

MODELO PSICOTERAPÉUTICO COMPLEJO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HOMOFOBIA INTERNALIZADA

COMPLEX PSYCHOTHERAPEUTIC MODEL FOR ASSESSMENT AND TREATMENT OF THE INTERNALIZED HOMOPHOBIA

Daniel Marcelo Rzondzinski

Multiversidad Mundo Real Edgar Morin de México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5176-0662>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rzondzinski, D. M. (2019). Modelo Psicoterapéutico Complejo para el Diagnóstico y Tratamiento de la Homofobia Internalizada. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 275-292. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.273>

Resumen

En este artículo se describe la construcción y puesta en práctica de un modelo complejo psicoterapéutico para el diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y otras sexualidades) – fobia internalizada. A su vez, se ha considerado a la LGBT+ fobia social como un fenómeno de naturaleza compleja y multidimensional, siendo la LGBT+ fobia internalizada una de sus dimensiones y un desorden, que afecta la subjetividad de los sujetos que la sufren. A su vez, La LGBT+ fobia social es entendida en este trabajo como un fenómeno complejo que presenta las dimensiones personal, interpersonal, institucional, cultural, política, social e histórica. Finalmente, el modelo de tratamiento propuesto en este artículo, es una construcción, producto del diálogo entre la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia afirmativa de la condición LGBT+ considerada como marco multipsicoterapéutico, en su versión narrativa, es decir, siguiendo los principios de la psicoterapia narrativa, basada en el pensamiento de Foucault.

Palabras clave: *modelo complejo psicoterapéutico, LGBT+ fobia, LGBT+ fobia internalizada, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia afirmativa narrativa.*

Abstract

This article describes the construction and application of a complex psychotherapeutic model for assessment and treatment of internalized LGBT+ phobia. LGBT+ social phobia is a complex and multidimensional phenomenon and internalized LGBT+ phobia affects one of its dimensions: the personal dimension. Internalized LGBT+ phobia is an illness and it affects the subjectivity of LGBT+ people. LGBT+ social phobia is a multidimensional phenomenon because it includes several dimensions: personal, interpersonal, institutional, cultural, political, social and historical. The model explained in this article is a product of the integration of some principles from psychoanalytic psychotherapy and the multi-psychotherapeutic affirmative framework of the LGBT+ condition following the principles of the narrative therapy based on Foucault's thinking.

Keywords: *complex psychotherapeutic model, LGBT+ phobia, internalized LGBT+ phobia, psychoanalytic psychotherapy, affirmative narrative psychotherapy.*

Fecha de recepción: 15/01/2019. Fecha de aceptación v1: 07/05/2019. Fecha de aceptación v1: 30/05/2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: danielrzo@hotmail.com

Dirección postal: 16 Roy Street Kitchener, Ontario, N2H 4B5. Canadá

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

La información que se presenta a debate en este artículo, fue parte de una propuesta doctoral dirigida por el Doctor Israel Sandre Osorio de la Multiversidad Mundo Real Edgar Morin de Hermosillo México; tiene como objetivo general explicar cómo fue construido un modelo psicoterapéutico complejo para el diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada que sufre la población LGBT+ al vivir en sociedades que sostienen el principio de heteronormatividad obligatoria; partiendo de un diálogo facilitado por el pensamiento complejo, entre la teoría psicoanalítica y la psicoterapia afirmativa de la condición LGBT+ en su versión narrativa.

El pensamiento complejo fue definido por Morin (1998), uno de sus creadores, de la siguiente manera:

“Ciertamente, la ambición del pensamiento complejo es rendir cuenta de las articulaciones entre dominios disciplinarios quebrados por el pensamiento disgregador (uno de los aspectos principales del pensamiento disgregador); éste aísla lo que separa, y oculta todo lo que religa, interactúa, interfiere. En este sentido el pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional. Pero sabe, desde el comienzo, que el conocimiento completo es imposible: uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad, incluso teórica, de una omnisciencia... Así es que el pensamiento complejo está animado por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento”.

(Morin, 1998, p. 22).

Siguiendo estas ideas de Morin, el modelo propuesto pretende corregir potenciales reduccionismos, articulaciones quebradas por el pensamiento disgregador, integrando lo consciente y lo inconsciente a través del uso de la lógica del tercero incluido, es decir, la lógica de la complejidad; integrando los conceptos psicoanalíticos de relación terapéutica, deseo inconsciente, y mandato con los conceptos narrativos de externalización y autorización. Integración lograda a través de la facilitación del pensamiento complejo y de sus principios fundantes; el principio dialógico, el principio de recursión, el principio hologramático, el principio de emergencia, el principio de auto-eco-organización y el principio de borrosidad.

En la actualidad existen más de cien modelos psicoterapéuticos diferentes. Algunos son sólo un conjunto de estrategias psicológicas o estrategias clínicas. Como puede observarse los modelos psicoterapéuticos no presentan la precisión y rigurosidad que sí se observan en los modelos matemáticos o los modelos de la física. No obstante, desde el pensamiento complejo podemos afirmar que a pesar de la precisión y exactitud de los modelos matemáticos y físicos, ellos no logran comprender y describir la naturaleza de la mente humana. La subjetividad humana no puede reducirse a un modelo matemático o físico. El hacer algo así, implica usar

el principio de simplificación formulado por Morin (1999), que mediante las operaciones de disyunción y reducción simplifica la subjetividad humana reduciéndola a un fenómeno simple perdiéndose de esta forma su complejidad, es decir, su diversidad. El reduccionismo ha sido empleado por la psiquiatría clásica, la psiquiatría del siglo XX y las neurociencias del siglo XXI al tratar de reducir la subjetividad humana a un sustrato biológico o genético desde el cual pretenden explicar el origen de los trastornos emocionales. Para comprender un poco mejor la subjetividad humana debemos recurrir al arte, a la literatura, a la filosofía, a la mitología, a la religión y a la espiritualidad, como sí lo pudo hacer el mismo Freud. En muchas de sus obras logra claramente aproximarse al pensamiento complejo, mucho tiempo antes de que el concepto de *pensamiento complejo* fuera formulado por Piaget en 1970.

Freud formula el concepto de inconsciente y nos introduce en el psicoanálisis. Freud describe la estructura de la mente humana a través de su primera y segunda tópica. Describe las instancias psíquicas de Yo, Superyó y Ello. A su vez describe lo que él considera que son los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente. Su tratamiento se basa en hacer consciente el verdadero deseo inconsciente del sujeto. Estas ideas freudianas serán tenidas muy en cuenta en la formulación del modelo propuesto. También el modelo incorporará los principios de “externalización” y de “autorización” estrategias centrales de la denominada “psicoterapia narrativa”, psicoterapia basada en el pensamiento de Foucault y desarrollada por el investigador australiano Michael White (2007).

White reflexiona acerca de la naturaleza de la identidad de las personas y de la naturaleza de los problemas que las personas enfrentan. Nos indica una situación curiosa que afecta al concepto de identidad y al concepto de problema. White dice:

“Mucha gente que busca hacer terapia cree que los problemas de su vida son una reflexión de su propia identidad, o de la identidad de los otros, o una reflexión de la identidad de sus relaciones. Esta forma de pensar determina los esfuerzos en cómo resolver los problemas y lamentablemente dichos esfuerzos, en vez de resolverlos, tienden a exacerbarlos. Esto a su vez, lleva a creer más profundamente, que los problemas de sus vidas, son un reflejo de ciertas “verdades” acerca de la naturaleza de su identidad, de la identidad de los otros, y/o de la identidad de sus relaciones. Resumiendo, la gente llega a creer, que sus problemas son internos, que son propios de su identidad o la de los otros; y que ellos o los otros, son de hecho, el problema. Esta creencia lleva a la gente a hundirse en los problemas que pretenden resolver”.¹ (White, 2007, p. 9)

La situación curiosa anteriormente mencionada es, que la identidad de la persona, la identidad del sujeto está determinada por el supuesto problema del cual sufre. Si el sujeto es homosexual y vive en una sociedad homofóbica, dicho sujeto puede internalizar una idea negativa acerca de la homosexualidad. El sujeto puede afirmar que ser homosexual es el problema, es ser enfermo, un desviado, y/o una

patología. En este caso, el supuesto problema, es decir, el ser homosexual, determina, desde la perspectiva del sujeto en cuestión, una percepción negativa acerca de su propia identidad. El sujeto puede experimentar un fuerte rechazo a su verdadera orientación sexual; su homosexualidad. Esto coloca al sujeto frente a un poderoso conflicto interno. Este conflicto interno es un conflicto entre su verdadera subjetividad sexual y su homofobia internalizada.

“Las conversaciones externalizantes pueden proveer un antídoto contra el pensamiento que objetiva al sujeto como problema. Las conversaciones externalizantes tienen por propósito la objetivación de los problemas contra prácticas culturales que tienen por propósito objetivar a los sujetos. Esto permite que los sujetos puedan experimentar su identidad separada del problema que les aflige. Entonces, el problema se transforma en problema, pero el sujeto no se convierte en problema alguno. En el contexto de las conversaciones externalizantes, el problema no representa verdad alguna acerca de la identidad de las personas y la posibilidad de resolver el supuesto problema, de pronto se convierte, en algo accesible”.² (White, 2007, p. 9).

Como puede deducirse, el modelo de tratamiento propuesto en este artículo tendrá como uno de sus objetivos centrales, el separar al sujeto de su problema. Es decir, separar al sujeto de su homofobia internalizada. A su vez, hará comprender al sujeto, que el origen de su problema no está en su identidad, sino en su contexto familiar, comunitario y/o social. Por lo tanto, se ayudará al sujeto a entender que no hay nada desviado, anormal o patológico en su orientación sexual, sino que la verdadera patología está ubicada en la sociedad homofóbica donde vive.

También se indicará al sujeto que cuando tratar de forzar en sí mismo una orientación sexual que no le es propia, para complacer al orden social, lo que obtiene es un refuerzo de su patología, es decir, de su homofobia internalizada.

Como puede inferirse de lo ya indicado, el modelo propuesto tiene por objeto externalizar la LGBT+ fobia social que ha sido internalizada, partiendo de la idea de que la verdadera patología que sufre el sujeto no es de naturaleza individual, sino que es de naturaleza colectiva y que está determinada por la LGBT+ fobia social de su sociedad. Esto lleva al sujeto y a su terapeuta al uso de la estrategia de “autorización,” o sea a convertir al sujeto en el autor de su propia historia, es decir, el sujeto va a escribir su propia historia que estará basada en su verdadero deseo inconsciente y no en los mandatos provenientes de su contexto familiar y social. En este sentido, la terapia narrativa es convertida en una “terapia afirmativa,” porque afirma la verdadera identidad LGBT + del sujeto que surge de su propio deseo inconsciente y no de mandatos homofóbicos familiares o sociales.

Justificación

El objetivo general que se pretende alcanzar con la redacción de este artículo es explicar cómo fue construido un modelo psicoterapéutico complejo para el

diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada que sufre la población LGBT+ al vivir en sociedades que afirman el heterosexismo y la heteronormatividad obligatoria; partiendo de un diálogo facilitado por el pensamiento complejo, entre la teoría psicoanalítica y la psicoterapia afirmativa de la condición LGBT+ en su versión narrativa.

Los objetivos específicos de este trabajo son los siguientes:

1. Explicar cómo el modelo propuesto incluye e integra los principios del pensamiento complejo: el principio dialógico, el principio de recursión, el principio hologramático, el principio de emergencia, el principio de autoeco-regulación y el principio de borrosidad.
2. Explicar cómo el modelo propuesto incluye e integra los conceptos de relación terapéutica, de alianza terapéutica, de transferencia, de contratransferencia, de deseo inconsciente y mandato.
3. Explicar cómo el modelo propuesto incluye e integra las estrategias de externalización y de autorización.

Las motivaciones que han justificado la redacción de este trabajo pueden resumirse en lo siguiente:

1. Se pretende que se reconozca a la LGBT+ fobia internalizada como una verdadera patología que requiere de especial atención por parte de los profesionales dedicados al área de la salud mental.
2. Se pretende comprender con mayor profundidad la naturaleza de la LGBT+ fobia y de sus dimensiones, poniendo especial énfasis, sobre la dimensión denominada personal, que es afectada por LGBT+ fobia internalizada y sus desórdenes comórbidos, proponiendo una estrategia psicoterapéutica nueva para su abordaje.
3. Se pretende satisfacer las necesidades de servicio de la comunidad LGBT+ que ha sido perseguida, discriminada, no reconocida, socialmente oprimida y desatendida por largo tiempo, en la mayoría de las sociedades actuales.
4. Se pretende el fortalecimiento de la salud mental de los sujetos afectados por la LGBT+ fobia internalizada, promoviendo su aceptación sin patologizar su subjetividad de género y/o de orientación sexual.
5. Se pretende describir cómo se puede reducir la acción negativa de la LGBT+ fobia internalizada y de sus desórdenes comórbidos. Entre estos desórdenes encontramos ansiedad, depresión, baja autoestima, adicciones, ideaciones de suicidio, etc.

De la LGBT+ fobia social a la LGBT+ fobia internalizada

En este apartado se pretende explicar los conceptos de homofobia, lesbofobia, bifobia, y transfobia partiendo de las dimensiones: personal, interpersonal, institucional, cultural, social, histórica y política. A su vez, se pretende describir el concepto de LGBT+ fobia internalizada internalizada)³ como producto del discurso

heteronormativo y heterosexista presente en la sociedad humana desde hace siglos.

La LGBT+ fobia social permite expresar discriminación y rechazo hacia las personas no heterosexuales, describiendo cómo dicha discriminación se internaliza en su psiquismo; haciendo patológica su propia identidad sexual o de género transformándose en LGBT+ fobia internalizada. La LGBT+ fobia social es considerada como un fenómeno complejo de carácter multidimensional, interactivo, presentado componentes de incertidumbre. Debido a su complejidad y multidimensionalidad se afirma que la LGBT+ fobia social se hace presente a través de la dimensión personal, la dimensión interpersonal, la dimensión institucional y la dimensión cultural. A su vez, considerando a Morin (1999) no debemos excluir las dimensiones social, histórica y política. En el ámbito de la dimensión personal encontramos el fenómeno de la LGBT – fobia internalizada.

El término homofobia fue usado por primera vez por el psicólogo estadounidense Weinberg (1972) y descrito en su libro *Society and the Healthy Homosexual*. A partir del concepto de homofobia, posteriormente se describieron los conceptos de lesbofobia (rechazo a las mujeres homosexuales), bifobia (rechazo a las personas bisexuales) y transfobia (rechazo a las personas transgénero). Se utiliza el signo “+” para indicar sexualidades periféricas adicionales como la sexualidad “genderqueer” entre otras.

El término lesbofobia se refiere a la doble discriminación que las personas lesbianas reciben debido a su condición de mujeres y a su orientación sexual. Esto no ocurre con muchos varones homosexuales porque sólo son discriminados por su orientación sexual cuando la hacen pública o no la pueden ocultar y no por su condición de género. En África y Asia muchas mujeres lesbianas han sido abusadas sexualmente o asesinadas a causa de su género y/o de su orientación sexual.

El término bifobia expresa rechazo respecto a las personas bisexuales negando la existencia de una verdadera orientación sexual bisexual o sosteniendo estereotipos que afirman que las personas bisexuales son promiscuas o deshonestas. Las personas bifóbicas niegan la realidad de la subjetividad bisexual basándose en una ideología heterosexista que afirma que sólo la heterosexualidad define la condición sexual humana.

En la década del ochenta del siglo XX muchos investigadores afirmaron que la bisexualidad no era una orientación sexual verdadera o legítima. Sostenían la idea de que muchos bisexuales eran en realidad homosexuales o lesbianas no asumidos pretendiendo simular la condición de heterosexuales y de esta forma, beneficiarse del orden social heteronormativo que en general sostienen la mayor parte de las sociedades actuales.

A partir de la bisexualidad se han construido distintos estereotipos basados en la negación de su real existencia. Un ejemplo de estereotipo es definir a la bisexualidad como una fase pasajera en el desarrollo psicosexual que el sujeto está experimentando. Otro ejemplo es afirmar que los bisexuales siempre traicionan a sus parejas con alguien del género opuesto a la misma. Esta es otra variante de las

ideas de promiscuidad (necesidad de tener múltiples parejas sexuales) y deshonestidad (engañarse a sí mismo al no asumirse como homosexual/lesbiana o engañar a su pareja).

Algunas feministas como la británica Bindel, nacida en 1962, dedicada a la lucha contra la violencia ejercida por los varones hacia las mujeres, rechazó inicialmente a las mujeres lesbianas usando los mismos argumentos que habían sido usados por los investigadores de la década de los 1980s cuestionando la realidad y verdadera existencia de la orientación sexual bisexual. Desde los 1990s el conflicto entre mujeres feministas y mujeres bisexuales han tendido a desaparecer y las mujeres bisexuales han sido paulatinamente aceptadas dentro del movimiento como resultado de una re-estructuración dentro del pensamiento feminista donde se comprendió más profundamente la naturaleza psicológica de la orientación sexual y se entendió que independientemente de cualquier orientación sexual una mujer sería discriminada debido a su género en cualquier sociedad de tipo heteronormativa y sostuviera la masculinidad radical. También se entendió que la orientación bisexual de algunas mujeres no implicaba automáticamente que dichas mujeres afirmaran una ideología sustentadora de la heteronormatividad o del heterosexismo.

Finalmente, desde la perspectiva de la teoría de la interseccionalidad desarrollada por Crenshaw⁴ en 1989, se puede afirmar que las situaciones de bifobia se profundizan, si se le suma el factor racial. Esto sucede cuando un sujeto bisexual puede llegar a ser triplemente discriminado; por ser mujer, por ser bisexual y por pertenecer a la raza negra.

Las personas transgénero son un miembro más de la comunidad LGBT. Como se ha indicado la letra L significa lesbianas, la letra G significa Gays, la letra B significa bisexuales y la letra T se refiere a las personas transgénero. A veces, la letra T significa travesti o transexual, pero no debemos olvidar que estos grupos constituyen identidades transgénero. Si buscamos un común denominador entre los miembros de la comunidad LGBT, este común denominador es que dicha comunidad se define en oposición a la heteronormatividad.

Durante gran parte del siglo XX se produjo una confusión entre los conceptos de orientación sexual e identidad de género. A partir de la década de los 70s se comenzó a diferenciar la identidad transgénero de la orientación sexual de una persona. Estableciéndose que una persona transgénero puede expresar cualquier orientación sexual, de la misma forma que lo puede realizar una persona *cisgénero*.⁵ Por lo tanto, una persona transgénero es aquella cuya identidad de género es diferente al género que se le asignó al nacer. También el concepto transgénero se aplica a personas que se diferencian de las identidades de género de tipo binario. Es posible hablar de género fluido o de la identidad transgénero denominada *genderqueer*, es decir, cuando el sujeto experimenta períodos de transición donde alternativamente se identifica con lo femenino, con lo masculino o con algún otro género. Finalmente, el concepto de transexualidad es una identidad transgénero por la cual el sujeto se identifica con el sexo biológico opuesto y desea vivir y ser

aceptado socialmente a partir de esa identificación.

La transexualidad y el travestismo así como otras identidades transgénero son considerados por la psiquiatría actual como un trastorno mental usando la clasificación *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.ª Ed; *DSM-V*; American Psychiatric Association [APA], 2013)⁶. Dicha asociación sostiene que las personas transgénero sufren de lo que denominan desorden de identidad de género presentándose cuando el sujeto afectado sufre de *disforia*⁷ de género. A su vez, partiendo de la clínica estructural psicoanalítica que divide las posiciones subjetivas de los sujetos en tres estructuras fijas (neurosis, perversiones y psicosis), las identidades transgénero han sido ubicadas en algunos casos dentro de la clínica de las psicosis o dentro de la clínica de las perversiones. En la actualidad algunos investigadores y representantes de la comunidad LGBT han protestado contra los diagnósticos efectuados por la psiquiatría y por parte del psicoanálisis exigiendo que las identidades transgénero no sean incluidas como patologías en la clasificación DSM o en la clínica estructural psicoanalítica.

La psiquiatría y el psicoanálisis difundieron una ideología negativa respecto a las personas transgénero. La psiquiatría indicó que las personas transgénero sufrían de un trastorno mental cuyo síntoma más destacable es la ya descrita disforia de género; mientras el psicoanálisis consideró a las identidades transgénero como desviaciones respecto de la neurosis, concepto asociado a la heteronormatividad y al herosexismo. La psiquiatría y el psicoanálisis rechazaron el concepto de construcción social e histórica de la sexualidad, concepto desarrollado por el pensador francés Foucault (1976) y perfeccionado por la teoría Queer, afirmando en cambio, una ideología transfóbica de carácter reduccionista sustentada en el principio de simplificación de tipo biologista y reproductivo.

En concordancia con lo mencionado, desde un punto de vista histórico, se puede afirmar que las identidades transgénero fueron percibidas como una patología mental frecuentemente asociada a la homosexualidad. Un típico prejuicio y confusión que tiende a afirmar que la orientación sexual homosexual puede derivar en la identidad transgénero. Este error es resultado de no poder comprender que la identidad transgénero no tiene ninguna relación con la orientación sexual del sujeto debido a que un sujeto transgénero puede presentar cualquier orientación sexual. Otro error muy común es pensar la identidad homosexual y la identidad transgénero como ejemplos de un tercer sexo más allá de la heteronormatividad.

En relación a su origen histórico, se puede afirmar, que la LGBT+ fobia social es producto del discurso sostenido por un sistema socio-sexual que afirma la imposición de la heteronormatividad obligatoria. Dicho sistema ha creado un orden social y sexual basado en el uso de una tecnología social descrita por Foucault (1975), tecnología acumuladora de poder y saber; normalizadora y correctiva, mediante el uso del panóptico y la ortopedia social; que establece qué cosa es ser hombre y qué cosa es ser mujer, permitiendo que el género masculino oprima al género femenino y a otras subjetividades asimiladas a lo femenino, que son

consideradas transgresoras del orden social heteronormativo.

“Si el poder, para Foucault es una vasta tecnología que atraviesa el conjunto de las relaciones sociales, una maquinaria que produce efectos de dominación a partir de un cierto tipo peculiar de estrategias y tácticas específicas, es necesario identificar los mecanismos, instrumentos y estrategias por las cuales se posibilita a determinados sujetos castigar, segregar o marginar a otros por el placer y uso del cuerpo diferente a la norma heterosexual. La situación de la homosexualidad y los significados con que se le asocia están dados, entre otros factores, por el rechazo abierto del discurso religioso; sanción social por ser considerada un acto inmoral, su asimilación a la enfermedad por parte de la psiquiatría y la psicología, la persecución policial y represión por parte de las instituciones legales y judiciales. Las consecuencias de dicha situación pueden ser diversas y tener diferente impacto en hombres y mujeres” (Cruz Sierra, 2011, p. 41).

Siguiendo la línea de pensamiento formulada por Mondragón (2009) acerca de distintas clases de homofobia, en este trabajo se intenta describir a la LGBT+ fobia, como fenómeno complejo a través de sus múltiples dimensiones: La dimensión personal, la dimensión interpersonal, la dimensión institucional y la dimensión cultural. Considerando a Morin (1999) no debemos excluir las dimensiones social, política e histórica.

La dimensión de LGBT+ fobia personal se sostiene en un sistema de creencias o pensamiento por el cuál la persona LGBT + fóbica considera que las personas LGBT+ son merecedoras de rechazo y discriminación. Explica la diversidad sexual como producto de un desorden genético o mental considerando a las personas LGBT+ como seres incapaces de controlar sus deseos sexuales desviados o simplemente inmorales. En la dimensión de LGBT – fobia personal también se produce el fenómeno de la LGBT+ fobia internalizada que será descrita posteriormente.

La dimensión de LGBT + fobia interpersonal ocurre cuando afecta la relación entre las personas en el contexto institucional. Esto sucede cuando la persona LGBT+ fóbica basándose en sus prejuicios produce situaciones de discriminación en el contexto institucional contra las personas LGBT+ como insultos, aislamiento en el trabajo, aislamiento en la escuela, e incluso violencia física.

La dimensión de LGBT + fobia institucional se manifiesta a través de discursos y prácticas LGBT+ fóbicas por parte de diversas instituciones gubernamentales, empresariales, educativas, sanitarias, religiosas, etc.

Una de las instituciones LGBT+ fóbicas más relevantes es la Iglesia Católica que desde los tiempos feudales hasta el presente se ha encargado de difundir un discurso LGBT+ fóbico condenando a la sexualidad sin fines reproductivos, incluyendo específicamente las prácticas sexuales masturbadoras y homosexuales. El discurso LGBT+ fóbico de la Iglesia Católica contribuyó enormemente a la difusión de la LGBT+ fobia en otras instituciones, e incluso influyó en el desarrollo

de la llamada dimensión de LGBT+ fobia cultural.

La dimensión de la LGBT + fobia cultural se expresa a través de normas sociales, de códigos de conducta, que pueden o no ser expresados conscientemente a través de leyes; pero siempre legitimando la opresión social y sexual que sufren las personas LGBT+. Debemos recordar que en la mayor parte de los países del mundo no existen todavía leyes permitiendo el matrimonio homosexual, la adopción por parte de parejas LGBT+ o el cambio de género. En algunos países las prácticas sexuales de las personas LGBT+ están penadas con prisión o muerte, esto último sucede en varios países de religión musulmana del continente africano. Sin embargo, en varios países europeos y de América el matrimonio o unión civil entre personas LGBT+ está siendo permitido. Esto sucede en Canadá, Estados Unidos, Argentina, la ciudad de México, etc. A su vez, en algunos países europeos y en Canadá fue aprobada la adopción de menores por parejas del mismo sexo o personas transgénero.

La dimensión de la LGBT+ fobia social se expresa a través de una ideología socio-sexual que una sociedad puede poner en práctica. Partiendo de su concepto de normalidad puede establecer que la heteronormatividad es la única forma aceptable de relacionarse sexualmente entre seres humanos.

La dimensión de la LGBT+ fobia política es aquella que es sustentada por la organización estatal: Desde el aparato del estado, desde un partido político dominante puede establecerse cuales son los comportamiento sexuales aceptados. Durante el nazismo, las personas no heterosexuales eran asesinadas en campos de concentración. En la actualidad, Rusia, propaga una ideología agresiva y discriminadora hacia la diversidad sexual no heterosexual.

En relación a la dimensión histórica, tal como lo ha indicado Foucault (1976), existe una historia de la sexualidad. Las prácticas sexuales han cambiado de un período histórico a otro. El concepto de normalidad sexual para una sociedad determinada históricamente, es un producto artificial y construido.

El sistema socio-sexual que impone el heterosexismo obligatorio es el principal responsable de la existencia del problema de la LGBT+ fobia como ha sido descrita a través de sus diversas dimensiones. Pero, esta imposición, tiene a su vez, graves consecuencias en el desarrollo de la identidad de género y o sexual de las personas.

Al crecer en una sociedad heteronormativa (casi todas las sociedades actuales lo son) el sujeto recibe a través de su educación sistemática y no sistemática ideas y conceptos negativos respecto a las conductas sexuales desviadas, transgresoras del orden heteronormativo establecido como la única conducta sexual normal en la sociedad. Recordemos que el término heteronormatividad, definido por Warner en 1991 hace referencia al conjunto de las relaciones de poder por las cuales la heterosexualidad se normaliza, se idealiza, definiendo la condición sexual humana.

“Para desarrollar una subjetividad sexual/o de género estable y saludable es necesario aceptarla e integrarla a la identidad/subjetividad personal y

poder expresarla al resto de las personas que nos rodean. La LGBT+ fobia internalizada interrumpe y hace patológico este desarrollo. La LGBT + fobia internalizada se manifiesta cuando una persona descubre que su subjetividad sexual/o de género no sigue los principios de la heteronormatividad y a su vez, ha internalizado los mensajes negativos respecto a las otras orientaciones sexuales o de género. Esta situación da por resultado que el sujeto en cuestión sienta rechazo a su verdadera subjetividad teniendo en muchos casos graves dificultades en asumirla. Este problema de identidad se asocia a otros desórdenes comórbidos como estrés, desorden de ansiedad, desordenes depresivos, adicciones, e ideaciones de suicidio, especialmente en sujetos adolescentes”. (Rzondzinski, 2018, p.47)

La LGBT+ fobia internalizada se presenta en la dimensión personal porque es una imagen especular de la LGBT + fobia externa, es decir, de la LGBT + fobia presente en el contexto social donde vive el sujeto. La situación de LGBT+ fobia internalizada lleva al sujeto en muchos casos al ocultamiento consciente o inconsciente de su verdadera identidad, incluso hacia sí mismo, sus amigos y familiares (cuando lo puede hacer). A veces, el sujeto hace alianza con sus propios opresores; oculta su condición LGBT+ en las instituciones sociales, educacionales, laborales, religiosas de las cuales participa y se podría afirmar que sostiene en muchos casos, desde una perspectiva psicoanalítica, una ética contraria a su verdadero deseo inconsciente.

Diagnóstico y tratamiento

En este apartado se va a analizar el modelo psicoterapéutico complejo de diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada. Teniendo en cuenta este objetivo, se describirán sus componentes fundamentales. Para ello, primero se describirán los síntomas del trastorno que serán utilizados para la construcción de un diagnóstico. Luego se definirán como serán utilizados los conceptos de relación terapéutica, alianza terapéutica, transferencia, deseo y mandato; integrándose a través de la mediación del pensamiento complejo con los aportes de la psicoterapia afirmativa. Para ello, se recurrirá al concepto de “externalización” y al concepto de “autorización” desarrollados por Michael White en el año 2007. Este psicoterapeuta e investigador australiano, fue el creador del modelo psicoterapéutico denominado “psicoterapia narrativa” basado en el pensamiento de Foucault. Finalmente se describirán las distintas etapas del tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada usando el modelo propuesto y las correspondientes intervenciones clínicas.

Hay diversos síntomas que nos indican la presencia de LGBT + fobia internalizada.

1. Es muy común, por ejemplo, que muchos varones homosexuales de aspecto viril busquen relacionarse con varones homosexuales no afeminados, ya sea a nivel de pareja o amistad. Esta elección indica cierto grado

de homofobia – internalizada, ya que esta búsqueda, tiene por objeto ocultar la verdadera orientación sexual, alejándose del estereotipo del varón homosexual afeminado celebrado festivamente por el mundo heterosexual.

2. Otro clásico síntoma de homofobia internalizada es cuando una persona LGBT+ se pregunta acerca de los motivos que explican la existencia de los “guetos LGBT+” afirmando desconocerlos. Esto sucede cuando un sujeto LGBT+ usando el mecanismo de defensa denominado “negación” hace una doble negación: Niega primero la existencia de la LGBT+ fobia social, para posteriormente negar la existencia de su propia LGBT+ fobia internalizada.
3. Un caso clásico de transfobia internalizada es cuando una persona transexual no acepta usar los pronombres o cambiar su nombre en relación al género que desea adoptar.
4. Un tercer síntoma de LGBT+ fobia internalizada sucede cuando un sujeto LGBT+ vive permanentemente angustiado de que su identidad LGBT+ pueda ser descubierta poniéndolo en un inminente peligro cuando no existe una verdadera razón para creerse en peligro.
5. La bifobia internalizada suele presentarse cuando una persona bisexual hace pública su relación de pareja con otra de género opuesto, pero oculta su relación de pareja con otra persona del mismo género.
6. La bifobia internalizada suele presentarse cuando una persona hace pública su orientación sexual en relación a personas del sexo opuesto, pero oculta su orientación sexual en relación a personas de su mismo sexo.
7. La homofobia internalizada suele presentarse en el caso de varones o mujeres homosexuales que regularmente se sienten atraídos romántica y sexualmente por sujetos heterosexuales.
8. La homofobia internalizada puede presentarse en sujetos homosexuales masculinos y femeninos cuando tratan de hacerse pasar por heterosexuales no habiendo razón alguna de peligro que justifique este ocultamiento.
9. Otro caso bastante común de homofobia internalizada sucede cuando homosexuales masculinos o femeninos buscan activamente parejas heterosexuales, para de esta forma, ocultar su verdadera orientación sexual.

Los principios fundamentales del tratamiento propuesto por el modelo psicoterapéutico complejo de la LGBT + fobia internalizada pueden resumirse en los siguientes seis puntos:

Punto 1: La relación terapéutica del modelo propuesto, la relación entre el paciente y su terapeuta, se sostiene a través de una alianza terapéutica consciente y de los procesos inconscientes de transferencia y contratransferencia. La relación terapéutica descrita en este modelo sostiene el principio dialógico debido a que integra los principios de la lógica consciente con los principios de la lógica

inconsciente. Dichas lógicas, suele considerarse por la lógica clásica como lógicas antagónicas. Este antagonismo no es relevante desde la perspectiva de la lógica de la complejidad porque ambas lógicas se encuentran ubicadas en el mismo nivel de realidad. Este mismo nivel de realidad es denominado “mente” o “psiquismo”. A su vez, la relación terapéutica es concebida como un sistema adaptativo complejo porque permite la coevolución en relación al mundo interno – externo del paciente y del mismo terapeuta durante el proceso de tratamiento con el propósito de reducir gradualmente y eliminar dentro de lo posible, la influencia negativa de la LGBT + fobia internalizada de la subjetividad del paciente. Por ello, se puede afirmar, que la relación terapéutica se sostiene mediante el uso del principio de auto-eco-organización. La mente humana no es sólo producto de la acción de factores internos (postura sostenida por el psicoanálisis ortodoxo psicólogo o la psiquiatría neurocientíficas biólogos) sino también de factores externos, es decir, de su entorno, de su ecosistema. La relación terapéutica así concebida pone de manifiesto la existencia de una lógica interna del sistema consciente – inconsciente y una lógica externa determinada por su ecosistema. A su vez, como se ha indicado, la relación terapéutica como sistema adaptativo complejo destaca la interacción y coevolución del paciente en el proceso de la cura como señala Lacan, como así también, del propio terapeuta durante el proceso terapéutico.

Punto 2: El modelo parte del reconocimiento del paciente, con la ayuda de su terapeuta, de su deseo inconsciente. Este reconocimiento implica en sí mismo un proceso por el cual el deseo inconsciente se hace consciente. Este proceso puede describirse como una batalla interna, es decir, una batalla en la mente del paciente, entre su deseo inconsciente, su verdadero deseo que pugna por salir a la consciencia, su deseo de no ser heterosexual, deseo que proviene del “ello”; y los mandatos que provienen del “superyó”, que representan en el psiquismo del sujeto el orden familiar y social del mundo exterior de carácter heteronormativo. A esta batalla interna se ve expuesto el “Yo” del sujeto que mediante sus mecanismos de defensa, se defiende primariamente del conflicto desatado entre las fuerzas del ello y las fuerzas del superyó en su mundo interno; y secundariamente, de los ataques LGBT+ fóbicos provenientes del mundo externo. También, el “Yo” se defiende de la acción curativa del propio terapeuta, esta defensa del “Yo” contra el terapeuta y el tratamiento ha sido denominada por el psicoanálisis *resistencia*. El proceso de acceso al deseo inconsciente del paciente se sostiene a través del principio de recursión donde se consideran los conceptos de bucle retroactivo, de autoproducción y de auto-organización. El producto de la relación terapéutica como sistema adaptativo complejo, es decir, de la alianza terapéutica consciente en situación de transferencia y contratransferencia inconsciente, es el deseo inconsciente del sujeto que afecta y modifica a su productor, es decir, el paciente; siendo esto un claro ejemplo de bucle retroactivo y de aplicación del principio de recursión sostenido por el pensamiento complejo.

Punto 3: Si el deseo inconsciente del sujeto se hace consciente, el Yo del sujeto

lo hace propio; si esto no sucede, si el verdadero deseo del sujeto no aflora a la conciencia, lo que aflora como su sustituto es una patología, la LGBT+ fobia internalizada, sus síntomas y desórdenes asociados. De esto puede deducirse que el sujeto como productor puede producir salud o puede producir patología. En ambos casos el sujeto será determinado por su propio producto tal como lo afirma el principio de recursión proveniente del pensamiento complejo.

Punto 4: El modelo terapéutico propuesto en este artículo afirma el verdadero deseo inconsciente del sujeto, es decir, la verdadera subjetividad del sujeto, su verdadera identidad de género y/o de orientación sexual en oposición al mandato representado por el orden social heteronormativo.

Punto 5: Partiendo del principio hologramático se puede afirmar que en una organización (consideramos aquí como organización al orden social) el todo, está inscripto en cada una de sus partes. Este todo presenta lógicamente, una inscripción estructural del todo en la parte. Si el todo es el orden heteronormativo LGBT+ fóbico sostenido por una sociedad determinada, dicho todo estará inscrito en todas sus partes, es decir, en todas las subjetividades individuales que configuran dicho sistema social. Dichos subjetividades en función de su dimensión de género, su dimensión de orientación sexual, su propia auto-eco-organización, expresarán con diversa intensidad LGBT – fobia social o LGBT – fobia internalizada.

Punto 6: Cuando el deseo inconsciente del sujeto comienza a hacerse consciente es cuando el terapeuta inicia la aplicación de la estrategia de externalización de la LGBT+ fobia internalizada. Es decir, se externaliza la LGBT+ fobia internalizada del paciente y se la devuelve a su contexto social de donde proviene. Recordemos que la LGBT+ fobia internalizada es un producto originado por el orden heteronormativo LGBT+ fóbico. Durante el proceso de hacer consciente lo inconsciente (el deseo inconsciente subjetivo) es cuando el terapeuta ayuda al sujeto a implementar la estrategia de autorización de su subjetividad. Este proceso está determinado por el principio de emergencia proveniente del pensamiento complejo, esto es cuando emergen cualidades nuevas en la subjetividad del paciente que no pueden reducirse a las iniciales y que ahora retro-actúan sobre el sujeto y el mismo terapeuta. Esto es en términos terapéuticos cuando, paciente y terapeuta comienzan a re-escribir o autorizar la subjetividad del paciente ya separado de su trastorno. Durante este proceso el sujeto gradualmente se quita la opresión que había sido ejercida por la LGBT+ fobia internalizada sobre su psiquismo, removiendo de sí mismo las falsas conclusiones que había sostenido acerca de su subjetividad debido a la acción de su trastorno. De todas maneras este proceso no nos permite saber con precisión la prognosis del paciente, la sexualidad humana no puede definirse a través de ideas claras y distintas como había indicado Descartes. Se puede afirmar que la dimensión de género y la dimensión de orientación sexual están sujetas al principio de borrosidad proveniente del pensamiento complejo y esto es lo que nos hace humanos.

A continuación se van a describir las distintas etapas que sujeto en tratamiento

de la LGBT+ fobia internalizada suele recorrer. Cada etapa describe la posición del sujeto en su camino a “*la salida del armario*”. El armario es una metáfora que represente a la LGBT+ fobia internalizada del sujeto. Las etapas del tratamiento son las siguientes:

Etapas 1: Confusión acerca de la identidad de género y/o de orientación sexual. En esta etapa el sujeto generalmente no es consciente de su verdadera dimensión o identidad de género y/u orientación sexual. Por ello, no puede verse a sí mismo desde la perspectiva de su verdadera identidad. Su verdadera identidad está oculta a nivel de deseo inconsciente. Su identidad manifiesta, es decir, la que se expresa ante sí mismo, ante su familia y ante la sociedad está determinada por su LGBT – fobia internalizada. El terapeuta ayuda al paciente a explorar su identidad de género y o de orientación sexual.

Etapas 2: Exploración y comparación de diversas identidades de género y/u orientación sexual. En esta etapa el paciente comienza a considerar que quizá su dimensión de identidad y/u orientación sexual es distinta a la indicada por la heteronormatividad. El terapeuta normaliza la experiencia de exploración y comparación. Sostiene el deseo del sujeto de explorar y comparar.

Etapas 3: Tolerancia de la propia identidad. En esta etapa el sujeto comienza a tolerar la idea de que quizá no sea heterosexual y empieza a aceptar de manera más positiva poseer una subjetividad que no se ajusta a la heteronormatividad. El terapeuta ayuda a su paciente a aceptarse a sí mismo y no maltratarse.

Etapas 4: Aceptación de la propia identidad. En esta etapa el sujeto LGBT+ se mueve de una posición de tolerancia a una posición de aceptación de su verdadera subjetividad. El sujeto comienza a sentirse identificado como perteneciente a la comunidad LGBT+ como un todo. A su vez, por primera vez, puede diferenciar la comunidad LGBT+ como una parte integrante de la sociedad global. Al hacer esta diferencia, el sujeto incrementa su agresividad contra otras partes de la sociedad que difundieron y difunden discursos LGBT+ fóbicos, heteronormativos y heterosexistas. El terapeuta sostiene ayuda al paciente a aceptar su verdadera subjetividad. El terapeuta acepta la agresividad del paciente y lo ayuda a reflexionar más claramente.

Etapas 5: Orgullo de la propia identidad. En esta etapa los sujetos LGBT+ se integran plenamente en la cultura LGBT+ y reducen sus interacciones con sujetos heterosexuales. También, muchos sujetos LGBT+ comienzan a confrontarse directamente con los sujetos heterosexuales. Tienen dificultades para distinguir que sujetos heterosexuales son heterosexistas o LGBT+ fóbicos y cuales no lo son. Sus verdaderos deseos sexuales anteriormente reprimidos o distorsionados por su LGBT+ fobia internalizada ahora son expresados explosivamente contra el mundo heteronormativo. Su necesidad de adquirir un mayor conocimiento respecto de la comunidad LGBT+ se incrementa. Es interesante observar que algunos sujetos LGBT+ comienzan a discriminar a los sujetos heterosexuales y desarrollan una fuerte actitud crítica y heterofóbica. Su pensamiento se polariza: “Son ellos contra nosotros”. El terapeuta continúa afirmado el deseo de su paciente. A su vez, lo ayuda

a enfrentarse a su heterofobia.

Etapa 6: Síntesis de identidad personal. Esta es una etapa de integración subjetiva y colectiva. A nivel subjetivo el sujeto LGBT+ ya no presenta una división, una escisión de su dimensión personal entre una falsa subjetividad creada por su LGBT+ fobia internalizada y otra oculta que es su verdadera subjetividad, ya no hay un deseo consciente que oculta y oprime un deseo inconsciente que quiere liberarse de su opresión, el sujeto LGBT+ va concluyendo su estadio de externalización para ser pura “autorización”, es decir, ser el verdadero autor, creador, de su verdadera subjetividad, o sea, sin miedos, el sujeto LGBT+ expresa su verdadera dimensión de género y de orientación sexual. Lo que sucede a nivel individual presenta un correlato a nivel colectivo. A nivel colectivo desaparece la diferencia entre “nosotros (sujetos LGBT+) y ellos (sujetos heterosexuales)”. Los sujetos LGBT+ comprenden que no todos los sujetos heterosexuales son LGBT+ fóbicos y heterosexistas.

Conclusión

En este artículo se describió la construcción y puesta en práctica de un modelo complejo psicoterapéutico para el diagnóstico y tratamiento de la LGBT+ fobia internalizada. Se explicó que en psicoterapia los modelos psicoterapéuticos pretenden describir la realidad representada por el trastorno emocional; en nuestro caso, la realidad representada por la LGBT+ fobia internalizada. De acuerdo con lo anterior, se agregó que los modelos psicoterapéuticos parten de una determinada concepción de la estructura de la mente humana y de las posibles patologías que pueden afectarla.

Se indicó que el objetivo principal de este artículo fue describir cómo fue construido el modelo psicoterapéutico complejo propuesto, partiendo de un diálogo facilitado por el pensamiento complejo, entre la psicoterapia psicoanalítica y la psicoterapia afirmativa de la condición LGBT+ en su versión narrativa, basada en el pensamiento de Foucault.

En concordancia con lo anterior, se analizaron los principios fundantes del pensamiento complejo (principio dialógico, principio de recursión, principio hologramático, principio de emergencia, principio de auto-eco-organización y principio de borrosidad) y cómo dicho pensamiento facilitó la articulación de las psicoterapias integradas en el modelo propuesto. Se destacó la importancia del modelo desarrollado en este trabajo debido a su capacidad de poder satisfacer de manera ética y adecuada a la comunidad LGBT+ que fue y es; discriminada y perseguida en la mayoría de las sociedades actuales.

Asimismo, se describió la naturaleza y diferencia entre el fenómeno de la LGBT+ fobia social y el fenómeno de la LGBT+ fobia internalizada explicándose cómo se realiza el diagnóstico de la LGBT+ fobia internalizada y cómo se identifican los síntomas más clásicos del trastorno. A su vez, se describió cómo se usan los conceptos de relación terapéutica, alianza terapéutica, deseo y mandato

provenientes de la psicoterapia psicoanalítica y cómo se los integra mediante los principios del pensamiento complejo con las estrategias narrativas de externalización y autorización.

Finalmente, se describieron los puntos centrales del tratamiento a aplicar y las distintas etapas que el sujeto suele atravesar en su proceso de “salida del armario” durante su enfrentamiento con la LGBT+ fobia internalizada.

Notas

- 1 Many people who seek therapy believe that the problem of their lives are a reflection of their own identity, or the identity of others, or a reflection of the identity of their relationships. This sort of understanding shapes their efforts to resolve problems, and unfortunately these efforts invariably have the effect of exacerbating the problems. In turn, this lead people to even more solidly believe that the problem of their lives are a reflection of certain “truths” about the nature and their character, about the nature and the character of others, or about the nature and character of their relationships. In short, people come to believe that their problems are internal to their self or selves of others – that they or others are in fact, the problem. And this beliefs only sinks them further into the problems they are attempting to resolve.
- 2 Externalizing conversations can provide an antidote to these internal understandings by objectifying the problem. They employ practices of objectification of the problem against cultural practices of objectification of people. This makes it possible for people to experience an identity that is separate from the problem; the problem becomes the problem, not the person. In the context of externalizing conversations, the problem ceases to represent the “truth” about people’s identities, and options for successful problem resolution suddenly become visible and accessible.
- 3 En este capítulo se usarán las expresiones LGBT – fobia o LGBT – fobia internalizada partiendo de los términos ingleses: Lesbians, gays, bisexuals, transgenders.
- 4 La teoría de la interseccionalidad afirma la existencia de identidades sociales ocultas en intersección entre ellas y con sus correspondientes sistemas de opresión.
- 5 Término que describe personas cuya identidad de género y género asignado al nacer coinciden.
- 6 La Asociación Estadounidense de Psiquiatría publica regularmente la serie DSM (Diagnostic Statistical Manual of Mental Health Disorders). Recientemente se ha publicado el DSM – 5
- 7 La disforia de género se refiere a cuando el sujeto siente un significativo nivel de distrés debido a la discordancia entre su identidad de género y su sexo socialmente asignado siguiendo criterios biológicos con los cuales el sujeto no se identifica.

Referencias bibliográficas

- Ardilla, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 66-77. Recuperado de: <https://bit.ly/2Xr0q4f>
- Aries, P., Béjin, A. y Foucault, M. (1982). *Sexualidades Occidentales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cruz Sierra, S. (2011). La homofobia en los crímenes de odio y el homicidio masculino: expresión de poder, de la sexualidad y de género. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(3), 38-54. Recuperado de: <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/572>
- Dodds, J. (2011). *Psychoanalysis and Ecology At The Edge Of Chaos*. Nueva York, NY: Routledge.
- Evans, D. (2015). *Diccionario introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fonseca Hernández, C. y Quintero Soto, M. (2009). La teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *México, Sociológica (Méx)*, 24(69), 43-60. Recuperado de: <https://bit.ly/2eKkLie>
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica II*. México, México. Fondo de Cultura Económica.

- Mondragón, J. (2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia. Un análisis sociológico. *México, Sociológica (Mex)*, 24(69), 123-156. Recuperado de: <https://bit.ly/1PMtSJy>
- Morin, E. (1998). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona, España. Gedisa.
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Paris, Francia. UNESCO.
- Rzondzinski, D. (enero, 2017). Subjetividades transgresoras y homofobia internalizada. *Revista Perspectivas (Col)*9.
- Rzondzinski, D. M. (2019). Construcción de un modelo psicoterapéutico complejo para el diagnóstico y tratamiento de la LGBT – fobia internalizada (Tesis doctoral no publicada, Multiversidad Mundo Real Edgar Morin, México, México).
- Pozzoli, M. (2006). El sujeto de la complejidad. La construcción de un Modelo Teórico Transdisciplinar (eco-psico-socio-histórico-educativo). *POLIS Revista Latinoamericana*, 15. Recuperado de: <http://journals.openedition.org/polis/4921>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York, NY: Norton & Company.