejor pidió que nos vieramos una vez al mes y tuvo una recaída que la llevó a visitar un nuevo psiquiatra. Este doctor le condicionó la atención a que fuera a terapia con un colega suyo psicoanalista y dejara el proceso conmigo. Este desenlace me entristeció y obligó a replantearme un mirada auto crítica en el sentido de si hubiera tenido que insistirle en que no dejara de venir aunque se sintiera mejor. Este no-cierre también pone sobre la mesa el tema de la ética profesional en tanto que un psiquiatra debería poder respetar el vínculo que su consultante ha construido con su terapeuta y el compromiso que ha establecido para con la continuidad de su proceso.

CAPITULO 1

Sexualidad

1.1 La sexualidad en el judaísmo

La terapia puede ser una búsqueda de novedad, pero todo lo que en realidad descubrimos es lo que ya estaba allí desde antes (Minuchin; Nichols, 1994).

Hablar de la homosexualidad es hablar de la sexualidad en general debido a que está conectada con los afectos, sentimientos y emociones. La vivencia y significado de la sexualidad varía de una cultura a otra y del contexto socio-histórico en que se construya. En este apartado se explican algunas de las creencias específicamente del judaísmo sobre la sexualidad.

Mucho se ha hablado de la sexualidad en las diversas tradiciones religiosas, sin embargo, el judaísmo tiene un particular entendimiento de ésta que se diferencia de otros sistemas de creencias. El encuentro sexual se considera *mitzvá* es decir, una alabanza a D-os en vez de una ofensa. El *Cantar de los Cantares* es un claro ejemplo de cómo una importante ala del judaísmo, lejos de juzgar la intimidad sexual como actividad vergonzante, reivindica la belleza del contacto y se engrandecen las virtudes del amor y la belleza carnal. En la biblia hebrea este poema encabeza los libros llamados *megilot* y se ubica entre Rut y Eclesiastés. La sexualidad es vista como un impulso creativo y placentero (Vera, 1998):

En el entorno judío el acto sexual es considerado un regalo a D-os tanto así que se considera parte del ritual de los shabats, los viernes por la noche. Se suele hablar de la tradición “judeo cristiana” para ejemplificar la tendencia a convertir el amor y la sexualidad en un acto de pecado cuando en realidad estas dos tradiciones tienen entendimientos contradictorios en muchas nociones, sobre todo de las sexuales y las relacionadas con el placer.

Aún así el judaísmo no rompió, hasta hace muy poco – y solo algunas de sus comunidades de pertenencia- con la creencia de que la sexualidad debe ser potencialmente reproductiva y desarrollarse entre un hombre y una mujer para poder mantenerse como práctica legítima en la comunidad.

En la comunidad judía en México ha habido tres intentos de organizar una institución para personas LGTB y sus familias. En 1994 se formó la primera llamada Shalom amigos, (que significa hacer paz con los amigos), la segunda fue en 2009 pero no fue hasta el año 2012 que el tercer intento consolidó la posibilidad de brindar este espacio con la construcción de la asociación civil GUIMEL que hace referencia a la tercera letra del abecedario judío. Justamente por ser el tercer intento de incluir en la comunidad a las personas y familias con sexualidades no heterosexuales. La comunidad judía de México comprende aproximadamente 40 mil personas en todo el país de los cuales se calcula que el 7% de ellos son “no heterosexuales” (Weisser, 2015) sin embargo habían y han estado marginadas e invisibilizadas.

En el mes de septiembre el año 2014 la organización difundió un video⁶ que rescató la historia real de una familia judía en México que cuando se percató que su hijo era homosexual, lo obligó a vivir en el extranjero para no avergonzar a su familia. El objetivo fue reflexionar sobre la tendencia de estas familias de exiliar a su hijo cuando ha salido del clóset y cuestionar la “necesidad” de las familias de expulsar a sus hijos no heterosexuales de la comunidad con el fin de no ser castigados socialmente. El video llamado “YO TAMPOCO” retoma las voces de personas conocidas y/o admiradas en la comunidad que se cuestionan la discriminación.

Las reacciones a este video no se hicieron esperar, hubo muchas opiniones en contra diciendo por ejemplo que esta apertura iba a traer consecuencias negativas para el colectivo: “se va a normalizar la homosexualidad y después los tendremos en nuestros templos” y en las bodas “ya los vamos a tener que ver bailando”.

Fueron muchas las cartas que se redactaron a favor y en contra de la campaña; signo de lo heterogénero que es todavía la comunidad judía en México respecto a temas controversiales como éste.

⁶ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=hkcqwSGfsWs#t=440>

Algunos de los argumentos que se explicitaron posterior a la campaña fueron:

1) Si alguien tiene cierta orientación sexual pero no lleva a cabo los actos que la Torá prohíbe, no está violando la Torá, por lo que no es legítimo criticarlo en base al Judaísmo. Es una persona tan querida por D-os como cualquier otra y no debe ser criticado. Si alguien lo critica, quizás lo hace por razones sociales, pero no tiene bases religiosas de hacerlo. La Torá restringe actos, no gustos personales. Está prohibido que tengan relaciones homosexuales, pero no está prohibido tener ciertos gustos. Toda relación homosexual está penalizada, pero no los gustos, siempre y cuando no se lleven a cabo los actos que la Torá prohíbe.

2) Es irrelevante si la persona posee esta orientación homosexual por razones genéticas o adquiridas posteriormente. De cualquier modo está prohibido llevar a cabo lo que la Torá prohíbe.

3) Si la persona homosexual puede tratar terapéuticamente su homosexualidad, que lo haga. Hay técnicas terapéuticas que han tratado exitosamente algunos casos de homosexualidad (supongo que no será posible en los casos que sí son de origen natural y/o genético).

4) Si no puede o no quiere tratarse terapéuticamente, que NO se case ni que tenga hijos. No debe engañar a su posible esposa o esposo de algo que no es.

5) Si no se casa ni tiene hijos, ¿cómo podría él integrarse a una comunidad y una religión en la cual la familia es muy importante? Que "su esposa e hijos" sean los demás, en sentido figurado. En otras palabras: que se dedique a trabajar en pos de la comunidad, que dedique su sensibilidad y empatía (más frecuente entre personas homosexuales que en heterosexuales) a los demás. Que no se aleje del Judaísmo, ni que se aleje de la comunidad.

6) Por supuesto que le será increíblemente difícil dejar de lado aquellas actividades sexuales que la Torá prohíbe, pero cada persona posee sus propios retos.

7) Si esta sugerencia no le parece atractiva a una persona homosexual, si esta persona cree que necesita ejercer plenamente actividades homosexuales que la Torá sí prohíbe, el problema no es que está prohibido, sino que esta persona aceptó los valores de la sociedad contemporánea que asume que las actividades sexuales son imprescindibles

para llevar una vida feliz, lo cual no necesariamente es cierto. La felicidad no depende de las actividades sexuales, sino de los propósitos por los cuales D-os creó a las personas: ayudar a los demás, acercarse a D-os, cumplir los objetivos centrales de la vida y crecer como persona —que no necesariamente están basados en la sexualidad-. Muchas personas deciden ser solteras todas su vida y son tan felices como cualquier otra. Hay personas casadas e infelices (aunque practican su sexualidad) y hay personas solteras y felices (aunque no practican su sexualidad).

8) Desde el punto de vista del judaísmo, uno no debe jactarse ni presumir públicamente que se viola alguna de las leyes del judaísmo.

9) El hecho de ser homosexual —inclusive haciendo actos que la Torá sí prohíbe—, no lo exime de cumplir los otros mandamientos. Las personas homosexuales también tienen prohibido comer cerdo y deben rezar y cuidar Sabbath como cualquier otro judío.

(Carta del rabino Elisha⁷ a propósito del video campaña “yo tampoco”).

A pesar de estas cartas que explican que los homosexuales serán bien aceptados en la comunidad judía siempre y cuando no “ejercen” su sexualidad y erotismo, cada vez mas jóvenes -de todas las religiones y culturas - deciden “salir del clóset” para vivir plenamente su identidad sexual y cuestionan que el erotismo y la sexualidad sea una prerrogativa heterosexual. Ninguna comunidad es ajena a lo que pasa en el resto del mundo y en México, como en el resto de los países occidentalizados, cada vez más el tema de la homosexualidad es mejor entendido y más visto dentro de la sana diversidad. El trabajo terapéutico que hizo Sonia y que en este trabajo presento es un claro ejemplo de lo que dice el propio video de GUMEL: el amor es más fuerte que las ideas.

⁷ El rabino Elisha se convirtió al judaísmo y pertenece a la comunidad askenazhi, una de las más ortodoxas de México. Imparte clases en un Midrash (escuela de interpretación de la Torah) y fue una de las voces más presentes en el debate que suscitó el video.

1.2 Sexo, género y orientación sexual

Existen diferentes teorías y modelos que abordan y explican la sexualidad humana; se ha estudiado primero desde las tradiciones religiosas y filosóficas que construyen comunidades de pertenencia, pero también desde la mirada positivista – científica en su estudio de la dimensión biológica. También desde el psicoanálisis recuperando la noción de inconsciente y de pulsión y desde otros paradigmas, como la teoría sistémica que es un modelo complejo que mira lo personal atravesado por lo contextual, lo familiar, lo cultural, lo sociopolítico y lo relacional del ámbito sexual (Monroy; Keijzer, 2012).

“Nuestra sexualidad es el aspecto más espontáneo y natural que tenemos. Ésta es la base de algunos de nuestros sentimientos y compromisos más apasionados. A través de ella, nos vivimos como gente verdadera: nos da nuestra identidad, nuestro sentido del yo como hombres y mujeres, como heterosexuales y homosexuales, “normales” o “anormales”, “naturales” o “antinaturales”. Se ha convertido, como lo expresó el filósofo francés Michael Foucault, en “la verdad de nuestro ser” (Weeks, 1998. Pg. 17).

La propuesta de Weeks acentúa la característica de la diversidad sexual y no da por supuesto que toda sexualidad está vinculada a la reproducción. En esta definición de Weeks, se vincula la sexualidad con la identidad y con la orientación sexual, se toma en cuenta el abanico de posibilidades sexuales que existen entre el colectivo humano y se nombran abiertamente las prácticas sexuales no heterosexuales.

Por otra parte, la sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como:

“Un aspecto central del ser humano a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre” (2002. Ginebra: OMS).

La definición de la OMS es también interesante en tanto que relaciona la sexualidad con el mundo interno y no solo con los actos eróticos o conductas sexuales. La comprensión de la sexualidad humana está relacionada con otros conceptos complejos que tienen que ver con el mundo subjetivo y cultural. Se nombra la reproducción como una posibilidad pero se explica que no siempre se expresa. Se toman en cuenta las adjudicaciones culturales y los valores asociados al sexo, es decir, el género.

El **género** se refiere a las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiado para los hombres y las mujeres. A partir de las características corporales (biológicas) de una persona, la cultura le asigna una serie de valores y características al cuerpo que le dan carácter de masculino o femenino.

La identidad es un concepto amplio y complejo que abarca, **la identidad genérica**; ésta se relaciona específicamente con la manera en que una persona se vive como hombre o como mujer. Se entiende también como la manera en que se identifica la persona como masculina o femenina, o alguna combinación de ambos (Monroy; Keijzer, 2012). Esta identidad se va construyendo a lo largo de la vida y gracias a las influencias sociales y culturales, es un proceso que se activa y complejiza en los diferentes momentos claves del desarrollo tanto intrapsíquico, psicológico y de maduración, como biológico. Esto último en particular en la infancia, la pubertad, y la adolescencia, épocas en las que -como sabemos- se replantean, cuestionan, reconfiguran y consolidan las vivencias de género.

Durante los primeros dos años de vida las diferencias anatómicas de los sexos, aunque percibidas, conocidas por el niño/a, no son decisivas en la organización de la vivencia del género (Troya, 2009). **La identidad genérica** hace referencia a un si-mismo que se re-figura y con-figura en un constante proceso de deconstrucción y reconstrucción reflexiva en el que intervienen las relaciones con los otros a lo largo de la vida, las vivencias y experiencias generadas de la interacción, en los vínculos a los que pertenecemos (no solo

con personas, también con ideas, instituciones, con la música, con los libros, con paisajes), y en la intersubjetividad. Seguimos siendo los mismos y a la vez vamos siendo diferentes (Troya, 2009).

Un término asociado a los anteriores pero distinto en cualidad es la **identidad sexual** que se refiere a la manera en como las personas se perciben e identifican, ya no como masculinos o femeninos, sino como hombre o como mujer o una mezcla de ambos. Existen múltiples factores como sociales y culturales en donde cada individuo va aprendiendo a ser hombre o mujer. La identidad sexual le permite al individuo formular un concepto de si mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales (Monroy y Keijzer, 2012).

Por otra parte, la **orientación sexual** es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo con otro/a. Toma en consideración si una persona se relaciona sexual y amorosamente con personas de su mismo sexo, personas del sexo opuestos o con ambos. Se refiere a la atracción emocional, romántica o sexual que una persona siente hacia otra. La orientación sexual puede manifestarse en formas de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales o en una combinación de estos elementos (Monroy y Keijzer, 2012). Se usa el término “orientación” por sobre el de “preferencia” en tanto que ésta última tiene la connotación de poderse transformar a voluntad. Generalmente se clasifica la orientación sexual en: heterosexualidad (atracción hacia personas del sexo opuesto), homosexualidad (atracción hacia personas del mismo sexo) y bisexualidad (atracción hacia personas de ambos sexos). Las personas que no sienten en general atracción sexual y no tienen un interés en el sexo suelen llamarse asexuadas.

A diferencia del sexo el erotismo contempla una gama más amplia de posibilidades para entender el vínculo amoroso. El **erotismo** se refiere a un conjunto de elementos que forman parte de la excitación y del placer de los sentidos. El erotismo es exclusivamente humano: es sexualidad transfigurada por la imaginación y la voluntad de los humanos.

La primera nota que diferencia el erotismo de la sexualidad es la infinita variedad de formas en que se manifiesta, en todas las épocas y geografías. El erotismo es invención, variación incesante; el sexo es siempre el mismo e implica sólo un proceso de apareamiento (Paz, 1984).

Según Weeks (1998: 17) el término sexo se refiere tanto a un acto como a una categoría de persona, una práctica y un género. La cultura moderna ha supuesto que existe una conexión íntima entre el hecho de ser biológicamente macho o hembra (es decir, tener los órganos sexuales y la potencialidad reproductiva correspondientes) y la forma “correcta” de comportamiento erótico (por lo general el coito genital entre hombres y mujeres). El primer uso del término “sexo” en el siglo XVI se refería precisamente a la división de la humanidad en el sector hombres y en el sector mujeres.

En la cultura tradicional se espera que las mujeres se comporten femeninamente y estén atraídas sexualmente por hombres masculinos al tiempo que los hombres fueran todos genéricamente masculinos y estén atraídos por mujeres femeninas. Sin embargo, las sociedad nunca se han comportado de esa manera, la sexualidad es muchísimo más amplia, rica y trasciende ese esquema lineal.

1.3 Homosexualidades

A diferencia del heterosexual que vive sus intercambios sociales, profesionales y familiares desde la heterosexualidad como una característica integrada con su identidad, muchos homosexuales aprenden a vivir su identidad selectivamente. Sus actitudes, gestos y formas de relacionarse cambian según las circunstancias en tanto que no puede mostrarse como homosexual en todos los contextos. En el caso de los heterosexuales; sexo, género, orientación sexual y roles sociales tienden a coincidir y conforman una identidad más o menos estable. En cambio el homosexual, justamente por el castigo social, no se desplaza en el mundo con una identidad constante (Castañeda, 1999).

Una investigación que descubrió esto fue Kinsey quien marcó un hito en cuanto al estudio y avance en la investigación en el campo de la sexualidad. Fue la primera vez que se hablaba en términos científicos de los hábitos sexuales de la población estadounidense. Kinsey halló que las conductas homosexuales no se limitaban a personas exclusivamente homosexuales y explicó que existen muchas prácticas sexuales ejercidas por todo tipo de personas entre las cuales estarían las homosexuales, pero no exclusivamente (Castañeda, 1999.) Gracias al trabajo de Kinsey y su equipo, se sistematizó y graficó la variedad de prácticas sexuales e identidades construidas a partir de ellas. Kinsey construyó un modelo, conocido como “escala Kinsey” que graficó de qué manera las prácticas sexuales eran un abanico amplísimo que iba desde lo exclusivamente heterosexual hasta lo exclusivamente homosexual, pasando por una amplia gama intermedia donde se ubicaba la mayoría de la población.

Se mostró que existían muy pocas personas en los extremos y la mayoría de las personas se auto ubicaban en los niveles intermedios; de esta manera se comprendió mejor la diferencia entre las conductas homosexuales y la identidad homosexual como procesos diferenciados.

Según Lizárraga (2003), la historia de la homosexualidad tampoco es un fenómeno lineal que pueda ser fechada en un momento fijo sino una historia amplia que no se centra en un único ámbito geográfico ni se limita a un periodo: “es una historia-río subterráneo que corre entre las historias de las culturas, de las ideas, de los inventos, de las risas, de los llantos, de las jerarquías y de las terroristas imposiciones de las leyes”. La homosexualidad, como la heterosexualidad y la bisexualidad (y otras expresiones comportamentales de la sexualidad) no son inventos tempranos o tardíos en la historia ni de la historia: sencillamente son realidades coexistentes, han estado presentes desde siempre entre los miembros de la especie que observan, experimentan y valoran. Son, por lo tanto, experiencias susceptibles de adjetivación tanto individual como social.

El término homosexual lo acuñó en 1869 Benkert, médico húngaro, para, más que describir, precisar una realidad, su realidad. En un principio la homosexualidad era un comportamiento integrado a la vida cotidiana de los grupos, se veía ligado a ritos o a prácticas mágico religiosas relacionadas con la pubertad (como entre los primates). Por eso la homofobia es solo una parte de la historia de la homosexualidad (Lizárraga, 2003) pero no toda ni desde siempre.

Es muy conocido cómo en Grecia las relaciones entre varones se reconocían como una forma de expresión normalizada, no únicamente en términos eróticos también de coexistencia, por lo que se dieron formas institucionalizadas de homosexualidad (así como de heterosexualidad). En Atenas estas prácticas estuvieron asociadas casi siempre a las actividades educativas y a la filosofía, así como a la concepción de la compañía: se formaban vínculos fuertes entre dos hombres de la clase privilegiada y la homosexualidad se ejercía libremente de forma generalizada y sin restricciones (Lizárraga, 2003).

Aún cuando en el año 600 a. C. Solón estableció leyes que prohibían toda relación sexual entre un esclavo y un joven libre, al mismo tiempo existía una gran demanda entre los hombres libres, de jóvenes esclavos, para satisfacer su pulsión sexual. Para los griegos, la homosexualidad era varonil aunque generalmente se centraba en una relación, más o menos disfrazada, de dominio entre el adulto (totalmente viril: poseedor de la semilla fertilizante) y el joven (en vías de conseguir la virilidad).

Esto no excluía la posibilidad de relaciones homosexuales entre hombres libres adultos y aun de edad más o menos avanzada, con lo cual, en la práctica se significaba como una forma institucionalizada de homosexualidad (Lizárraga, 2003). La cultura griega, se movía impulsada por una homosexualización de la vida en general: la mujer con la mujer (en el gineceo) y el hombre con el hombre en la vida pública, la política y las artes.

La homosexualidad en Grecia, “representaba algo más que una expresión comportamental de la sexualidad (una preferencia sexo-erótica): era un derecho para la clase dominante” (Lizárraga, 2003).

Por otro lado, en el pueblo hebreo la mujer era vista siempre al lado y debajo del hombre, definitivamente degradada, se veía amenazada por el poder masculino desde todas las direcciones. Esto fue así desde el mito originario en tanto que ser creada a partir de un costado (costilla) de Adán, hizo de Eva un ser dependiente. Aunque a su vez el hombre depende de ella: sólo ella puede concebir, parir y lactar. Desde la biblia la sexualidad de la mujer fue pragmatizada, encerrada en el ámbito de la reproducción. Estos mitos dan identidad a todo el pueblo hebreo y tienen como función consolidar la unidad del pueblo, apartándose de las costumbres de los pueblos vecinos.

La Biblia censura y prohíbe la exogamia, el adulterio, varias formas de incesto, la zoofilia, así como las relaciones sexuales con las mujeres durante su menstruación (Lizárraga, 2003). “Ni la Biblia, ni la tradición cristiana aludieron a la homosexualidad como tal; ambas aludieron sólo a la comisión de actos homosexuales donde se distinguía entre el invertido y el pervertido. El pervertido no era un auténtico homosexual, sino más bien un heterosexual que se entrega a prácticas homosexuales” (2003:98).

Con el cristianismo esto se confirmó a partir del año 305 d. C., pues la tolerancia oficial ante la homosexualidad se convirtió en represión activa, de manera que unas décadas más tarde, el emperador Constantino impuso a los actos homosexuales la pena de muerte y después la ley romana prescribió que antes de ser quemado, el individuo con conducta homosexual debía ser torturado, castrado y desmembrado. Europa, cedió poco a poco el poder a la iglesia la cual también castigaba la homosexualidad y la consideraba pecado en contra a la naturaleza y contra Dios (Lizárraga, 2003).

En la Torah, la única referencia más o menos explícita a la homosexualidad aparece en el Levítico⁸ donde se puede leer la famosa frase de interdicción: “No yacerás con un varón como quien yace con una mujer; (ya que se considera) una abominación” (Levítico 18, 22).

⁸ El Levítico es uno de los cinco libros de la Torah, la ley judía, también conocida como el Antiguo Testamento.

“Y cuando un hombre yace con un varón como con una mujer, los dos cometen un acto abominable; se les dará la muerte y serán responsables del esparcimiento de su propia sangre” (20, 13)” (Scalise, 2009; 121).

Sin embargo, así como muchos otros temas que castiga la Torá, la comunidad judía en el mundo ha ampliado sus criterios; actualmente en Israel existe un profundo respeto por la laicidad de los ciudadanos, de hecho se considera el país más avanzado con respecto a los derechos de la comunidad LGTB. La primera organización gay israelí nació en 1975, la Sociedad para la Protección de los Derechos de las personas denominada *Agudah*. En Israel las parejas del mismo sexo han adquirido muchos de los derechos de las parejas heterosexuales y disfrutan de los beneficios sobre los impuestos de propiedad y hereditarios, así como de las ayudas a la vivienda. A pesar de la hostilidad por parte de una minoría de fanáticos religiosos, la sociedad israelí tiene una actitud favorable y abierta hacia los gays, las lesbianas, los bisexuales y los transgénero (Scalise, 2009). No es raro entonces que cuando los judíos mexicanos son discriminados por la comunidad en su país tiendan a migrar a Israel o a EU, donde hay una comunidad judía mucho más abierta a los cambios, comparada con la mexicana.

1.4 La homosexualidad en las ciencias

La condición de delito y pecado de la homosexualidad se transformó radicalmente con la aparición de la ciencia sexual a mediados XIX cuando la convirtieron en enfermedad mental. Es ya un lugar común referirse al hecho de que, hasta 1974, la APA (American Psychiatric Association) consideraba que la homosexualidad era una entidad nosológica que pertenecía al campo de la psiquiatría clínica y por lo tanto los profesionales de la psicología y psiquiatría tenían que dedicar sus esfuerzos a curarlo (Angulo, 2013).

Pero ya desde los años sesenta en Estados Unidos se consolidaron los movimientos de homosexuales que tuvieron una influencia fundamental en la decisión de eliminar la homosexualidad del campo de las enfermedades mentales a partir de cuestionar el DSM-III, (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición) y el poder psiquiátrico que los oprimía, medicalizaba y patologizaba. Este movimiento logró por ejemplo que en la edición revisada de 1987 (DSM-III-R) se eliminara toda referencia a la homosexualidad como cuadro psicopatológico (Angulo, 2013).

Actualmente, la homosexualidad, tanto en hombres como en mujeres se considera por la Asociación Americana de Psiquiatría y Psicología una orientación sexual más, “la calidad ética, intelectual, estética, de empatía, salud/ enfermedad de las personas no dependen de su sexo-género ni de la orientación de su deseo” aunque esto no garantiza que todos los profesionales de estas disciplinas lo traten como tal (Angulo, 2013).

Una propuesta para entender la homosexualidad desde el andamiaje teórico de la terapia sistémica la ha construido la Dra. Estela Troya (2008) con la hipótesis que afirma que la homo/hetero y bi sexualidad como adjetivos, no deben atribuirse a personas o a sujetos sino a relaciones y a vínculos. La cualidad de hetero/homo o bisexual se refiere más bien al tipo de relación que se establece entre un sujeto y otro de acuerdo al sexo/género del objeto de amor/deseo y no a identidades fijas de personas individuales.

De ahí que se califiquen a los vínculos de homoerótico o heteroeróticos con base en las similitudes o diferencias de género de quienes participan en esta relación (Troya, 2008:25).

Retomando algunas consideraciones de Freud, Troya (2008) retoma la afirmación de que el objeto de amor “es el elemento más variable de la pulsión pues no está originalmente ligado a ella sino que se adapta a ella en función de su aptitud para permitir la satisfacción” y puede ser percibido como igual o diferente, constituyendo una elección homo o heteroerótica. De esto se desprende que, para Troya, no todo amor dirigido a una persona del otro sexo es heterosexual y no todo amor dirigido a otra persona del mismo sexo es homosexual aunque pudiera parecer de esta manera.

No son las personas individuales las que tienen características homo y heterosexuales sino el tipo de vínculo que generan dos sujetos el que tendría ese carácter. Por ejemplo: una persona sexo hombre género masculino establece una relación amorosa con otra persona sexo mujer género femenino y el tipo de vínculo es heterossexual, sin embargo si una persona sexo hombre género femenino entabla una relación amorosa con una persona sexo mujer género femenino el tipo de vínculo es homosexual aunque pudiera parecer desde la biología un tipo de relación heterosexual.

Algo parecido sucedería en el caso de una persona sexo mujer género masculino que establece una relación amorosa con una persona sexo mujer género femenino ya que el tipo de vínculo es heterosexual aunque el mundo social juzgara que tienen una relación homosexual. Desde esta postura teórica se complejiza la cualidad de las relaciones puesto que éstas no están definidas por lo intrasubjetivo de las personas ni por su dimensionalidad psico/biológica, sino por la triada sexo-género-objeto de amor, es decir por la dimensión biológica, intrapsíquica y social.

Es posible sin embargo que a las personas que acuden con los profesionales no les interese saber cuál es el nombre “científico” de sus formas específicas de sentir y vivir su amor y lo que les importe sea la calidad del “nosotros” que han generado (Troya, 2009). Sin embargo, todo hace suponer que para los profesionales de la salud sigue siendo un tema de interés nombrar las diferencias homo y heterosexuales y tener teorías que las expliquen.

Aún así, sigue sin haber consenso entre la literatura especializada sobre cómo se explican las diferencias en orientación sexual. Para Marina Castañeda (1999) la orientación sexual no está dada biológicamente, sino que se construye a través de la historia personal y social. Es decir que la identidad homosexual, así como la heterosexual, se construye poco a poco a partir de la historia de los vínculos de cada persona. En cambio, para otros autores, es una condición determinada por la carga genética.

En Estados Unidos y Europa, se considera homosexual a toda persona que sostiene relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, independientemente de los actos que realice. En cambio en América Latina, el acto sexual característico de la masculinidad es penetrar, sea cual sea el sexo de la otra persona. El acto sexual característico de la feminidad es “ser penetrado”; por lo tanto todo hombre que se deja “penetrar” automáticamente se identifica con la posición de la mujer y por tanto se considera menos hombre. En esta cultura se considera que el hombre que asume el rol pasivo es más femenino y, por lo tanto homosexual, mientras que quien penetra continúa siendo hombre y heterosexual (aunque tenga relaciones sexuales con otros hombres) (Castañeda, 1999:46).

Como se ve, hay muchas definiciones de homosexual, de acuerdo con la disciplina, la cultura, la geografía y el contexto; esto responde a que la homosexualidad es una construcción social determinada por lo socio-histórico y no una entidad fija o natural que tiene existencia objetiva.

Sin embargo opera subjetivamente; una persona que descubre que su orientación sexual no cubre con el guión propuesto socialmente como “lo normal” puede sentirse confundida o insegura respecto a su identidad y asustada por no cumplir con la norma cultural, necesita tiempo y valor para compartirlo con alguien (Riesenfeld, 2012).

La persona homosexual tiene que lidiar en ocasiones con diferentes roles, actitudes y gestos, sus formas de relacionarse van cambiando dependiendo de las circunstancias que se le presenten, por ejemplo, en su trabajo puede hacerse pasar por heterosexual, en su familia por asexual y solo expresar su orientación sexual cuando está con ciertos amigos o con su pareja (Castañeda, 1999) y este fenómeno no debe interpretarse como que fuese hipócrita o deshonesto sino como proceso “obligado” en una sociedad que “entiende” la homosexualidad como una falla, producto por ejemplo de las explicaciones de la psicología tradicional.

Freud consideró que la homosexualidad implicaba inmadurez psicosexual, así como un déficit o fijación en una etapa del desarrollo psicológico. Según sus reflexiones la homosexualidad se debía a conflictos en la etapa del desarrollo psicosexual llamada “Edipo” que implicaba que el niño o niña no habían resuelto los desafíos de este periodo que le llevarían a la madurez sana.

Para esta escuela de pensamiento en psicología, la homosexualidad tenía como origen deficiencias en la relación con las figuras parentales en tanto que se pensaba, y todavía se piensa desde algunas posturas (Angulo, 2013), que la persona homosexual no había tenido una figura parental sana para identificarse y desarrollar una identidad masculina o femenina saludable. Lo mismo sucedió en el campo de la psiquiatría que concebía a la homosexualidad como un síntoma de *degeneración* genética, similar a otras enfermedades, como el alcoholismo, el retraso mental o la locura; desafortunadamente, esta idea sigue vigente en algunos medios (Castañeda, 1999).

Tanto es así que la Psiquiatría llegó a intentar contra los derechos humanos de los homosexuales al aplicarles diversos tratamientos para “curarlos” dentro de los cuales estaban contempladas las castraciones, tratamientos con drogas, electroshocks, operaciones en las zonas genitales, etc. Esto ha ido erradicándose o aminorándose a lo largo del tiempo pues hay cada vez más evidencia de que ningún método puede cambiar la orientación sexual de una persona (Angulo, 2012).

“Toda investigación reciente ha descubierto que es prácticamente imposible cambiar a voluntad la orientación sexual, aún cuando un paciente lo solicite”(Castañeda 1999). Esto mismo lo ha explicado la Asociación Americana de Psiquiatría desde finales de 1998 cuando aseguró que “la terapia reparadora corre el riesgo de dañar a los pacientes al causarles depresión, ansiedad y conductas autodestructivas”; ya que el homosexual que busca “curarse” acaba por sentirse culpable, deficiente y angustiado (Angulo, 2012).

Después de muchos años de investigaciones, se sabe que ninguna explicación uni causal o uni direccional basta por si sola para explicar la diversidad en orientación sexual. El consenso actual es la explicación multicausal y compleja que implica pensar que no hay una explicación sino varias que actúan en combinación: genéticas, hormonales, sociales, familiares y personales (Castañeda, 1999:31) tanto para explicar la homosexualidad como para explicar la heterosexualidad o la bisexualidad.

1.5 Homosexualidad femenina - homosexualidad masculina

Las diferencias entre la homosexualidad masculina y femenina están vinculadas con la construcción de género en tanto que los significados dados a los cuerpos y a las prácticas en las cuales están involucrados son cultura e históricamente variables (Montesinos, 2005).

Aunque en la mayoría de las culturas los hombres tienden a ser más agresivos que las mujeres, muchas de las diferencias actitudinales y conductuales entre los sexos emergen de la cultura en lugar de la biología y es por eso que la homosexualidad entre mujeres se vive cualitativamente diferente a la homosexualidad entre hombres: es el género lo que determina el tipo de vínculo y no el sexo ni la orientación sexual. Castañeda (1999) afirmó que las mujeres homosexuales se vinculan muy parecido a las mujeres heterosexuales (en tanto que lo que las determina es su género) y los hombres homosexuales se relacionan entre ellos muy parecido a como se relacionan los hombres heterosexuales con sus parejas mujeres. De esta manera, una mujer homosexual tiene más en común (vincular y afectivamente) con una mujer heterosexual que con un hombre homosexual.

El tipo de opresión, las vivencias y las posturas de la sociedad son fundamentalmente diferentes en los casos de la homosexualidad femenina y la masculina. La homosexualidad masculina constituye un hecho reconocido, aunque apartado del cuerpo social, en cambio las lesbianas padecen, por su parte, todos los aspectos de la opresión de las mujeres a las que viene a añadirse una discriminación suplementaria, como consecuencia de su orientación sexual (Jean Nicolás, 1978).

Las diferencias históricas entre lesbianas y hombres gay se centran fundamentalmente en las notas de un discurso sexista que desvaloriza e inmoviliza a las mujeres y determina el desprecio o la consideración (en las culturas tolerantes) hacia los hombres por el hecho de ser hombres. Así, si la historia de la homosexualidad masculina es silenciada, la del lesbianismo es ignorada casi en su totalidad (Lizárraga, 2003). Se esperaba que la sexualidad femenina cumpliera dos funciones que el lesbianismo evidentemente desacataba: satisfacer al hombre como su objeto de placer y redundar en reproducción cosa que muchas mujeres lesbianas han resistido desde su identidad de género.

Desde el Antiguo Testamento la sexualidad femenina carece de autonomía y la fundamentación de la pareja heterosexual como vehículo de realización la excluye de toda posibilidad de elegir. Esta dicotomía entre la sanción de la homosexualidad masculina y la invisibilidad social del lesbianismo se repite a lo largo de todo el pensamiento judeocristiano, bajo diversos argumentos. Sin embargo, y aunque la Biblia prohíbe la homosexualidad masculina, no se silencian diferentes tipos de afectividad entre hombres (Lizárraga, 2003).

CAPITULO 2

Familia y Terapia Familiar

2.1 Organización familiar y homofobia

“La unión de dos personas con la intención de formar una familia, constituye el comienzo formal de una nueva unidad familiar” (Minuchin, 1974).

“Los homosexuales nacen y crecen dentro de familias heterosexuales, a menudo las más tradicionales, donde las reglas son claras y, a veces, absolutas. Por otro lado, cada vez más heterosexuales crecen en familias homosexuales sin que esto perjudique lo más mínimo su orientación espontánea” (Scalise, 2009; 80).

La homofobia es uno de los problemas sociales causados por la lógica del género más penetrantes e invisibles. Se aprende en el discurso social y se reproduce en las familias, por eso, cuando uno de los miembros se nombra o comporta como homosexual se juegan una serie de dinámicas y conflictos en las organización familiar para elaborar esta información. A veces, la terapia familiar puede jugar un papel importante en el acompañamiento de la familia a integrar y verbalizar lo que la homofobia no permite nombrar.

Cuando hablamos de homofobia nos referimos al miedo y/o rechazo consciente o inconsciente que las personas, instituciones o sociedades actúan hacia conductas o acciones consideradas homosexuales (Castañeda, 1999). Se podría decir que la homofobia es el rechazo a cualquier manifestación que se salga del patrón de la heterosexualidad (Monroy, 2007).

Una persona homofóbica ha aprendido a sentir, por condicionamiento cultural: temor, enojo, odio, angustia, repulsión, impotencia cuando observa actitudes o conductas en los hombres consideradas femeninas o en las mujeres consideradas masculinas. Estos sentimientos pueden manifestarse y dañar a quienes son diferentes a través de la burla, la agresión verbal o física, hasta el grado del asesinato (Monroy, 2012).

La terapia familiar se puede concebir como un enfoque de tratamiento de los problemas humanos por medio de la reunión de los miembros de la familia, para ayudarlos a elaborar los conflictos en su origen.

Pero es también un enfoque tendiente a comprender la conducta humana como fundamentalmente conformada por su contexto social. La terapia realizada con este marco apunta a cambiar la organización de la familia, sobre la base de que cuando se transforma la organización familiar la vida de cada miembro también se ve consecuentemente modificada (Minuchin, 1998).

La Terapia familiar estudia al individuo dentro de su contexto social e intenta modificar la organización familiar que los consultantes nombran como conflictiva para beneficiar a sus miembros. Si pensáramos en lo que menciona Minuchin (1998) en su libro Familias y Terapia Familiar: “ la teoría de la terapia de familias se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales” la importancia dentro de esta investigación de incluir la organización familiar se vuelve evidente ya que buscamos explicar cómo el tema de la homosexualidad impacta de diferente manera a los miembros del colectivo familiar y en particular a la madre.

No hay personas homosexuales aisladas, hay familias con miembros homosexuales y varios estudios indican que existe una diferencia entre cómo se vive la homosexualidad de un hijo o de una hija: es diferente para el papá que para la mamá. Para que un miembro de la familia pueda nombrar y asumir su homosexualidad es necesario revisar cómo ha funcionado su organización familiar ya que ésta puede dar la pauta para que la persona maneje la información de una u otra manera.

En el caso de las familias heterosexuales, los terapeutas familiares han sistematizado el ciclo vital de su desarrollo y hay mucha literatura que sistematiza las diferentes etapas por las que pasa una pareja de hombre y mujer. El comienzo de una pareja que convive implica enfrentar cierto número de tareas, como acomodarse al “modo” del otro, llegando a acuerdos dentro de la relación. Estas normas de intercambio o convenios entre la pareja van a regular muchas situaciones en el futuro de esa nueva familia.

Minchin (1998) ha escrito que para que la pareja pueda llegar a estos acuerdos es necesario que cada miembro de la pareja haya podido separarse emocionalmente de su respectiva familia de origen, así como de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y amigos, desde la diferenciación y madurez. También el trabajo y otras actividades deben de estructurarse de nuevo cuando la persona vive en pareja en vez de solo o con sus padres.

Para las familias con miembros homosexuales estos ciclos no están todavía estudiados en tanto que, en una dimensión y muchos de sus procesos (la diferenciación frente a las familias de origen por ejemplo) se parecen a las familias con miembros heterosexuales; pero en otra, tienen particularidades que otras familias no tienen. Por ejemplo, hay un periodo en que uno de ellos asume y verbaliza su diferencia en orientación sexual y esto genera un cisma en toda la familia que conlleva también ciclos y procesos. Luego, cuando se ha unido en pareja hay todo un trabajo de elaboración de la homofobia de parte de la familia extensa que permite o dificulta la integración del nuevo miembro en la familia. Si la nueva pareja decide tener hijos los procesos de reproducción (que generalmente es asistida) marcan una diferencia importante con respecto al ciclo vital de la familia tradicional que no pasa por este proceso, a menos que enfrente problemas de infertilidad.

La familia es un grupo social que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia (Minuchin, 1998). En general, las familias son organismos que tienen una tendencia conservadora en lucha contra una tendencia al cambio sin embargo en algunos casos y momentos de su ciclo vital, esta tendencia se rigidiza y genera resistencia a la transformación.

Sin embargo, las familias también son organismos que evolucionan a través de las diferentes etapas del desarrollo, estas etapas tienen diferentes exigencias de las cuales cada miembro del sistema se tendrá que acomodar respecto de las tareas del desarrollo; una de las finalidades de la terapia familiar es ayudarlos a transitar en los diferentes

cambios, incluidos las transformaciones de la familia cuando los hijos tienen sexualidad activa y pareja homosexual.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno es interno, la protección psico-social de sus miembros; el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión a esa cultura. La familia inculca a sus miembros un sentimiento de identidad y así mismo un sentido de pertenencia a ésta y a otros grupos sociales (Minuchin, 1998). Es por eso que cuando uno de sus miembros trasgrede pautas culturales, o normas sociales/sexuales, en la familia se produce una crisis, un reacomodo de las creencias, de los sistemas de valores y muchas veces acuden por ayuda con un terapeuta. Cuando éste tiene formación en diversidad sexual, puede acompañar a la familia a crecer aceptando y respetando las diferencias de cada miembro (Angulo, 2014).

“La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan al sistema” (Minuchin, 1998).

Para los terapeutas es importante entender los ciclos de vida de las familias: tanto de las heterosexuales como de las que se han conformado con miembros que se posicionan por fuera de la norma; las que tienen miembros homosexuales y las que no los tienen, con el fin de poder acompañar procesos terapéuticos que potencien la salud del colectivo familiar y de cada uno de sus miembros.

2.2 Organización familiar en subsistemas

Dentro de la Terapia Familiar Koestler definió la palabra holón, del griego *holos* (todo) y el sufijo *on* (como en protón o neurón), que evoca una parte. Este término es útil en la terapia familiar porque el holón es siempre la unidad de intervención. Cada holón (el individuo, la familia nuclear, la familia extensa o comunidad) es un todo y una parte al mismo tiempo (Minuchin, Fishman, 1984).

Estos holones interactúan entre si y así es como surgen parte de los problemas y tareas de las familias. Dentro del holón de la familia existen tres unidades significativas además del individuo: los subsistemas conyugal, parental y el de los hermanos.

Holón individual:

Este incluye el concepto del sí mismo en su entorno, así como las características personales del individuo y sus relaciones.

Subsistema conyugal:

El comienzo de una familia se inaugura en el momento en que dos seres adultos se unen para formarla sin embargo, para que la vida en común sea posible, estos dos deben ajustarse y negociar valores y expectativas, explícitos e inconscientes con el fin de formar un sistema nuevo, un “nosotros” que va mas allá del “tu y yo”.

Una de las tareas básicas que enfrenta este subsistema es la fijación de límites -tanto hacia el exterior como hacia el interior- que los protejan y permitan obtener satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que se interpongan los parientes políticos, los hijos u otras personas relacionadas con el sistema. La cautela con las que estén trazadas estas fronteras, es uno de los aspectos mas importantes para la estructuración familiar.

El subsistema de los cónyuges es entonces un poderoso contexto para la confirmación y la descalificación (Minuchin, 1998).

Este subsistema es vital para el crecimiento de los hijos ya que establece un modelo de relaciones íntimas; el niño a través de la relación de pareja de sus padres contempla y aprende una manera de expresar afecto, de acercarse a otra persona, de enfrentar conflictos, de dialogar con sus pares. Lo que observe será parte de sus valores y de sus perspectivas.

Subsistema parental

Minuchin (1998) describe el subsistema parental como la unidad de la familia sobre la que recae la responsabilidad en la guía y alimentación de los niños, así como la crianza de los hijos y las funciones de socialización.

Dentro de este subsistema el niño experimenta y aprende del estilo de afrontar y resolver conflictos y negociar en su familia. Cada familia se rige además por un sistema de creencias que se considera fundamental para entender las reacciones y valores que se priorizan ante ciertos eventos y fenómenos que suceden en su interior. Una de las creencias más importantes en la vida de las familias tiene que ver con cómo reaccionan ante la diferenciación, la diferencia y en el caso que nos ocupa en este escrito, la disidencia sexual.

“La cultura donde estamos insertos, el contexto sociopolítico, la clase social en donde nos ubicamos, nuestro género, familia y religión construyen sistemas de creencias que forjan visiones del mundo y de nosotros mismos, intervienen en la forma en la que interpretamos el mundo y las relaciones. Con ello no sólo aprendemos a vivir en sociedad, a interpretar el mundo, sino que también todo esto influye en nosotros emocional, cognitiva y moralmente y así forja actitudes y valores con los cuales establecemos relaciones con los demás.” (Fortes, 2009).

Estudios de algunos autores (Riensfeld, 2012) han demostrado cómo el sistema de creencias de una familia o una sociedad condiciona la salud de sus miembros en distintos niveles. Las familias muy conservadoras que no toleran la diferencia hacen más difícil la diferenciación (Bowen, 1991) de sus miembros y, el holón parental cuando es rígido respecto a sus valores religiosos o creencias, dificultan con cierta frecuencia la autonomía e independencia de los hijos e hijas, sobre todo si éstos enfrentan dilemas como el que se investiga en este trabajo; de diferencia en relación a la norma sexual.

2.3 La culpa como proceso individual y sistémico en las familias con miembros homosexuales

Un apartado especial merece el tema del concepto de “culpa” en este trabajo en tanto que es parte fundamental de la pregunta de investigación e hipótesis. La literatura sobre el tema ha confirmado que la vivencia de los padres de una persona homosexual es frecuentemente de culpa, de fracaso, de que algo han “hecho mal” en la educación de sus hijos (Riesenfeld, 2012; Castañeda, 1999).

El sentimiento de culpabilidad fue encontrado en un principio por los teóricos psicodinámicos en la neurosis obsesiva, en forma de ideas intrusivas contra las que el individuo luchaba, porque le parecían reprochables. La teoría psicoanalítica menciona que los sentimientos de culpa representan “una angustia tópicamente definida”, es decir, la angustia del yo frente al superyó que suele ser el representante de las exigencias de la cultura (Fenichel, 2009).

Por otra parte, Laplanche y Pontalis refieren la culpa como “un término empleado en psicoanálisis que puede designar un estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto siente como auto reprochable y en el que la razón invocada puede ser más o menos adecuada”. En tanto el super yo es el representante de la cultura -y lo socialmente aceptable- en la vida psíquica, actúa haciendo sentir “culpable” a todo aquél que sea, o se sienta, responsable de algo que transgrede las normas culturales. Los padres frecuentemente sienten que, por algo que han hecho o dejado de hacer, sus hijos no

responden a lo que socialmente se considera sano, normal, adecuado o correcto en la sexualidad.

Esta afección se caracteriza principalmente por auto acusaciones, autodesprecio y tendencia al auto castigo. Freud muestra que existe aquí una verdadera escisión del yo entre acusador (super yo) y acusado (yo), escisión que es el resultado de una relación intersubjetiva que ha sido interiorizada. “Los auto reproches son reproches contra un objeto de amor que se invierten hacia el propio yo” (Laplanche y Pontalis, 1996). En gran medida se puede entender como deseos inconscientes básicamente agresivos que son ignorados por el propio sujeto y vueltos contra sí mismos transformados en ideas de auto reproche y castigo.

En relación a la culpa que sienten los padres/madres de hijos homosexuales es común en una cultura donde socialmente se promueve la responsabilidad de los padres por todo lo que les pasa a sus hijos(as) y en cambio se promueve mucho menos el respeto a la diferencia e individualidad de los hijos, lo que hace que los padres a menudo se sientan defraudados y desilusionados por lo que eligen sus hijos y al mismo tiempo culpables de no haber “transmitido correctamente los valores que ellos consideran prioritarios”. Esto no sólo sucede con hijos(as) homosexuales; sucede con todos aquéllos que no siguen la tradición familiar en algún sentido: no se casan con el tipo de persona que les gustaría a los padres/madres, no estudian la carrera que ellos hubieran deseado/proyectado para ellos, no tienen el trabajo que les agradaría, no viven en donde quisieran, etcétera.

Y sin embargo, aún cuando este duelo de los padres/madres frente a sus hijos se da en muchas situaciones, la sociedad instruye un poco más a lidiar con ellas que con la orientación sexual de los hijos(as) (Riesenfeld, 2000). La homofobia estructural bajo la cual se educa todavía induce a creer la premisa de que si una persona deviene homosexual se debe a una “falla” en su educación o una “fijación” en su desarrollo infantil. Ergo los padres/madres deben tener “la culpa”.

Para el niño, el amor identificatorio a la figura del padre respalda la separación de la madre, es un consuelo y a la vez confirma el logro de la masculinidad. El padre no sólo es un rival o un sancionador sino que en el amor (homoerótico) a él también se condensa un amor con y por el mundo externo (del cual en nuestras culturas el padre es símbolo y representante) (Troya, 2009).

Es por eso que cuando el hijo se auto define homosexual el padre puede sentir que falló en su función de transmitirle la “masculinidad”. Lo mismo entre las madres y las hijas lesbianas con la “feminidad” por lo que se genera entre ellas y ellos un sentimiento conflictivo en donde las figuras parentales sienten “culpa” por haber fallado en la transmisión del rol, y los hijos e hijas homosexuales sienten también que han fracasado en relación a las expectativas que sus padres/madres tenían sobre ellos.

Estudiar la relación entre los sentimientos de culpabilidad de las figuras parentales respecto a los hijos o hijas homosexuales en las familias dará la posibilidad de establecer vínculos que permitan explicar si el sentimiento de “culpa” de los padres o madres dificulta y en qué medida los procesos de aceptación de los miembros homosexuales en sus familias de origen. Este es uno de los objetivos de este estudio.

CAPITULO 3

Presentación del caso clínico

3.1 Descripción del caso

En este texto presentaré el caso de Sonia, la consultante que me invitó a preguntarme a profundidad sobre el tema de la asunción de la identidad homosexual de los hijos, en las familias judías en México; y con quien trabajé más de un año en un proceso terapéutico sistémico. A partir de éste he podido hacerme nuevas preguntas en torno a ¿cómo viven las madres el proceso cuando un hijo/a se declara homosexual? en un contexto cultural/social/religioso donde la homosexualidad sigue siendo connotada negativamente y responder a ellas a partir de este trabajo. En este apartado explico primero descriptivamente el caso y grafico a partir del genograma el mapa familiar, tanto a nivel de integrantes como del tipo de vínculos construidos entre ellos. Posteriormente lo analizo a partir de la teoría del diplomado de individual sistémico: trabajo sobre diferentes hipótesis, pero también sobre los diferentes niveles de comprensión de lo individual a lo sistémico: lo estructural, el de configuración de la personalidad, mecanismos de defensa y autoestima.

Para finalizar, explico las intervenciones que a mi juicio fueron fundamentales para explicar tanto el proceso, como los logros terapéuticos y reflexiono desde la cibernética de segundo orden, mi lugar como terapeuta.

3.2 Motivo de consulta

Sonia fue referida a terapia individual a través de la línea de atención telefónica de la Comunidad Judía⁹ en febrero del 2013. Habló por teléfono porque en ese momento tenía sensaciones de angustia y ansiedad. Desde el inicio se caracterizó por ser una consultante muy constante, puntual y responsable. Al mismo tiempo que comenzó el proceso terapéutico conmigo, fue referida –por los responsables de la atención en la línea telefónica- con el psiquiatra y le medicaron un antidepresivo y un ansiolítico (altruline y rivotril) en tanto que tenía claros síntomas de lo que correspondía a un cuadro depresivo con ansiedad.

Comenzamos con sesiones una vez por semana durante siete meses y posteriormente decidimos que cada quince días sería suficiente. Posteriormente la vi una vez al mes y actualmente no la veo más.

Sonia consultó porque estaba pasando por una depresión con momentos de manía que se manifestaba en una sensación de estar viviendo en una montaña rusa: *“en ocasiones me siento muy arriba y en otros momentos muy abajo”*. Describía sobre todo muchos de los síntomas propios de momentos depresivos: tristeza, inestabilidad emocional, dificultad de levantarse de la cama, poca energía para seguir trabajando, sensación de poca valía (autoestima), la percepción de no poder realizar las mismas cosas que hacía antes por falta de vitalidad y miedo a la muerte de ella o de su pareja.

Sonia tenía 54 años cuando llegó a terapia y su proceso ha durado un año y tres meses. Estudió en la Universidad Hebrea la formación en docente para la materia de “hebreo” y llevaba muchos años trabajando en Colegios judíos como profesora. Actualmente trabaja en el Colegio Monte Sinaí en el área de Preparatoria.

⁹ La atención telefónica de la comunidad judía es un servicio gratuito que se ofrece a toda la comunidad judía mexicana en momentos de crisis. Es una Institución con seis años de experiencia que cuenta con otros servicios como: acompañamiento terapéutico, diplomados, cursos o clases, etc. Su nombre: Maayan Hajaim.

Me parece pertinente comenzar por explicar los vínculos primarios de Sonia ya que son antecedente de fundamental importancia para comprender su particular configuración de personalidad. Desde esta perspectiva sistémica, se entiende al individuo desde sus patrones relacionales (Bowlby, 1969) pues es a través de la relación de pareja de los padres al interior de la familia que los niños contemplan y aprenden maneras de expresar afecto, de acercarse a otra persona, de enfrentar conflictos, de dialogar con sus compañeros etc. Dentro de este subsistema los nuevos miembros de la familia experimentan y aprenden cómo afrontar problemas, así como ir construyendo negociaciones. Una de las creencias más importantes en la vida de las familias tiene que ver con cómo reaccionan ante la disidencia, en este caso, la diferencia de alguno de sus miembros respecto a los demás. Entender la historia de vida de Sonia nos permitirá comprender mejor su reacción frente a su hijo.

Ella viene de una familia conformada por sus padres y dos hermanos que fueron humildes. Su mamá se dedicó al hogar, y según la descripción de la consultante era una mujer muy enfermiza que casi no hablaba, sometida y sufrida que dependió económicamente del padre. En ese contexto eso era lo esperado; el rol del padre era trabajar y mantener a la familia y el rol de la madre, dedicarse al hogar y cuidar a los hijos.

Por otro lado su papá era comerciante y según su narración, los hijos casi no lo veían, no pasaba tiempo con ellos ni se involucraba en las diferentes actividades o tareas. Ella lo describió como “gruñón”, “enojón” y “gritón” y recuerda que la educación la recibió de su madre. Cuando Sonia comenzó a estudiar, todos los comentarios por parte de su padre acerca del estudio fueron devaluatorios.

Esto se vincula directamente con el sistema de creencias de las familias tradicionales que buscan conservar los modelos de género hegemónico según los cuales no es importante para las mujeres estudiar sino formar una pareja estable donde puedan criar a sus hijos y hacerse cargo del trabajo doméstico.

Igualmente nos permite entender cuál era la reacción de su familia de origen frente a la diferencia: una hija que, en vez de querer solo casarse, quería estudiar y tener un desarrollo profesional, fue frecuentemente presionada para no rebelarse o diferenciarse.

Según sus recuerdos, sus padres nunca se llevaron bien y sus conflictos culminaron en el divorcio. A partir de su separación, Sonia recordaba que su mamá vivió muy sola y se enfermaba constantemente. No fue hasta mucho tiempo después que Sonia entendió la raíz de los conflictos cuando le confesaron que su padre tenía otra familia, ella entendió entonces el motivo por el cual su padre no estaba presente en casa y su presencia estaba asociada a tensiones y pleitos. Sonia en ocasiones frecuenta a su media hermana y conversan sobre varios temas y en parte, hablan de su padre.

Los padres de Sonia murieron de cáncer, su padre a los 63 años y su madre a los 72. En algunas sesiones habló de su miedo a morir a la edad de sus padres o a enfermarse como ellos. Otras veces habló de su miedo, de que su esposo falleciera y ella se queda sola, como su madre. Sonia podía reconocer, por un lado, sus similitudes respecto a su madre pero también las diferencias entre cómo afrontaba la vida; cosa que la había permitido tener una historia distinta a la de ellos. Aún así, reconocía su enorme angustia ante la idea de “terminar” como su madre, primero, dependiente de su pareja y después, sola.

Dentro de las primeras sesiones, Sonia reflexionó sobre todo sobre su familia nuclear conformada por su esposo y sus tres hijos, su segunda hija ya se había casado y la primera estaba comprometida para contraer matrimonio, las dos estudiaron una licenciatura y trabajaban.

Fue alrededor de la cuarta o quinta sesión que Sonia comentó que su hijo era gay: se había enterado hacía nueve meses, cuando él les dio la noticia. Dijo que en ese momento se quedó asombrada y no lo podía creer, ella pensaba que era imposible que dentro de su familia esto sucediera y su primera reacción fue decirle a su hijo que por favor fuera mejor “bisexual” para que no se cerrara las puertas a la posibilidad de casarse con una mujer y tener una familia.

Mencionaba que se le venían pensamientos a su cabeza como: “¿cómo puede decir que es gay, si tuvo novias?”. Relataba que su hijo ya estaba bastante informado sobre el tema porque ya pertenecía al grupo GUIMEL de la Comunidad Judía: tenía su terapia individual y había trabajado mucho su proceso de asunción de su orientación sexual. Es por todo este camino recorrido que su hijo le pudo hablar de la homosexualidad y le acompañó para que ella también tuviera más herramientas de elaboración con el libro: “papá, mamá, soy gay¹⁰”.

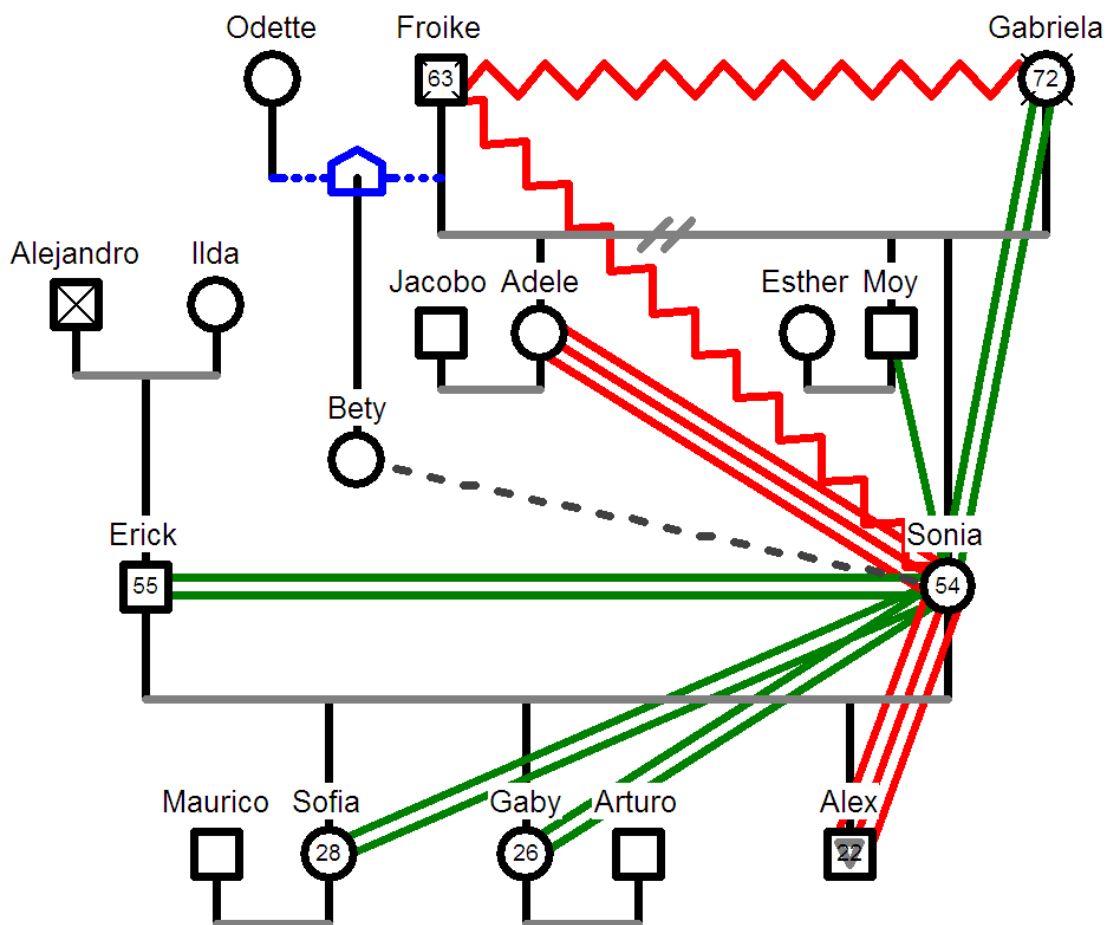
Como el mismo libro apunta muy frecuentemente la persona gay antes de hablar, ha contemplado varios aspectos a fin de protegerse. “Una persona homosexual arriesga mucho cuando se asume como tal ante otra, pues vivimos en una sociedad que aún no aprende a lidiar con la diferencia y a veces decirlo significa la posibilidad de perder un trabajo, una familia, una comunidad o un amigo” (Riesenfeld, 2012:30).

En un principio la noticia para Sonia fue muy desequilibrante, tanto, que tomó el consejo de su hijo y se acercó al grupo Guimel antes de la terapia personal, fue a entrevistas y acudió a conferencias. En este grupo se reunían los padres y madres y podían conversar sobre sus miedos, dudas, culpas y hostilidades. Aún con el grupo la relación de Sonia con su hijo fue motivo de consulta individual, de manera que el grupo junto con el proceso terapéutico le permitió a Sonia elaborar mejor su duelo y aceptación.

Cuando su hijo, que estudiaba medicina, organizó su viaje de servicio social a Israel, Sonia se sintió aliviada por no tener que lidiar con la homosexualidad de su hijo en México y tener que enfrentarse a la sociedad judeo mexicana, por un tiempo.

¹⁰ El libro está dirigido a quien tiene un ser amado homosexual y desea mejorar su relación con él o ella a través de la aceptación, la comprensión, la cercanía emocional y el diálogo.

3.3 Genograma



3.4 Explicación de los vínculos

En este apartado profundizo en la presentación de lo que ha sido graficado arriba. La fotografía del genograma representa cómo estaban las relaciones familiares cuando Sonia llegó por primera vez a consulta, quejándose de un malestar asociado a la tristeza y a la falta de energía desde hacía seis meses; dificultad para poder realizar sus actividades cotidianas, aunado a una sensación de poca valía, “un vacío en el estómago” que canalizaba en una preocupación exagerada por realizar a la perfección su trabajo. Sus relaciones familiares en ese entonces eran como se graficó más arriba, buenas relaciones con sus hijas y su esposo y sobre involucrada con su hijo, muy cercana con su hermana y conflictiva con su padre.

Los padres de Sonia se divorciaron cuando ella tenía 44 años, comentaba que tenían una relación muy distante y con muchos conflictos, ella no veía frecuentemente a su papá porque no pasaba tiempo en casa y su relación con él era difícil desde que se enteró que tenía una relación extra matrimonial, razón por la cual, no estaba presente en la vida de sus hijos.

Para Sonia su hermana Adele ha sido muy importante porque representó para ella un ejemplo a seguir y por lo tanto las une un lazo de admiración y respeto que les permite llevar una relación muy estrecha. A diferencia de su hermana, con su hermano Moy lleva una relación “buena” pero que no frecuenta mucho ya que él vive en un núcleo religiosamente más ortodoxo. En algunas de las sesiones Sonia narró que “Bety” –la hija de su padre en la otra familia- la buscó a ella y sus hermanos para presentarse y hablar sobre su padre. Tanto Sonia como su hermana Adele aceptaron tener una relación con ella, en cambio, su hermano Moy prefiere no pensar que su padre haya tenido otra familia.

La relación de Sonia con Erick es “unida”: llevan muchos años casados y se han podido complementar bien, ella trabaja y la entrada económica de Sonia es importante para la economía familiar.

Sonia ha valorado que han podido llegar a buenos acuerdos de pareja para seguir en la relación, aunque en algunas ocasiones solía quejarse de que con Erick no se podía “desahogar” debido a que no sabía escucharla. La homosexualidad de Alex los alejó en ese sentido ya que Erick no estaba preparado para hablar con su esposa sobre sus sentimientos frente a su hijo; sus propios miedos y ambivalencias. Eso la hizo sentir a ella sola y con la frustración de no poder elaborar el duelo, por el hijo que pensaban tener, en equipo.

Ella asumía que con todos sus hijos llevaba una relación muy cercana; de ahí el desconcierto de no haberse imaginado siquiera la orientación sexual de su hijo Alex con el que ella sentía un vínculo muy próximo, de confidencialidad, que había permitido que pudieran conversar de muchos temas y preocupaciones. Cuando Alex “salió del clóset” a Sonia se le desacomodaron todas sus creencias: de su percepción en relación con él y de sí misma. Importante decir que Sonia, a pesar de que ha hecho movimientos para elaborar la homosexualidad de su hijo, no ha podido compartir esto con ninguna persona de la familia extensa. Aún con la cercanía de relación que tiene con su hermana mayor, la homosexualidad de Alex sigue siendo un secreto en la familia extendida. La actitud de Alex frente al secreto ha sido respetar el “timing” de su mamá y su necesidad de mantener esta información al interior de la familia nuclear.

3.5 Inicio del proceso terapéutico

Sonia se comprometió con facilidad y pronto se abrió para contar detalles sobre su vida y su momento presente, su malestar y problemática. Me relató que trabajaba de maestra de hebreo en una escuela judía y que a menudo se sentía abrumada por su empleo pues, a pesar de que se sentía muy afortunada por tener familia y al mismo tiempo haber podido estudiar, estaba pasando por una etapa difícil que la tenía con mucha incomodidad.

En la primera sesión Sonia identificó como su principal problema la tristeza y la falta de energía para poder realizar actividades cotidianas que solían ser fáciles y brindarle placer, lo asociaba a una sensación de poca valía y de miedo por la hipotética muerte de su pareja.

Ese fue el motivo de consulta. Uno de los síntomas del cuadro depresivo son los pensamientos frecuentes sobre la muerte de uno mismo y de los seres queridos, así como el miedo ante algo poco definido. Las sesiones tuvieron el objetivo de desentrañar juntas de qué estaba hecha su depresión.

En las conversaciones siguientes exploramos más sobre su familia de origen: Sonia creció en México D.F. en el seno de una familia judía tradicional, de clase media baja. Su papá era un hombre proveedor y como en las familias con roles clásicos, tenía una gran dificultad para expresar sus afectos.

El malestar que Sonia expresaba como queja en la consulta eran sus “pensamientos obsesivos” en relación a su necesidad de actuar y hacer las cosas de manera “perfecta” en su trabajo, como maestra en la escuela, así como en su rol de madre, complaciendo a sus hijos y en su tarea de esposa. Esto lo asociaba con su necesidad, desde chica, de darle gusto a su padre.

Los padres y quienes cuidan de las personas que se desarrollan en direcciones de personalidad obsesiva, se distinguen por imponer altos estándares de comportamiento en sus hijas/os y esperar pronta conformidad de ellos. Tienden a ser estrictos y consistentes en recompensar los buenos comportamientos y castigar lo mal hecho. El estilo tradicional de crianza de las y los niños, sobre la motivación del logro, muestra la tendencia a producir gente obsesiva que espera mucho de sí misma y tiene buen registro del recorrido de sus logros obtenidos. Cuando los padres son irrazonablemente exigentes o prematuramente demandantes, y/o condenan no sólo aquellos comportamientos inaceptables, sino también los sentimientos, pensamientos y fantasías que les acompañan, la adaptación obsesiva y compulsiva de sus niñas/os puede tomar una forma

problemática (Mc Williams, 2011). En este sentido, Sonia sentía haberle “fallado” a sus propios padres teniendo un hijo que no se adaptaba a las expectativas normativas de la sociedad judía mexicana.

Este era el caso de Sonia cuando convertía su obsesión por el trabajo perfecto en angustiada manera de habitar el mundo y posteriormente dolores y síntomas corporales. Conforme fueron transcurriendo las sesiones, Sonia identificaba y se quejaba con frecuencia de un indefinido dolor en el estómago, al mismo tiempo que se sentía insuficiente y con muy poca energía para realizar cualquier actividad.

Para Mc Williams (2011), estas quejas de dolores vagos que no responden al tratamiento pueden ser entendidos como síntomas producto del uso de defensas regresivas.

Las conductas de hipocondría, explica la autora, están relacionadas con la posibilidad de posicionarse en el rol de enfermo como una manera de enfrentar las situaciones adversas de la vida o de obtener el cuidado necesario y cariño, consideración que de otra manera no se obtienen. Estos malestares físicos pueden ser también resultado de la internalización de un objeto perdido que se vuelve un invasor al interior del cuerpo que genera síntomas. Siendo que los dolores coincidieron con el tiempo en que Sonia “perdió” simbólicamente a sus tres hijos esto puede explicar, al menos en parte, este duelo difícil no verbalizado y desplazado al cuerpo.

Sonia se encontraba en la etapa del ciclo vital que corresponde al nido vacío: se casaron sus dos hijas y su hijo se fue a estudiar a Israel de intercambio, se estaba re-encontrando con su marido en esta nueva etapa al mismo tiempo que estaba enfrentando sensaciones como de sentirse menos útil y menos productiva, con temor a necesitar de sus hijas, como su madre necesitó de ella en su vejez. Con miedo a quedarse sola cuando se muriera su esposo. En el caso de Sonia había dos duelos por elaborar con respecto a su hijo: no solo se había ido geográficamente lejos, también le había confesado que no era el hijo que ella había proyectado en su vida familiar.

La hipótesis de trabajo durante este tiempo fue que la depresión de Sonia estaba directamente vinculada con éste periodo de su ciclo vital combinado con la salida del clóset de su hijo varón; se presentó lo que los autores han explicado en el sentido de que “cuando los hijos salen del clóset, los padres entran”. Cuando su hijo asumió su identidad homosexual frente a su madre, a ella se le dificultó enormemente elaborarlo sola y le fue imposible el proceso de abrir la noticia a la familia extensa, así como enfrentarse al contexto sociocultural judeomexicano que, a pesar de que está trabajando el tema, sigue teniendo grandes complicaciones ideológicas con la homosexualidad.

En ese momento yo pensaba que tenía mucho por investigar sobre la homosexualidad, me encontraba como terapeuta en la posición del “no saber” así que partiendo de ese lugar de curiosidad, Sonia y yo fuimos investigando y aprendiendo juntas.

Sonia lidió con estas dificultades buscando ayuda inmediatamente con el grupo GUIMEL, (grupo para homosexuales y lesbianas judíos en México) y comenzó a asistir a las juntas con compromiso y regularidad.

Su pareja reaccionó con más dificultad para hablarlo y buscar ayuda. Esto es frecuente en las parejas con un hijo gay en tanto que es “normal” que cada uno tenga diferentes “timings” en su proceso de “duelo” y posterior aceptación (Riesenfeld, 2012). También es recurrente que en las diadas parentales, ante la homosexualidad de un hijo, uno de ellos asuma el lugar de la aceptación y otro el lugar del no-cambio; entre más aceptación hay de un lado más rechazo se asume en el otro¹¹ (Perez, 2016).

En sesiones pudimos entender que el proceso con su hijo destapó en ella y en la familia una crisis más amplia conectada con el ciclo vital y la diferencia entre lo que tenía como expectativas adjudicadas a su hijo y las elecciones de Alex como adulto diferenciado. Más adelante profundizaremos sobre este punto.

¹¹ Jorge Pérez Alarcón. En conversación como lector- sinodal de este trabajo recepcional.

_CAPITULO 4

Análisis de caso

4.1 Consideraciones en torno al apego

“La naturaleza del vínculo del niño con su madre, al que tradicionalmente nos referimos como dependencia, se ha descubierto que resulta útil considerarlo como el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte pre programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna” (Bowlby, 1969; 15).

Sabemos que la conducta de apego tiene una enorme importancia clínica para entender cómo la persona afronta la distancia y la separación frente a sus cuidadores primarios: si la relación de apego primaria fue segura, cálida o cercana, produce una enorme sensación de seguridad que se reproduce con los demás vínculos en el futuro. La conducta de apego se define como: “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 1969:68).

El vínculo de apego puede inferirse por cómo los consultantes reaccionan ante las separaciones o las distancias físicas y emocionales. Sonia tenía reacciones ambivalentes frente a esto en tanto que los casamientos de sus hijas pudo enfrentarlos con enterza y aparente felicidad, así como el viaje de su hijo al extranjero que, comparado con otras madres dentro de la misma comunidad, parecía no amenazar su centro. No así, sin embargo, la relación de pareja donde condensaba toda su carga de dependencia al tener pesamientos intrusivos sobre su posible muerte o enfermedad.

Por otra parte y, aunque no lo verbalizaba, pudimos conversar sobre un posible desplazamiento de la angustia que se manifestaba en somatizaciones en el cuerpo que coincidieron en el tiempo con la toma de distancia de su hijo y la independización de sus hijas. Se presentaba en forma de síntomas corporales como gastritis y dolores en el estómago que, aunque ella no asociaba con la autonomía de sus hijos, si lo sufría como resultado de “sentirse sola”.

4.2 Reflexiones en torno a la psicodinámica

Sonia estaba perfectamente conectada con la realidad, con una capacidad yoica fuerte y un yo- observador que le permitía reflexionar sobre sí misma, tener *insights* con auto crítica; y percibir sus síntomas como malestares erradicables (distónicos). Por ejemplo consideraba que no era “normal” no poder disfrutar de la vida por estar distraída queriendo controlar “todo” en la casa. Alcanzaba a mirarse así misma y reflexionar sobre su persona, se consideraba “piki” y entendía que esa característica disminuía su calidad de vida.

Percibía el síntoma de no tener motivación y no poder levantar de la cama como algo que había que trabajarse para mejorar. Lidiaba con inteligencia la frustración entre lo que le gustaría que pasara y lo que era su realidad, añoraba tener la energía para poder hacer las actividades que hacía cuando sus hijos eran más pequeños y sufría con un *super yo* muy exigente que la obligaba a hacer las cosas perfectas y le dificultaba la vida los domingos cuando no le permitía relajarse y disfrutar el fin de semana a menos de que hubiera cubierto con todos los *rituales* que se había auto impuesto en términos de obligaciones para con su familia extensa.

Los mecanismos de defensa de Sonia estaban vinculados a esta tendencia obsesiva de control: intelectualización y racionalización. Laplanche y Pontalis definen la intelectualización como un “proceso en virtud del cual el sujeto intenta dar una formulación discursiva a sus conflictos y a sus emociones, con el fin de controlarlos”. (Laplanche, 1996; 198). Anna Freud lo consideraba “la exacerbación de un proceso normal mediante el cual el (yo) intenta controlar las pulsiones asociándolos a ideas que puede manejar conscientemente”. (Laplanche, 1996; 199). Sonia hacía uso de este mecanismo cuando daba por sentado que ella había “logrado la aceptación de su hijo gay” citando la teoría que había aprendido en el grupo de padres y sin embargo, no podía explicar cómo “habiéndolo aceptado del todo” tenía esa enorme necesidad de mantenerlo en secreto.

La estructura de carácter obsesiva ha sido reconocida por mucho tiempo y está ampliamente considerada en un común y “clásico” nivel neurótico de organización. Mc Williams (2011) resume, en sus observaciones tempranas lo siguiente:

Las estructuras de carácter obsesivo fueron descritas por Freud como disciplinadas; otros los han descrito como seres obstinados, ordenados, perfeccionistas, puntuales, meticulosos, tranquilos e inclinados al intelectualismo y a discutir sobre sutilezas. Pierre Janet describió a tales personas como quien es rígido, inflexible, falto de adaptabilidad, demasiado concienzudo, amante del orden y la disciplina, y persistente, aunque encare obstáculos. Son generalmente dignos de confiar y responsables, y tienen estándares altos y valores éticos. Son prácticos, precisos y escrupulosos en sus requerimientos morales. Bajo condiciones de estrés o de demandas extremas, aquellas características de personalidad pueden solidificarse en comportamientos sintomáticos que serán entonces ritualizados (2011).

Sonia había llegado al extremo de tener rituales, sobre todo los domingos, para tener la comida y cena lista para el lunes que solían ir sus hijos y familias a comer. Su dinámica era tan rígida que no hacía ningún plan de fin de semana con tal de no cambiar la secuencia de sus actividades. Esta dinámica le obstaculizaba tener más espacios de placer y disfrute tanto con su familia como con ella misma.

4.3 Estructura de la personalidad y mecanismos de defensa

Como apunta Mc Williams (2011) ningún sujeto tiene una estructura pura de la personalidad sino rasgos y tendencias de diferentes configuraciones. En el caso de Sonia existen rasgos obsesivos al mismo tiempo que características de la estructura depresiva. Se pueden observar mecanismos de defensa propios de la organización obsesiva como la necesidad de controlar la angustia a partir de pensamientos recurrentes de control que le obstaculizaban las actividades placenteras y lúdicas priorizando el **deber ser**. Cuando aún así le trascendía la ansiedad, Sonia presentaba síntomas somáticos como el dolor en la boca del estómago que se ha entendido como una expresión clásica de ansiedad desbordada (Freud, 2012).

Además de lo obsesivo, explicado más arriba, Sonia también utilizaba mecanismos de defensa más depresivos como “la agresión sobre sí misma” es decir, solía redirigir los afectos negativos sentidos frente a los objetos externos, sobre sí misma y tener pensamientos de insatisfacción y devaluación de su yo (Mc Williams, 2011: 129). Ejemplos de cómo esto se concretaba en sesión lo explicaremos más adelante.

Sonia tenía muy bien compartimentalizado lo intelectual de lo emocional: costaba trabajo que pudiera conectar con núcleos emocionales, más allá de lo somático. Esto es coherente con que frente a la aceptación/rechazo de la homosexualidad de su hijo, ella demostraba una aceptación intelectual que se manifestaba en su participación en las juntas de padres de Guimel y, por otro lado, una no aceptación a nivel emocional que se manifestaba en su imposibilidad de hablarlo con su hermana por ejemplo, o con otras personas significativas para su familia y comunidad.

Estos procesos de defensa contra la angustia corresponden con particular claridad a la intelectualización y la racionalización a partir de los cuales se aísla el contenido emocional de la idea intelectual o racional con la finalidad de no sentir lo que aparece como displacentero.

Paralelamente Sonia tendía a sentirse insatisfecha consigo misma y con lo que hacía de manera constante -tanto en el espacio terapéutico como en su vida cotidiana-. Hablaba de “no poder” sentirse mejor, de no soportar el trabajo con el grupo de estudiantes, de no estar “suficientemente capacitada o actualizada en su campo” de “no sentirse capaz de transmitir la importancia de su saber”. Además de “gorda”, “pasada de peso” o “fea”. Eso se relaciona con otros pensamientos devaluatorios frente a su hijo gay que la hacían decir que “algo había hecho mal como madre como para que su hijo haya “elegido” ese camino”.

La mayoría de las personas con alguna característica depresiva dirigen el odio y la crítica hacia sí mismos en lugar de hacia afuera, normalmente son personas generosas, sensibles y compasivas hacia las fallas de los demás, y no hacia si mismas. Debido a que les dan a los demás el beneficio de la duda y tratan de preservar las relaciones a cualquier precio.

Este era el caso de Sonia, de ahí también la transferencia benigna y la contratransferencia correspondiente. Sin embargo, hubo que trabajar con su percepción de sí misma y contra su tendencia a culparse de la homosexualidad de su hijo y de su “fracaso” laboral.

4.4 Transferencia

La transferencia, por ser benigna, permitía el trabajo terapéutico y la conversación así como la alianza. Esta se complementaba con una contratransferencia del mismo tipo, un interés genuino mío como terapeuta por su proceso y por el vínculo. Había sin embargo, como en todos los procesos, momentos de cansancio de mi parte, sobre todo cuando entraba en detalle de sus dolores físicos y se quejaba de malestares corporales vagos.

Después de trabajar algunas sesiones con Sonia me pude percatar de que el proceso estuvo frecuentemente teñido de *insights*, cuando a partir de algunas intervenciones podía reflexionar cosas distintas a las que había pensado antes y llegar a conclusiones propias. La preocupación de que su hijo encontrara una pareja dentro de la comunidad judía por ejemplo, se pudo transformar con el tiempo cuando llegó a la conclusión de que la vida íntima de su hijo no le correspondía decidirla a ella.

Para ella era importante que sus hijas (y ella misma) pudiera hacer una maestría. Tomando en cuenta que yo era muy poco mayor que sus hijas, transferencialmente pudo haberme puesto en el lugar del “ideal del yo”: una mujer joven que pudo terminar una maestría al mismo tiempo que no sacrificó su vida familiar. En mi pudo haber encontrado un apoyo que no tuvo en su familia de origen en relación al estudio, al trabajo fuera del hogar y a ser una mujer independiente, versus lo que sintió en su casa donde era frecuentemente descalificada por su necesidad de tener una vida profesional y laboral que le permitiera autonomía.

4.5 Hipótesis sistémica:

De acuerdo con Morin (1990) las causas de un fenómeno no son nunca unidireccionales o lineales sino resultado de la emergencia de muchas distintas causalidades que le dan una explicación compleja, abarcativa, rica y densa a los procesos. En este sentido la hipótesis sistémica retoma las ideas de la **complejidad** para explicar cómo el malestar y/o sufrimiento de un paciente es multi causal y se debe poder comprender desde diversos ángulos: el intrapsíquico, el relacional, el social, el cultural, el político, económico e incluso el religioso. Es por eso que en este caso no hubo una sola hipótesis de trabajo sino una serie de posibles explicaciones para conversar con Sonia.

Sonia pertenecía a una sociedad particularmente centrada en el “deber ser” donde había poco espacio para la autonomía individual y, aunque ella estuviera luchando internamente por desafiar algunos de los valores de la sociedad judía tradicional, esta lucha le hacía invertir mucha energía y dudar sobre si sería más fácil repetir los patrones de la mujeres de su círculo para tener menos dificultades en su comunidad, aunque a ella le resultaran opresivos. Este proceso coincidía en el tiempo con un momento importante de su ciclo vital; el nido vacío.

Una de las ideas con las que trabajamos¹² en el proceso fue que parte del cuadro depresivo de Sonia se vinculó con un duelo por sus capacidades físicas que, por la edad, sentía disminuidas: miedo a la enfermedad, a la jubilación, la falta de energía comparada con la que estaba acostumbrada a tener, cambios en el cuerpo como la dificultad de no poder bajar de peso (en el marco de un contexto social que castiga toda manifestación de adultez porque se idealiza la juventud y todas sus manifestaciones). Esta configuración sumado al momento de *nido vacío* propio de esa etapa en la que ningún hijo sigue viviendo en casa. Finalmente, miedo a la dependencia y a la soledad aunado a la sorpresa de que, aún cuando ella pensaba que la relación con su hijo era muy cercana, se percatara tres años después que él llevaba un buen tiempo pensando, estudiando y proyectando como compartir con sus padres su identidad homosexual.

¹² Pensando en que este caso, aunque lo vi individualmente, estuvo permanentemente siendo supervisado en relato.

Por último parte de la hipótesis fue que, siendo una mujer con rasgos obsesivos y depresivos le iba a ser útil un trabajo terapéutico centrado en ponerle nombre a sus duelos y entender los mecanismos que ella usaba para tapar su ansiedad. La hipótesis de que la “salida del clóset” de su hijo no solo la había afectado a ella sino también a todo su sistema (la diada parental y conyugal) también fue una idea que sirvió de eje para el proceso.

4.6 Autoestima y culpa

Según las conversaciones que tuvimos, la autoestima de Sonia está cimentada en buena parte por su capacidad de trabajo y de sentirse útil, productiva y autosuficiente económicamente. En el momento en que consultó dedicaba gran parte de su vida a recuperar la sensación de valía que le había dado el hecho de trabajar, aunque en ese momento hubiera perdido su plaza en la escuela judía.

Como dijimos antes, Sonia basaba su sensación de auto valía en su capacidad de trabajo, de ser productiva, de controlar su tiempo invirtiéndolo en actividades profesionales y sentirse valorada por una figura parental exigente y rígida, como lo era su padre. Su autoestima le venía del encuentro (como apuntaría Mc Williams, 2011) con las demandas de sus figuras parentales, “que les empujan a altos, y algunas veces rígidos, estándares de comportamiento”.

Si perder el empleo puede ser vivido como desastroso o manifestación de fracaso personal, fue más catastrófico para Sonia en tanto era su fuente primaria de autoestima. A esto se le aunaba el sentimiento de culpa de ser mala madre a partir de la idea de que un hijo homosexual lo es gracias a las acciones u omisiones de la figura cuidadora principal, premisa que ha invadido la psicología y la medicina durante muchos años (Angulo, 2012).

Y como apunta Mc Williams (2011) la depresión se vuelve mucho más melancólica, cuando hay un auto-concepto activamente malo.

Pues si bien en todos los casos de padres/madres de hijos gay se puede hablar de un sentimiento de culpa asociado con el hecho de que sus hijos “tuvieron una falla en su desarrollo psicosexual, probablemente responsabilidad de la parentalidad” (Angulo, 2012) en el caso de Sonia este sentimiento se interconectaba con una tendencia propia de las personalidades obsesivas de ser perseguido por un super yo exigente que gusta de imprimir culpabilidad al yo.

El análisis de este caso confirma que uno de los temas más importantes para una madre de un chico homosexual es la culpa, en este caso, agravada por la estructura de personalidad de la consultante. Una combinación entre sentimiento de culpa y vergüenza explicaría cómo a más de un año de haber trabajado el tema terapéuticamente a nivel individual y en sesiones de auto ayuda a nivel grupal, todavía no se sentía capaz de abrir el tema con las personas más significativas de su vida; su hermana y su comunidad.

4.7 Intervenciones

Los objetivos de las intervenciones tuvieron que ver con el motivo de consulta que, en un primer momento era su conflicto laboral y muy pronto se convirtió en el trabajo de duelo sobre lo que el hijo comunicó a la familia en torno a su sexualidad. Las metas terapéuticas que guiaron la práctica fueron todas vinculadas con las hipótesis que previamente se especificaron. En resumen:

- 1) Trabajar sobre su ciclo de vida, el “nido vacío”, cuando su hija mayor se casó y su hijo Alex migró a Israel.
- 2) Conversar sobre la idea de que como pareja parental, Sonia junto con Erick, pudieran seguir siendo un equipo involucrado con sus hijos a pesar de los retos y las diferencias entre lo que esperaban de ellos idealmente y la realidad, por ejemplo de la homosexualidad de Alex.

- 3) Identificar qué interpretación tenía Sonia de la orientación de su hijo, reconocer qué de ésta estaba vinculada con la idea de que fuera “su culpa” como madre porque “algo” había hecho mal.
- 4) Elaborar el sentimiento de culpabilidad y de responsabilidad sobre la homosexualidad de su hijo y su sensación de dolor ante la idea de que su hijo sería automáticamente rechazado por su comunidad cercana (su tía que es más religiosa que ellos, el tío, los suegros) y la comunidad extensa, a la que pertenecía su esposo.
- 5) Trabajar sobre su “sí misma”, su proyecto de persona; no quería ser ama de casa como muchas mujeres de su comunidad, quería ganar dinero, tener una vida profesional y laboral rica aunque eso le hiciera sentir culpa y además un sentimiento de no-pertenencia.
- 6) Acompañarla en su proceso de elaborar el duelo por el trabajo perdido y aceptarlo para moverse y buscar otro espacio laboral que la hiciera sentir útil y valiosa.
- 7) Trabajar sobre los sentimientos devaluatorios en torno a su edad y su ciclo vital, desafiar las voces que le decían que “ya no servía para nada” porque las maestras jóvenes “sabían más de tecnología, eran mejores y más valoradas”.
- 8) Incluir en la conversación de ella su relación de pareja y la posibilidad de que ella pudiera compartir su proceso y sus conflictos internos con él.
- 9) Diferenciar responsabilidades suyas de responsabilidades de los otros. Trabajar sobre qué parte del comportamiento de los otros (estudiantes, hijo, hija, esposo) era propio de su ciclo vital / proceso personal y no producto de que ella hiciera “algo” mal.
- 10) Brindarle un espacio de escucha respetuosa y contención donde ella pudiera expresarse sin sentirse juzgada y con la posibilidad de crecer junto con alguien más en el conocimiento de temas inexplorados y tabús.

A lo largo de la terapia mi postura fue posicionarme estratégicamente, pero también por sentirlo lo más genuino, desde el lugar del NO SABER. Sonia fue siempre “la experta” de sus propios temas y construimos un espacio desde donde ambas pudimos aprender de los dilemas que traía a consulta, entre ellos y de manera prioritaria la homosexualidad de su hijo.

Volviendo sobre Morin (1990) y retomando también a los terapeutas familiares socio construccionistas, no pensamos que haya una intervención única que hiciera la diferencia en el proceso terapéutico, sino una serie de conversaciones que pudieron abrir espacios de reflexión sobre temas importantes para ella¹³. En este sentido, el resultado del proceso ha sido una emergencia de las múltiples ideas que en sesiones compartimos.

En vez de pensar que es el terapeuta quien tiene la vara mágica de la intervención perfecta que produce el insight (como se pensaba en la primera ola de la ciberética) en este trabajo asumimos que son los diálogos generados en la relación lo que produjo la “diferencia que hizo la diferencia” (Bateson, 1976).

En algunas sesiones cuando Sonia se quejaba del comportamiento de los alumnos de sexto de primaria, me pareció que era útil una intervención de tipo psicoeducativo donde recordáramos las características de la etapa de la adolescencia por la cual estaban pasando sus alumnos pues esto sirvió para normalizar el comportamiento de los chicos y su reacción adulta ante ellos.

Dentro del proceso se le dificultaba entender la razón por la cual se había quedado sin trabajo y en algunas sesiones Sonia recapitulaba todo lo que había ocurrido ese año escolar que la había llevado al desempleo. Esta pérdida se trabajó con ella a partir de algunas precisiones en torno al proceso normal de duelo (tanto familiar por su hijo, como laboral por su trabajo) y conforme fuimos deconstruyendo esto también pensamos ¿qué significaba para ella quedarse sin trabajo y sin su hijo “ideal” al mismo tiempo?

¹³ En supervisión con Bárbara Amunátegui hablamos de la importancia de no buscar las intervenciones claves sino pensar el proceso en términos de un conjunto de conversaciones útiles.

Fue elaborando durante varias sesiones qué significaban para ella cada duelo: no sentirse productiva y todo lo que este sentimiento implicaba “de poca valía” y desconfirmación como “buena madre” de un hijo que se fue del país al tiempo que se declaró homosexual.

También llegó a la conclusión de que en algunas ocasiones discutió de más con los alumnos y esto le jugó en contra en términos de autoridad y jerarquía, mencionaba: “no quiero que los alumnos me vean como una bruja; quiero estar más cerca de ellos y al mismo tiempo, poniendo límites”.

Pudimos reflexionar juntas ¿para quién más ella se estaba sintiendo una bruja? Y ¿quién más necesitaba su cercanía? Esto nos permitía vincular la experiencia con sus alumnos con su lugar de madre de un hijo que la necesitaba.

Se trabajó con la metáfora que Sonia trajo una sesión cuando comentó que su vida era como una *montaña rusa*. La intervención tuvo que ver con facilitar conversaciones sobre en qué momentos de su vida se sentía abajo y en cuáles arriba. Estas sesiones sirvieron para ubicar qué era lo que se le manifestaba cuando estaba abajo, en la montaña y poder diferenciar qué pasaba durante los días que se sentía bien, con energía para sus actividades y sintiéndose orgullosa de sí misma. Este juego con la montaña rusa facilitó ubicar los momentos en que se sentía abatida por el duelo y nombrar en qué etapas de duelo estaba en cada momento.

Después de trabajar un año con Sonia ella recordó cuando llegó por primera vez conmigo, cómo se encontraba triste y con pensamientos devaluatorios sobre sí misma a partir de la noticia de Alex sobre su homosexualidad. Pasó un tiempo hasta que ella pudo vincular explícitamente su tristeza con la homosexualidad de su hijo pues en las primeras sesiones lo asociaba sólo a lo que pasaba en su trabajo y a su dependencia económica frente a su pareja.

Cuando finalmente pudo verbalizar lo que le hacía sentir la “salida del clóset de su hijo” la historia venía acompañada de dudas sobre su responsabilidad como madre en torno a la orientación sexual de Alex con frases como “¿pero si lo llevé al karate, jugaba futbol en la escuela, tuvo novias y tenía un grupo de amigos `normales’”, ¿cómo ahora dice que es homosexual?”

Su discurso no solo apuntaba a la culpa de ella como mamá sino también a la sorpresa de que habiendo tenido un desarrollo “normal como varón” hubiera podido sentir atracción hacia personas de su mismo sexo.

Este proceso es frecuente entre los familiares de las personas homosexuales cuando se confunde identidad de género con orientación sexual y se preguntan ¿cómo, siendo que de niños se identificaron como hombres (jugar futbol, practicar karate) pudieron desarrollar una orientación distinta a la heterosexual?

Al finalizar del proceso terapéutico Sonia entendió que la homosexualidad de su hijo no tenía que ver con las actividades que tuvo en la infancia, asociadas a su género, sino con un proceso completamente inconsciente que él no decidió voluntariamente y que ella no hubiera podido evitar.

Como hemos explicado en el marco teórico la identidad es un concepto amplio y complejo que abarca, **la identidad genérica**; que se entiende también como la manera en que se identifica la persona como masculina o femenina (Monroy & Keijzer, 2012). Esta identidad se va construyendo a lo largo de la vida y gracias a las influencias sociales y culturales, es un proceso que se activa y complejiza en los diferentes momentos claves del desarrollo tanto intrapsíquico como de maduración biológica.

Es por eso que es común en el imaginario social asumir que una persona con orientación homosexual automáticamente tiene problemas con su rol de género, es decir, se siente no-hombre o no-mujer. La teoría y la diferenciación conceptual confirma que no es así.

La orientación sexual es un proceso independiente del rol de género en tanto que mujeres muy femeninas pueden ser tan homosexuales como hombres muy masculinos.

Discutir estas diferencias conceptuales con Sonia nos permitió a ambas entender mejor que la orientación sexual de su hijo Alex no tenía que ver con que no se sintiera hombre y por lo tanto con que sus padres los hubieran “hecho mal” en términos de la educación o socialización.

En ese periodo yo me acompañé de lecturas que me permitieron entender más y mejor no solo la homosexualidad sino la relación que se establece entre los padres y madres del hijo homosexual. El libro “papá, mamá, soy gay” de Rina Rumsfeld me permitió hacer intervenciones que abrieron posibilidades de nuevas conversaciones con Sonia en relación a su hijo. Por ejemplo trabajar con la definición de *persona integral*. Alex era homosexual y muchas otras características más, de la misma manera que la identidad de una persona heterosexual se comprende como algo más que su heterosexualidad.

Sonia expresaba frecuentemente su miedo a que su familia actuara como muchas otras familias en la comunidad que expulsaban consciente o inconscientemente a sus hijos gays. Se trabajó con su ambivalencia en tanto que era más fácil culpar a “la comunidad” por el posible futuro rechazo de su hijo que asumir su propia parte rechazante en tanto que ella también facilitó y promovió el viaje de su hijo al extranjero, que es el destino de muchos otros hijos gays de la comunidad judía.

En su ambivalencia Sonia decía que no quería perder a su hijo y que haría todo lo posible para que él no se sintiera expulsado, solo o desamparado, rechazado etc sin embargo tampoco podía asumir con tranquilidad y honestidad la noticia como para compartirla con su red y hacerla respetar. De hecho le llegó a proponer a Alex que: “mejor fuera bi sexual ya que de esa manera podía seguir perteneciendo a la comunidad, casarse, seguir las tradiciones y la normatividad y al mismo tiempo vivir su homosexualidad en paralelo”.

Producto de la lectura de ambas del libro de Rina Riesenfeld (2012) intervine recordándole lo que afirmaba la autora sobre que la orientación sexual no se “elige” y que no era a voluntad que su hijo pudiera cambiar de orientación para pertenecer a la comunidad. Sobre el tema de la elección de la orientación tuvimos muchas conversaciones sobre la posibilidad o imposibilidad de cambiarla, en muchas de ellas, ella llegaba a la conclusión de que su hijo no podía cambiar, que no estaba en su “cancha.”

Otra metáfora que trabajó Sonia y que pudo haber sido una intervención útil fue la de que su vida se sentía como una *pelota de ligas* en tanto que se encontraba en ese momento tensada por muchos ángulos cruzados los cuales era importante desenredar. Darle importancia a esta figura permitió abrir conversaciones sobre los diferentes frentes que ella identificaba como problemáticos y que le hacían sentir tensa o atrapada.

Uno de esos frentes era evidentemente su familia de origen. En relación a lo que Sonia trajo de elaboración sobre ésta, una intervención que resultó importante para el proceso fue cuando se le propuso hacer el ejercicio de la “silla vacía” donde ella “habló” con su padre sobre su otra familia desde un lugar que resultó reconciliador. De alguna manera su padre había actuado como ella le proponía actuar a Alex: tener una familia “oficial” y una historia en paralelo. Conversar sobre esto fue importante para ella.

Otro frente era su relación de pareja. Hablamos de lo que ella consideraba su impulsividad ya que en ocasiones le contestaba a Erick sin pensar y sin reflexionar de manera muy agresiva. También trabajamos sobre lo que ella nombraba como su *quisquillosidad* y conversamos sobre ¿qué ha hecho, tanto la impulsividad como la quisquillosidad, en su vida de pareja? respecto a los amigos de Erick y a las pláticas con las esposas de este grupo de amigos. Pensamos juntas que el enojo que actuaba frente a Erick podía tener que ver con la necesidad de contar con él de manera más clara y contundente frente a la noticia de su hijo que se volvió un tema poco elaborado en pareja y por otro lado, tan importante.

4.8 Logros terapéuticos

Cuando Sonia buscó ayuda terapéutica se encontraba viviendo el duelo por la muerte de sus expectativas en relación a su hijo, quién era y qué destino le esperaba. Unos de los logros terapéuticos que vivimos en el proceso fue que pudo elaborar una parte de ese duelo y pasar por las primeras etapas; la negación, el enojo y la tristeza.

Después de estar seis meses desempleada logró encontrar trabajo en una escuela judía, a nivel preparatoria en donde hoy se encuentra trabajando y realizando sus metas, tanto a nivel profesional como personal, resultado (entre otros factores) de un proceso reflexivo en el proceso donde ella pudo analizar su "*ser piki*" y bajar sus expectativas y exigencias con relación a lo que esperaba de un trabajo "perfecto".

Su estructura de personalidad (sistemática, ordenada, estudiosa) funcionó también como recurso para que ella pudiera ayudarse en el proceso: estudiando sobre el tema que desconocía, pidiendo ayuda y acudiendo puntualmente a sus citas de terapia y de grupo, sin dejar de buscar trabajo y un espacio laboral y profesional que le fuera propicio. Fue muy disciplinada en elaborar su duelo y encontrar las dimensiones positivas de su hijo y de su vínculo con él.

Cuando regresó su hijo de hacer su servicio social en Israel, Sonia puso la foto de él con su pareja de entonces en el refrigerador de su casa, demostrando a su familia que, después de trabajarlo, logró aceptar esta realidad. Esto lo consideramos un logro terapéutico en tanto que implica una lucha contra su propia ambivalencia entre aceptar y no aceptar, negar y/o dejar de negar.

Después de un año de estar medicada con antidepresivos, el psiquiatra decidió bajar la dosis de antidepresivo y ella ha logrado sentirse bien. El recuento que hizo Sonia sobre el año que trabajamos juntas estuvo asociado a conocerse mejor a sí misma, seguir siendo productiva y tranquilizarse con el hecho de poder aceptar a su hijo ahora que ha vuelto de Israel. Estaba contenta de pertenecer al grupo Guimel y trabajar-se con ellos.

4.9 Resonancia

La primera vez que cité a Sonia, la noté sorprendida y lo hizo explícito cuando me preguntó: “¿tú eres la terapeuta?” Luego comentó que me veía “muy joven” y que por eso lo preguntaba. En ese momento vinieron a mi mente pensamientos y dudas sobre si la iba a poder atender, si ella se iba sentir a gusto con alguien más joven que ella y si regresaría la próxima semana. Pude vencer algunos de estos obstáculos como terapeuta con las conversaciones semanales y con la sensación de que podía empatizar con su problemática y entender su historia.

Después de este tiempo me di cuenta que contratransferencialmente me identifiqué con ella como mujer en la Sociedad Judía Mexicana porque yo como ella he luchado por vencer los obstáculos y los estereotipos que existen dentro para ser una mujer productiva y económicamente autónoma. Identifiqué que sentía empatía con ella cuando mencionó por ejemplo que no entendía cómo las mujeres pueden vivir de café en café y haciendo diario la comida de la casa o dedicándose únicamente al hogar. Me reconocí en Sonia ya que dentro de mi familia yo también busqué diferenciarme del “estereotipo de mujer ama de casa” cuando logré terminar la maestría, trabajar y sentirme productiva logrando algo de independencia. Me da la impresión que toda esta identificación con partes de la historia de Sonia lograron un buen vínculo entre terapeuta paciente.

Pienso que en relación al tema de la homosexualidad, me pude conectar con ella desde el rol de mamá primero desde el reconocimiento del no-saber y después desde la curiosidad y la necesidad de entender, más allá de juzgar.

No en todas las sesiones la contratransferencia fue fundamentalmente positiva porque también había con regularidad la sensación de aburrimiento o de cansancio cuando ella se quejaba de dolores físicos y su narrativa rondaba obsesivamente sobre el tema de su trabajo y su frustración ante la adolescencia de sus alumnos, que parecían no poder recibir lo que ella les traía. Este regreso sobre ciertos temas o síntomas como el permanente dolor de estómago abonan a la hipótesis de su personalidad obsesiva.

El aburrimiento o cansancio que me causaba me hacía repensar su cuadro depresivo y sin embargo, la última sesión la depresión había disminuido y fue proporcional mi sensación contratransferencial de mayor interés.

Mac Williams (2011) recuerda que: la atmósfera cargada de velada crítica que emite la persona obsesiva en sesiones puede desanimar y minar las fuerzas del terapeuta. Además, las/los clínicos fácilmente llegan a sentirse aburridos de o distanciados con su incesante intelectualización.

Un evento que marcó nuestra relación transferencial-contratransferencial fue cuando me invitó al grupo de padres y madres gay que se juntaba cada 15 días para contar su historia. Me dijo que le gustaría que fuera y que podía invitar a dos colegas. A partir de esa invitación sentí que me abrió una puerta más de su vida y esto fortaleció nuestro vínculo.

En una relectura de este trabajo me di cuenta de que en el proceso terapéutico ambas excluimos a su pareja. Como ella buscó ayuda para procesar la noticia de la homosexualidad de su hijo y era mi consultante, yo respeté -al mismo tiempo que me hice isomórfica-, con su tendencia a asumir el proceso sola, sin su esposo. Cuando supe que ella lo invitaba a las juntas de GUIMEL y él rechazaba las invitaciones, ambas asumimos que en el proceso terapéutico no contábamos con él; así, quedó excluido del espacio y conversación a pesar de mi formación y mirada familiar sistémica. Tal vez si tuviera la oportunidad de volver a vivir este proceso desde su inicio, sería más insistente en la posibilidad de integrar lo familiar (sistémico) en la conversación terapéutica, invitándolo a él a un par de sesiones para no quedarme solo con la versión de ella.

Conclusiones.

Si bien en todas las familias la aceptación de un hijo gay es un proceso a largo plazo, dentro de la mayoría de las familias pertenecientes a la comunidad judía en México, resulta largo y difícil por la creencia según la cual la sexualidad está intrínsecamente vinculada a la reproducción y se piensa que D-os ha prohibido los actos homosexuales porque los considera un desperdicio de la semilla de la vida. El/la homosexual en la comunidad judía sigue siendo alguien peligroso o amenazante del que hay que protegerse para que no “contamine” a los demás. Quienes dentro de la comunidad judía tienen una postura más abierta a la diversidad también somos mirados como sospechosos y no es poco frecuente que se escuchen comentarios como: “si esa maestra defiende a los homosexuales, ¿qué les va a enseñar a nuestros hijos?”

Aún con todo, el proceso de Sonia habla de una lucha resiliente y de resistencia ante el dogma religioso y comunitario. El proceso terapéutico se volvió un espacio que permitió cuestionar las creencias que obstaculizaban las relaciones amorosas al interior de la familia. Sonia convirtió la preocupación frente a su hijo de las primeras sesiones, en ocupación (buscando ayuda de grupo e individual psicoterapéutica) para poder comprender y acercarse a él. Abrió un espacio para preguntarle qué podía leer y a dónde podía ir para aprender a manejar sus dudas y prejuicios. Platicó con su hijo y le pudo preguntar ¿desde cuando? ¿cómo se había dado cuenta? ¿qué había sentido? Se involucró en su vida, al mismo tiempo que pudo conocer a otras madres que estaban pasando por procesos parecidos dentro de su propia red de pertenencia. Buscó literatura actualizada así como sesiones individuales con Luis Perelman -el líder del grupo de padres y madres de hijos gay dentro de GUIMEL- para conversar en privado de sus miedos y preguntas, es decir, transformó sus miedos en herramientas. No por eso estuvo libre de ambivalencias por ejemplo cuando le pidió a su hijo que “mejor fuera bi sexual”, como si la elección sexual y de modo de vida pudiera ser negociable o elegible.

Hablamos de resistencia (Foucault, 1990) porque se pudo notar un implícito posicionamiento de rebeldía frente al dogma judío que permitió que Sonia pudiera priorizar a su hijo y su relación con él por sobre las creencias de su comunidad.

Trabajar con Sonia permitió contestar a la pregunta de investigación sobre cómo se relacionaba el sentimiento de culpa con el proceso de las madres de hijos gay cuando se cuestionó la idea de que la homosexualidad se relacionaba con algo que le había faltado en su infancia: afecto, cercanía, aceptación, estímulos que le permitieran sentirse e identificarse como sujeto masculino. Se ejemplificó cómo la aparición de un miembro homosexual en una familia creyente trae aparejada la necesidad de encontrar “responsables” o “culpables” en la historia: la ausencia del padre o el sobre involucramiento de la madre.

Este trabajo fue posible gracias a los aprendizajes que en la maestría y posteriormente en el diplomado de terapia individual sistémica aprendí, es decir, gracias a la posibilidad de mirar desde dos ópticas: lo intrapsíquico y también lo contextual desde un lugar donde los dos marcos de referencia se complementan. Con el diplomado pude apropiarme con más certezas de cómo trabajar con un individuo los vínculos familiares aunque la familia no esté físicamente presente: incluir el contexto, la historia del pasado del consultante, el sistema de creencias y lo narrativo en las sesiones individuales, hace que lo sistémico se haga presente y que la interpretación sobre lo que le pasa al consultante no se reduzca sino que se amplíe.

A partir del diplomado he podido incluir en mi práctica nuevos juegos de encuadre, invitar a algunos miembros de la familia cuando se está trabajando con un individuo, poner el acento en el aquí y en el ahora al mismo tiempo que se toman en cuenta la historia de los vínculos del pasado.

Los aprendizajes que me llevo posterior a haber atendido y sistematizado este caso tienen que ver con la reflexión de lo importante que se vuelve en la labor terapéutica no emitir juicios en las sesiones, poder sustituirlos por la curiosidad genuina, no olvidar que el consultante es el experto y sabe más de lo que es bueno para su vida.

De lo que se trata es de posicionarse en el “no saber” la verdad del otro y más bien poner “el saber” al servicio de que el consultante encuentre “su verdad” para crecer juntos. En este caso puedo decir que crecimos y aprendimos mucho tanto la consultante como la terapeuta, no solo porque estudiamos juntas un tema (para ambas desconocido, ajeno y contaminado con prejuicios propios de la comunidad) sino porque gracias a este trabajo ella se sintió mejor mamá y yo, mejor terapeuta.

A alguien más que tuviera la oportunidad de atender un caso similar desde lo individual sistémico le invitaría a estudiar, leer, indagar sobre lo que el tema de la homosexualidad mueve en lo íntimo, no pensar que se sabe, buscar las novedades de lo que se dice en la literatura reciente sobre el trabajo con familiares de gays estando abierto y alerta para cuestionar las hipótesis y premisas propias. Le recomendaría estar abierta siempre a escuchar diferentes narrativas y validarlas porque de otra manera el trabajo al interior del consultorio se puede transformar en la confirmación de las creencias e ideas que ya ha construido el terapeuta.

Buscar supervisión y discutir el caso para que el trabajo con el consultante pueda transformar la identidad de ambas: en mi caso puedo decir que el aprendizaje producto de esta experiencia me transformó en la manera de educar a mis hijos, por ejemplo, o relacionarme con las personas que dentro de la comunidad judía son diferentes hasta el punto de convertirme en un referente, en mi red de pertenencia, de alguien que puede trabajar terapéuticamente con gays y sus familias sin juicios y discriminación por lo que cada vez me refieren más casos de consultantes gay que dentro de la comunidad están luchando por su aceptación.

Hoy en día parte de mi comunidad sabe que he aprendido a mirar a las personas homosexuales por lo que son en su integridad, buscando comprenderlas, más que etiquetarlas. Por ejemplo en redes sociales soy abiertamente seguidora de todas las publicaciones de GUIMEL a pesar de que amigos y conocidos me preguntan por qué pongo “like” en vínculos pro derechos de homosexuales o miran con “sospecha” que sea defensora de publicaciones vinculadas con la homosexualidad.

Bibliografía:

1. Angulo, A. (2012). "Práctica psicológica y salud en familias homoparentales en México". Tesis de doctorado no publicada. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. México.
2. Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
3. Bowlby, J. (1969). *Apego y pérdida*. México: Paidós
4. Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós.
5. Castañeda, M. (1999). *La experiencia homosexual*. México: Paidós.
6. Castañeda, M. (2006). *La nueva homosexualidad*. México: Paidós.
7. Disorders of personality: DSM-III, axis II (1981). Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176302/> (consultado el 1 de enero 2015).
8. Fenichel, O. (2009). *Teoría Psicoanalítica de la neurosis*. México: Paidós.
9. Foucault, M., (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. España: Universitat Autònoma de Barcelona.
10. Fortes, J., Aurón, F., Gómez Ma., Pérez, J. (2009). *El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la Terapia*. México: Editorial Trillas.
11. Freud, S. (2012). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Vol 14. Buenos Aires: Amorrortu.
12. Nicolás, J. (1978). *La cuestión homosexual*. México: Fontamara.
13. Kinsey, Alfred Charles, et al. (1948) *Sexual behavior in the human male*. Estados Unidos: Kinsey Institute.
14. Laplanche, J., Pontails, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
15. Lizárraga, X. (2003). *Una historia sociocultural de la homosexualidad*. México: Paidós
16. McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Estados Unidos: Guilford Press.
17. Minuchin, S., Fishman. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós. México.
18. Minuchin, S., Nichols, M. (1994). *La recuperación de la Familia*. España: Paidós.
19. Minuchin, S. (1998). *El arte de la terapia familiar*. México: Paidós.
20. Morín, E. (1990). *El paradigma perdido*. Madrid: Kairós.

21. 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 no publicada. Colegio de México. México
22. Monroy, L., & De Keijzer B. (2012). *Nuevos temas en Políticas Públicas con perspectiva de Género: Diversidad sexual en perspectiva comparada*. México: Flacso.
23. Montesinos, R. (2005). *Masculinidades emergentes*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
24. Paz, O. (1984). *La llama doble: Amor y Erotismo*. México: Six Barral.
25. Riesenfeld, R. (2012). *Papá, mamá, soy gay*; México: Raya en el agua.
26. Troya, E. (2009). "Sexo-Género-Subjetividad- Objeto del Deseo/Amor". Disponible en: http://www.ilef.com.mx/sexo_genero_subjetividad_este_la_troya.pdf (consultado el 4 de febrero 2015).
27. Scalise, D. (2009). *Carta de un padre homosexual a su hija*. España: Martínez Roca.
28. Vera, L. (1998). "Historia de la Sexualidad". *Revista Biomédica*, Vol. 9/No.2. México.
29. Weeks, Jeffrey(1998). *Sexualidad*. México: Paidós.
30. Weiser (2005) Disponible en: http://www.razon.com.mx/spip.php?page=columnista&id_article=217324 (consultado el 24 de marzo 2015).