

UNA PROPUESTA PARA ABORDAR LA DOBLE CEGUERA: LA TERAPIA FAMILIAR CRÍTICA SENSIBLE AL GÉNERO

A PROPOSAL TO ADDRESS THE DOUBLE BLINDNESS: CRITICAL FAMILY THERAPY SENSITIVE TO GENDER

Lidia Karina Macias-Esparza

Universidad de Guadalajara/Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica, México

Esteban Laso Ortiz

Universidad de Guadalajara/Instituto Tzapopan, México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Macias-Esparza, L.K. y Laso Ortiz, E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: La Terapia Familiar Crítica sensible al Género. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 129-148.

Resumen

En este texto reflexionamos sobre los sesgos de género en la terapia familiar, así como las implicaciones que tienen en el proceso de salud-enfermedad, diagnóstico y tratamiento de hombres y mujeres, y evidenciamos la doble ceguera respecto al género imperante en la disciplina: no sólo no sabemos sino que no sabemos que no sabemos. Exponemos argumentos que abogan por el desarrollo de una terapia familiar crítica sensible al género desde la formación de las y los psicoterapeutas, lo cual supone la inclusión explícita de la perspectiva de género en los programas de formación, y la revisión y actualización de nuestras teorías y prácticas, para facilitar una atención más respetuosa, equitativa, incluyente y eficaz. Finalmente, proponemos algunos lineamientos de esta terapia familiar crítica sensible al género, haciendo hincapié en el concepto de circularidad.

Palabras clave: *Perspectiva de género, formación de terapeutas, sesgos de género, psicoterapia sensible al género.*

Abstract

In this text, we reflect on the gender bias in family therapy and its implications for the process of health-disease, diagnosis and treatment of men and women; and we highlight the double blindness with respect to the prevailing gender in the discipline: not only we don't know, but we don't know that we don't know. We advocate for the development of a gender-sensitive critical family therapy in the education of psychotherapists, which implies updating our theories and practices in the light of gender, to facilitate a more respectful, equitable, inclusive and effective care. Finally, we propose a few guidelines for this gender-sensitive critical family therapy and briefly discuss the notion of circularity.

Keywords: *Gender mainstreaming, psychotherapy training ; gender biases, gender-sensitive therapy*

Fecha de recepción: 20/10/2016. Fecha de aceptación v1: 21/01/2017. Fecha de aceptación v2: 07/02/2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lidia.macias@valles.udg.mx

Dirección postal: Centro Universitario de los Valles. Carretera Guadalajara-Ameca Km. 45.5.

C.P. 46600, Ameca, Jalisco, México.

© 2017 Revista de Psicoterapia



Introducción

En la actualidad, la mayoría de las y los terapeutas familiares y de pareja pueden coincidir en que la discriminación y los prejuicios basados en el sistema sexo/género, —también llamado sexismo—, son profundamente negativos y iatrogénicos. En palabras de Medina:

[El discurso machista] oprime, rechaza, estigmatiza y excluye cualquier forma de vida que se genere distinta a la retórica del mito de la familia nuclear machista... En este tipo de cultura [las personas] estructuran sus códigos morales con un discurso paradójico que lleva a las personas a enfermar. Por ejemplo, un divorcio, una madre soltera, un hijo sin padre o ser homosexual, las personas lo viven con un gran rechazo moral por la red familiar y comunitaria a la que pertenecen y, por otro lado, hay una total indiferencia al maltrato y abuso familiar, se conciben como normal. (Medina, 2011; p. 295).

Es un hecho indiscutible que la discriminación de género existe en muchas esferas: política, económica, laboral, académica, social. Sin embargo, la mayoría de psicoterapeutas creen que las categorías, técnicas y diagnósticos que emplean en su práctica están exentos de esta discriminación y prejuicios; que son imparciales, independientes del género, orientación sexual, clase y condiciones sociales de quienes los ejercen y quienes los reciben; en suma, que son objetivos. Contrariamente a esta creencia, afirmamos, junto con Gergen y McNamee, (1996), que “las teorías y prácticas terapéuticas tienen un fuerte sesgo ideológico. La profesión de la salud mental no es ni política ni moralmente neutral y tampoco son neutrales sus evaluaciones” (p.18).

Así, en los últimos años se ha reconocido que las prácticas y creencias en torno al género y los aspectos de poder, desigualdad y discriminación que de éste se desprenden inciden en el proceso de salud-enfermedad mental; por ello, la Organización Mundial de la Salud (2004) ha declarado que la discriminación de género y otras condiciones sociales y económicas constituyen factores de riesgo para la salud física y mental, por lo que recomienda que los programas y políticas en el área de la salud se evalúen para identificar en qué medida son receptivos a las cuestiones de género (Organización Mundial de la Salud, 2011)¹.

Dado que todas las personas, incluidas las y los terapeutas, fuimos educadas y socializadas en familias y culturas donde existen contenidos sexistas, racistas, clasistas, homofóbicos y discriminatorios (Zimmerman y Haddock, 2001), es lógico pensar que, sin una visión crítica y sensible al género, los psicoterapeutas podrían participar e incluso (re)producir de manera involuntaria procesos de iatrogenesis y exclusión social en su trabajo cotidiano, convirtiendo a la empresa terapéutica en un instrumento de la desigualdad y no del cambio.

De estos y otros datos se desprende que las concepciones y prácticas más extendidas sobre la salud mental están marcadas por un *sesgo de género* que tiene consecuencias en varios ámbitos relacionados con la salud mental: la existencia de

modelos teóricos sesgados; la manera en que enferman hombres y mujeres y el tratamiento que se les brinda, lo cual les afecta de manera diferenciada, incidiendo en el tipo de atención que reciben por parte de las y los psicoterapeutas y en el decurso y pronóstico de los procesos terapéuticos.

A continuación, presentamos una breve historia de los estudios de género, extrayendo sus implicaciones para la práctica y la formación de los terapeutas, en especial en lo tocante a la “doble ceguera”; luego, ilustramos los sesgos de género en la psicoterapia utilizando un ejemplo y finalmente proponemos una visión alternativa sensible al género.

Conceptos básicos de los estudios de género.

Los estudios de género constituyen un conjunto de disciplinas y orientaciones cuyo objetivo es evidenciar, interpretar y transformar las construcciones del género y su relación con la estructura de poder y privilegio en las sociedades. Su punto de partida es la distinción misma entre “sexo” y “género”, que se ha ido precisando desde que Money (1955; citado en Fernández, 2010) acuñara el término “género” para referirse al papel social que se asigna a los individuos con base al sexo anatómico. Posteriormente Millet (1969) haría alusión al género entendido como los roles sociales asignados a un sexo; y Rubin (1986) usaría el concepto “sistema sexo-género” para denominar “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas (p. 97)”. Finalmente, en un artículo clásico, Scott (1999) destacaría la indisoluble relación con el poder al definir el género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos” y “una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder” (p. 65).

La célebre frase de Simone de Beauvoir (1949), “no se nace mujer: se llega a serlo”, recoge la esencia de estos postulados: el género, lejos de venir “dado” desde el nacimiento o determinado por los genes y la anatomía, es producido por un proceso de socialización en el que las personas van integrando los valores, estilos, rasgos y comportamientos en función del género que su cultura les atribuye y reprimiendo los demás a través de mecanismos de control social, como la humillación o la exclusión, que se internalizan en forma de vergüenza o culpa. De hecho, de los estudios sobre masculinidades (una de las facetas de los estudios de género) se deduce que la masculinidad es un acto que debe “performarse” (es decir, reproducirse) constantemente ante una audiencia, principalmente masculina, que lo refrenda o censura (Kimmel, 2010), por lo que a “no se nace varón, se llega a serlo” cabría añadir “y además hay que demostrarlo continuamente”.

Estas ideas se consolidan en las décadas de los setenta y los ochenta con los denominados *estudios de género* que agrupan distintos campos disciplinarios en los cuales se enmarcan los estudios feministas y de las masculinidades en sus diversas corrientes. Dichos estudios incorporan la *perspectiva (o enfoque) de género* como

una herramienta conceptual, una forma de observar la realidad y de intervenir en ella a través del señalamiento del papel histórico, social y cultural del género, cuestionando las concepciones biologicistas y esencialistas de las diferencias entre hombres y mujeres.

Uno de los principales aportes de los estudios de género es el reconocimiento de la estructura patriarcal de la mayoría de culturas contemporáneas y sus prácticas, que adoptan tácitamente lo masculino como referente universal, lo cual ha sido denominado “sesgo androcéntrico”. Distintas disciplinas del conocimiento han evidenciado exhaustivamente la presencia de este sesgo, entre las que destacan la medicina, la psiquiatría, la arquitectura, la economía, las tecnologías de la información y la psicología (Cantero, 2009; Ferrer & Bosch, 2005; Grela & López, 2011; Guanipa & Woolley, 2000; Martínez, 2011; Mayordomo & Carrasco, 2000; Moss-Racusin, Dovidio, Brescoll, Graham, & Handelsman, 2012; Sanchez, 2013; Valls, 2008, 2014; Vinyals, Giral, & Raich, 2015).

En el campo de la salud, Sen, George y Östlin (2005) mencionan que es imprescindible reconocer que “el sesgo de género y la inequidad existen y funcionan a lo largo de muchas dimensiones como los servicios, la investigación y las políticas mismas; en diferentes subcampos como los de salud ocupacional, ambiental, reproductiva y mental, y en diferentes niveles, en el hogar, la comunidad, los proveedores y los sistemas de salud” (p. 30).

Sesgos de género en psiquiatría y psicoterapia

Los estudios de género afirman que las culturas y sociedades occidentales se caracterizan por su sesgo androcéntrico; por ende, la psiquiatría y la salud mental no pueden ser la excepción. En efecto, la adopción de la perspectiva de género ha permitido identificar los *sesgos de género* (entendidos como “errores sistemáticos –en contraposición a errores aleatorios– que derivan en resultados equivocados”; Vinyals, Giral, y Raich, 2015; p. 16) presentes en la producción y aplicación del conocimiento. Estos sesgos o errores sistemáticos según Caprile, Valles, y Palmen (2012; p. 3) “consisten en asumir los estereotipos de género como supuestos científicos [concretándose] en el supuesto erróneo de igualdad entre hombres y mujeres (adoptando lo masculino como referente universal) o en el supuesto erróneo de diferencias entre hombres y mujeres (exacerbando diferencias biológicas o esencializando –naturalizando– diferencias socialmente construidas)”.

En el caso de la psiquiatría y la psicología, el sesgo androcéntrico ha estado presente desde sus orígenes (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz, y Vogel, 1970; Stratford, 1998; Weiner y Boss, 1985; Werner-Wilson, Price, Zimmerman, y Murphy, 1997): al erigir tácitamente la experiencia de los varones como la norma, la experiencia y prácticas de las mujeres fueron patologizadas e invisibilizadas. Los trastornos mentales se entendieron desde sus inicios bajo una representación y atributos femeninos, lo que ha sido denominado “feminización de la locura” (Ruiz y Jiménez, 2003; Showalter, 1987). Como lo señala Sáez (1981),

la ideología sexista contribuyó a psiquiatrizar los roles femeninos, situación que perdura implícitamente en términos como histérica, esquizofrenógena, ansiógena, castrante, instigadora, manipuladora, entre otros, usados casi indefectiblemente junto a las palabras “mujer” y “madre”.

Tavris (citada en Bonilla, 2010a) advierte que una buena parte del conocimiento psicológico presenta un sesgo androcéntrico; para emplear terminología afín al modelo sistémico (el tercer axioma de la comunicación enunciado por Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1997), la psicología tiende a estar “puntuada” desde una perspectiva masculina. Este sesgo se hace evidente al cambiar la puntuación de una afirmación psicológica cualquiera: por ejemplo, de “las mujeres tienen menor autoestima que los varones”, cuya puntuación es androcéntrica porque toma como norma o punto de referencia al varón, a “los varones son más pretenciosos que las mujeres”, puntuación no androcéntrica (para más ejemplos, véase Bonilla, 2010a). Lejos de haber desaparecido, el sesgo androcéntrico continúa activo y se traduce en prejuicios heterosexistas y homofóbicos aún presentes en la teorización y práctica de la terapia familiar (Gómez, 2015).

Por otra parte, en el ámbito de los diagnósticos, existen diferencias notables entre hombres y mujeres en relación a la frecuencia y motivos de consulta, diagnósticos y tratamientos asignados en el campo de la salud mental. En primer lugar, las mujeres son más propensas a buscar ayuda por problemas de salud mental (Mackenzie, Gekoski, y Knox, 2006; Oliver, Pearson, Coe, y Gunnell, 2005) y se les prescriben, en igualdad de condiciones, más psicofármacos (García et al., 2005; Markez et al., 2004). En segundo lugar, existen diferencias epidemiológicas en los trastornos mentales por género: a las mujeres se les diagnostica con más frecuencia de trastornos de ansiedad, de personalidad límite, de la conducta alimentaria y trastornos de dolor, así como de trastornos afectivos, principalmente depresión, incluso aunque tengan resultados similares en pruebas estandarizadas o síntomas idénticos a los varones (Astbury, 2001); mientras que a los varones, de trastornos de personalidad antisocial y narcisista, trastorno delirante celotípico, del control de los impulsos, así como abuso y dependencia de sustancias (Barberá y Martínez, 2004; Bonilla, 2010a, 2010b; Ferrer y Bosch, 2005; Grela y López, 2011; Montero et al., 2004; Organización Mundial de la Salud, 2004; Ruiz y Jiménez, 2003; Sebastián, 2001). Hyde (1995) propone dos explicaciones que trascienden la (discutida) diferencia de sexo integrando la socialización de género: o bien hay más mujeres enfermas como consecuencia del estrés o del rol femenino, o bien, las mujeres no tienen mayores problemas de adaptación que los hombres pero están más dispuestas a reconocer sus problemas y someterse a psicoterapia por la socialización recibida.

Asimismo, los sesgos de género, los estereotipos y la discriminación pueden traducirse en un trato diferenciado e inequitativo en el tratamiento psicoterapéutico: en comparación con los hombres, las mujeres sufren hasta tres veces más interrupciones en su discurso en las sesiones de psicoterapia (Werner-Wilson, Murphy, y

Fitzharris, 2004), se les responsabiliza casi exclusivamente de los problemas familiares, son más frecuentemente patologizadas y tratadas de forma irrespetuosa (Haddock y Lyness, 2002; Haddock, MacPhee, y Zimmerman, 2001). En la misma línea, ChenFeng y Galick, (2015) identificaron en el ejercicio de las y los psicoterapeutas los siguientes discursos de género: 1) los hombres deben ser la autoridad, 2) las mujeres deben ser las responsables de las relaciones, y 3) las mujeres deben proteger a los hombres de la vergüenza.

En suma, el sistema de creencias acerca del género no es inocuo y tiene implicaciones negativas en la atención que se brinda. Como mencionan Walters, Carter, Papp, y Silverstein, (1996) “no hay tal cosa como la ‘neutralidad respecto del género’. La ‘neutralidad’ significa dejar a los presupuestos patriarcales... implícitos e incuestionados” (p.32). Además, el que en las investigaciones citadas no se reporten diferencias respecto al género de las o los terapeutas apoya la idea de Gergen y McNamee (1996) de que “el patriarcado no es un conjunto de machos dedicados a oprimir a las mujeres (aunque sea posible percibirlo así); es una manera de experimentar y expresar ideas acerca del género que son una herencia cultural para ambos sexos” (p. 32).

Sesgos de género en la práctica: un ejemplo de derivación de caso

Sin una visión sensible al género, los psicoterapeutas pueden, involuntariamente, participar en y promover procesos de iatrogenesis, exclusión y discriminación. Esta afirmación puede parecer aventurada²; sin embargo, la confirmamos a diario en nuestra práctica, en nuestro contacto con colegas profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, etc.) quienes nos derivan a personas, parejas o familias o con quienes colaboramos en diversos contextos institucionales y formativos. Para ilustrarla, reseñamos una derivación de un tipo muy frecuente en el contexto en que trabajamos (el sistema de salud mexicano). El caso es referido tal cual nos lo hizo llegar una colega psicoterapeuta; los nombres han sido modificados en aras de la confidencialidad.

Irene (la paciente identificada) tiene dos hijos pequeños; no trabaja ni estudia; sólo es ama de casa. Vive en unión libre con Juan, que es de carácter fuerte y explosivo.

Hace un mes Juan inicia una relación con una chica que conoce en una fiesta y empieza a no dormir en casa y a no contestar el teléfono a Irene “por motivos de trabajo”. Irene descubre la infidelidad al revisar el teléfono móvil de Juan; al confrontarlo, éste la agrede verbalmente, a lo que han seguido dos o tres episodios de violencia física bajo el efecto del alcohol. Irene se encuentra muy deprimida y con ideas de muerte; en las últimas dos semanas ha tomado pastillas y tratado de cortarse las venas a la altura de las muñecas, aunque se trata de intentos más manipulatorios que suicidas. Su conducta es impulsiva, inmadura, dependiente y manipuladora; por ejemplo, en medio de una discusión con su marido llamó a la policía

acusándolo, falsamente, de que la estaba golpeando; ha amenazado con irse del país dejando a los hijos bajo la custodia de Juan.

Ha estado en tratamiento psiquiátrico intermitente desde hace un año con poca adherencia, al cual regresa tras haberse embarazado por tercera vez. Juan está dispuesto a ayudarla activamente.

Esta derivación *prima facie* “neutral” encierra varios supuestos sexistas y patriarcales, que enumeramos a continuación:

1. “*No trabaja* ni estudia, *sólo* es ama de casa”: desde esta perspectiva, el trabajo doméstico, el cuidado y crianza carecen de valor porque no son “productivos” económicamente; el que “*sólo*” sea ama de casa sugiere una imagen de pereza, dependencia y “falta de realización en la vida”.
2. Las autolesiones de Irene son descritas como manipulación, no como (por ejemplo) petición desesperada de ayuda, lo que les resta importancia, predisponiendo al psicoterapeuta en su contra y reduciendo la probabilidad de que realice una valoración profunda del riesgo suicida.;
3. Quien deriva contextualiza el deseo de Irene de irse del país como un abandono de sus hijos/as, asumiendo que es ella quien, como mujer y madre, tiene las características “naturales” y la obligación de hacerse cargo de los niños/as y que trasladársela a Juan sería injusto, con lo que se alía sin saberlo con éste constriñendo las posibilidades de aquella.;
4. La conducta de Juan es expuesta *sin vincularla con el malestar de Irene, mucho menos responsabilizándolo por las consecuencias de sus actos*: la infidelidad, el consumo repetido de alcohol, la violencia psicológica y física contra Irene. Incluso se afirma, sin rastro de ironía, que “está dispuesto a ayudarla”;
5. Así, al dar fe de la “buena voluntad” de Juan, que está dispuesto a hacer “lo que sea” para “ayudar a su mujer”, quien deriva le facilita colocarse en una posición frecuente en casos como éste en un entorno patriarcal: terminar la relación con Irene sin sentimientos de culpa porque ya la ha dejado en manos del psicoterapeuta.

Elegimos expresamente este ejemplo porque es representativo de cómo el sesgo de género pasa inadvertido detrás de la jerga profesional, conduciendo a prácticas perjudiciales que normalizan y justifican la violencia y la inequidad. No pretendemos negar la dificultad de estos casos, ni tampoco minimizar su complejidad, urgencia o riesgo; mucho menos censurar a los profesionales que los han derivado, en su mayoría comprometidos, responsables y competentes. Buscamos señalar que, al “puntuar” los eventos de este modo, el psicoterapeuta se cerrará, sin saberlo, a abordajes más provechosos y saludables, ignorando la necesidad de evidenciar e interrumpir la violencia antes de nada, de generar una alianza terapéutica con Irene para identificar recursos (Duncan, Miller y Sparks, 2004), de despatologizar su experiencia comprendiéndola como legítima secuela de la violencia de pareja y de mapear, fortalecer y acrecentar su red de apoyo social

(Sluzki, 2009). Sostenemos que no se trata de un déficit de formación profesional sino que *esta es casi siempre ciega a los sesgos de género que la permean*, ya que como se discute más adelante, en la ingente mayoría de ofertas educativas no se propician espacios de forma explícita y articulada para evidenciar y desafiar dichos sesgos a lo largo de la misma.

Implicaciones iatrogénicas del sesgo de género en el caso de Irene

Este sesgo de género podría conducir a las siguientes prácticas iatrogénicas:

1. Focalizar la sintomatología como una expresión individual de la que se responsabiliza primordialmente a Irene, quien según la derivación es “la enferma” (ya que es ella quien presenta los síntomas). La perspectiva sistémica, como es empleada habitualmente, conduciría a “ampliar la mirada” más allá del “portador del síntoma” (o “paciente identificado”); pero, por lo general, esta mirada abarcaría únicamente la diada o, a lo sumo, la familia ampliada, y raramente tomaría en cuenta la socialización de género.
2. Enfocar a Irene como la responsable primordial de los problemas con su pareja e hijos hasta el extremo de culparla por la violencia o su repetición (“por algo sigue en la relación”), invisibilizando o exculpando a Juan y descartando su participación.
3. Describir como “naturales” las características de Juan correspondientes a la masculinidad hegemónica (el ser fuerte y explosivo, consumir alcohol, utilizar la violencia física, ser distante emocionalmente y tener varias parejas sexuales), y también las de Irene coincidentes con el estereotipo del rol femenino (la depresión, los cuidados hacia los otros, la pasividad, inconstancia, impulsividad e irracionalidad), lo que conduce a que no sean entendidas como producto de un aprendizaje y señaladas como parte del problema, cuestionadas o abordadas.
4. Ignorar la asimetría jerárquica estructural entre Irene y Juan: debido a que las actividades de las que ella se ha ocupado (cuidado, crianza y labores domésticas) no reciben un adecuado reconocimiento tanto social como económico, Juan (cuyo trabajo es remunerado y valorado) goza de la posibilidad de controlarla entregándole o no dinero.
5. Ignorar la sobrecarga de Irene quien, como madre, esposa y ama de casa, ha de estar siempre disponible para atender las necesidades de los otros, lo que conduce a un agotamiento del cual no puede “tomarse vacaciones” ya que al no ser visto como “trabajo” no se le reconoce el derecho al descanso y el ocio, lo que tiene agudas implicaciones en la salud física y mental de las mujeres (Martínez, 2003).

Para evitar estas y otras prácticas potencialmente dañinas, consideramos indispensable incluir la visión de género en la formación y ejercicio de los terapeutas familiares y sistémicos de habla hispana, propuesta que hemos bautizado

como “terapia crítica sensible al género”.

La “doble ceguera de género” en la psicoterapia de habla hispana

Como se ha señalado, uno de los descubrimientos de los estudios de género es que los sesgos de género no son exclusivos de una cultura ni una cuestión individual o un prejuicio que caracterice a un individuo y no a otros; tampoco se presentan de forma aislada dentro de la disciplina psicológica, sino que son un conjunto de creencias y prácticas que atraviesan todas las culturas patriarcales, que nos permean a todos y afectan, por ende, la teorización y las prácticas en salud.

Sin embargo, este descubrimiento no parece haberse trasladado al ámbito de la psicoterapia en habla hispana, donde llama la atención la inexistencia de estudios sobre el sesgo de género; de hecho, las únicas publicaciones disponibles son traducciones del inglés. Este vacío no debe interpretarse como indicador de que no existe sesgo de género en la academia y práctica de la psicoterapia en habla hispana; al contrario, es un indicio de que, puesto que los investigadores y teóricos no saben que obran y teorizan bajo un sesgo, no se han planteado la necesidad de investigar dicho sesgo. Pues, como es obvio, en ausencia de una perspectiva sensible al género, las y los psicoterapeutas no disponen de las herramientas necesarias para detectar estos sesgos, dando lugar, en palabras de Von Foerster, (1994), a una “ceguera de segundo orden” por la que no sólo no vemos, sino que no vemos que no vemos; fenómeno similar al efecto Dunning-Kruger (Dunning, 2011) que da cuenta del sesgo cognitivo de las personas para reconocer su propia falta de habilidad o ignorancia frente a algún tema, porque paradójicamente, necesitan disponer de las habilidades y conocimientos específicos para poder evaluar correctamente el conocimiento y habilidad que tienen sobre el tema en cuestión.

En consecuencia, *la creencia de que no existe el sesgo de género, o que se circumscribe sólo a algunos grupos o culturas, es per se evidencia de la existencia del sesgo de género y de la ceguera ante éste*. Por ejemplo, una de las réplicas más frecuentes a los señalamientos sobre la existencia de sexismo y violencia de género por parte de los grupos que lo niegan es “no todos los hombres somos así” (“*not all men*”; Cf. Laso, en prensa). Al transformar una afirmación sobre la cultura y las prácticas dentro de las cuales operan los individuos en un aserto sobre cada uno de éstos, quien aboga por la inexistencia de un sesgo sexista incurre en una falacia de división: dirimir en el caso a caso lo que es una característica del universo en su conjunto.

Así pues, el primer obstáculo para identificar y deconstruir los sesgos de género es la doble ceguera (o meta-ignorancia): quien no ha integrado la perspectiva de género no es ni puede ser consciente de sus propios sesgos, máxime considerando que, como mencionan Good y Moss-Racusin, (2010) los privilegios de género pueden ser invisibles a quienes se benefician de ellos.

En este sentido, existe un paralelismo entre la perspectiva de género, la teoría sistémica y el constructivismo: no son modelos terapéuticos, mucho menos técni-

cas, sino posturas epistemológicas que contribuyen a evidenciar los propios puntos ciegos, a identificar y deconstruir la posición del terapeuta como observador y constructor de un conocimiento necesariamente situado, parcial y mejorable. Como apuntan Welland y Wexler (2007, p. 58):

Los enfoques feministas son “metamétodos”; más que un juego concreto de procedimientos, nos proveen de una lente a través de la cual podemos examinar críticamente nuestras teorías, métodos y conducta como facilitadores... Nos ayudan a contestar la pregunta: ¿son nuestros pensamientos y conexiones consistentes con la meta de igualdad de los sexos?

A este respecto, la perspectiva de género puede considerarse como una profundización del constructivismo: si éste afirma, con Maturana, que “todo lo dicho es dicho por un observador” (Maturana, 1990, p. 17 y ss.), la perspectiva de género añade “...y este observador tiene, o re-construye continuamente a través de sus prácticas e interacciones, un género que marca el lugar desde el que observa y las distinciones que puede llegar a establecer”. Y así como la “visión binocular” sistémica (Bateson, 1979, p. 69 y ss.) revela la inusitada complejidad relacional que subyace a los síntomas individuales, la adopción de la perspectiva de género, coloquialmente llamada “ponerse las gafas de color violeta” (Lienas, 2001), desenmascara la estructura de asimetrías de poder (privilegios, supuestos y prácticas discriminatorias) que se encubren y justifican como “resultado natural de las diferencias sexuales”.

La formación en psicoterapia sensible al género: una asignatura pendiente en los programas de habla hispana

Comprender que la perspectiva de género es una postura epistemológica sugiere que *curar la doble ceguera supone modificar no sólo las prácticas o teorías de las y los terapeutas sino, ante todo, su propia manera de evaluar, organizar y sistematizar sus prácticas y teorías*; como apuntan Dunning *et al*, las instituciones educativas “no pueden simplemente asumir que las personas, con sus propios recursos, serán capaces de detectar sus propias deficiencias” (Dunning, Heath, & Suls, 2004; p. 99). Para que las y los terapeutas en formación puedan integrar esta nueva epistemología no basta con mencionar a veces, dentro de la formación en psicoterapia, el carácter social de la construcción del género o con señalar de pasada las consecuencias del sexismo: es imprescindible que sus programas formativos incluyan explícitamente contenidos acerca de la perspectiva de género y actividades que les ayuden a identificar y evaluar sus sesgos, desafiando sus privilegios de clase, género, cultura, etc., hasta entonces no observados.

La discusión sobre el género y su relación con la psicoterapia, principalmente impulsada por teóricas anglosajonas (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz, y Vogel, 1970; Coleman *et al.*, 1990; Goldner, 1991; Goodrich, Rampage, Ellman, y Halstead, 1989; Walters *et al.*, 1996; Weiner y Boss, 1985), ha propiciado la reflexión acerca del poder, los aspectos éticos, multiculturales y de

justicia social inherentes a la toma de las decisiones clínicas en la práctica de la psicoterapia, en especial a la familiar (Beamish, Navin, y Davidson, 1994; Filkowski, Storm, York, y Brandon, 2001; T. J. Goodrich y Silverstein, 2005; Haddock, MacPhee, y Zimmerman, 2001; Hicks y Cornille, 1999; Silverstein, 2006; Werner-Wilson, 2001; Williams y Barber, 2004; Williams y McBain, 2006; Zimmerman y Haddock, 2001). Como resultado, asociaciones como *The American Psychological Association* (1978, 2007), así como otras encargadas de regular la formación de terapeutas familiares y de pareja (no necesariamente sistémicos; por ejemplo, *The Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education*, COAMFTE, 2014; y *The European Family Therapy Association*, EFTA, 2012) han establecido directrices para que se contemple el tema del género en la práctica y en los programas formativos³.

Hasta ahora, estas directrices no han tenido eco en la práctica ni la teorización en terapia familiar y sistémica en castellano, a pesar de que las formaciones de terapia sistémica frecuentemente incluyen la atención familiar y de parejas en su formación. Así lo confirma una revisión exhaustiva de todos los *curricula* disponibles en Internet (al 30 de enero de 2017) de ofertas formativas en España y Latinoamérica: en total, 49, de las cuales 18 corresponden a máster (36%) y 31 a cursos de especialización (63%). De los 49, únicamente *un* programa (es decir, apenas el 2%) incluye una asignatura sobre el tema de género; dos más (4%) lo incluyen como un subtema dentro de otra asignatura. Los 46 programas restantes, el 94%, *ni siquiera mencionan el tema del género* dentro de su *curriculum*: una demostración fehaciente de la doble ceguera que impera al respecto en la terapia familiar sistémica en habla hispana.

Desde luego, esto no obsta para que las y los docentes de estos programas dediquen a ello, *motu proprio*, parte de sus clases; mas, así como no cabe esperar que los aprendices de terapeuta consigan internalizar la mirada sistémica merced a esporádicas alusiones a la circularidad, tampoco cabe esperar que logren cuestionar sus sesgos en base a eventuales menciones del género. Por este motivo, consideramos necesario subsanar esta carencia saliendo al paso de la “doble ceguera de género” *desde su punto de partida: la formación de las y los terapeutas familiares sistémicos*. Afirmamos que los programas de formación están éticamente obligados a ayudar a las y los estudiantes y docentes a ampliar el análisis y la autoobservación para incluir los sesgos de género, etnia, preferencia u orientación sexual, clase social, y los privilegios y discriminación asociados a ellos, tanto con las familias de origen como con sus comunidades y culturas. Creemos, en concordancia con Bronfenbrenner (1993), que la “visión binocular” sistémica debe ir más allá de las fronteras familiares e incluir el “macrosistema” de las construcciones sociales del género.

En ese sentido, la inclusión de la perspectiva de género en la formación y práctica de la terapia familiar y de pareja amplía la propuesta de Medina (2011), quien defiende que, en contextos de inequidad, injusticia y precariedad, la terapia

debe tener como horizonte el entorno social, económico y político del sufrimiento; es decir, volverse *crítica*:

El objetivo sustantivo de la psicoterapia es, además de que el síntoma desaparezca, constituir una narrativa que tenga como eje la resistencia política inteligente, basada en las emociones, y en particular el amor que conduzca al establecimiento de redes de apoyo mutuo para empoderar nuestra posición como persona y experimentar que el bienestar personal está vinculado al bien comunitario... En otras palabras, el trabajo político es un elemento sustantivo para restaurar la salud en las personas (Medina, 2011; p. 300).

Hacia una terapia familiar crítica sensible al género: algunas orientaciones prácticas

La inclusión de una perspectiva de género en el trabajo terapéutico sistémico conduce a diferencias sustanciales en la conceptualización, abordaje y orientación de los casos y en la relación con consultantes, parejas y familias. A continuación ofrecemos algunos lineamientos a los terapeutas que quieran trabajar bajo una sensibilidad crítica de género, dedicando especial atención a un concepto particularmente problemático a este respecto, el de circularidad.

- 1) La perspectiva sensible al género concede valor a las labores de crianza, cuidado y trabajo doméstico no remunerado (pues son imprescindibles para el sostenimiento de la vida, la familia y la sociedad); ignorarlo quita poder a quien lo ejerce, lo sobrecarga y por tanto, enferma. En el caso de mujeres que además realizan trabajo remunerado fuera del hogar, el o la psicoterapeuta debe reconocer y ser capaz de dialogar sobre el impacto de las dobles o triples jornadas y las dificultades para la conciliación entre la vida laboral y familiar.
- 2) El/la psicoterapeuta con sensibilidad de género entiende la relación entre los síntomas de ambos miembros de la pareja (depresión, intento suicida, infidelidad, consumo de alcohol, violencia física, desempoderamiento o desvalorización de las actividades realizadas, etc.) y las presiones impuestas por los roles de género y el sexismo.
- 3) En el caso de familias o parejas con hijos, el psicoterapeuta asume (si no hay razones para dudarlo, como la violencia parentofilial) que ambos son aptos y co-responsables en el cuidado de los hijos e hijas, no que es responsabilidad exclusiva o predominante de la mujer.
- 4) Por ende, cuestiona, cuando es necesario y como parte de su estrategia de intervención, la naturalización de los roles reproductivos como “femeninos” y asume que las labores domésticas son trabajo no remunerado (pero trabajo al fin).⁴
- 5) Es capaz de cuestionar y deconstruir los roles de género, así como detectar los privilegios, con el fin de colaborar en la construcción de una forma más

justa de relación, sin incurrir en el adoctrinamiento, la descalificación o la intrusión, ni afectar el vínculo terapéutico con parejas, individuos o familias.

- 6) Asimismo, evita el riesgo de una posición estrictamente neutral o equidistante en casos donde las diferencias de poder o capacidad contribuyen a mantener los problemas y reducen la calidad de vida de los participantes. Como apuntan Goodrich *et al*: “Cada vez que los temas en la terapia son claramente sexistas, el terapeuta perpetúa la desigualdad con su imparcialidad... Dos personas que se encuentran en una relación de poder desigual, cada una de las cuales cede de alguna manera el diez por ciento de su poder, siguen estando en la misma relación de poder que antes” (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989, p. 37).
- 7) En los casos de violencia íntima o parentofilial, identifica la relación entre ésta y las construcciones hegemónicas de la masculinidad y la feminidad y contribuye a deconstruirlas propiciando relaciones más equitativas para todos los involucrados.
- 8) Es consciente de las diferencias entre los tres tipos de violencia de pareja más discutidos en la literatura (violencia episódica o situacional, violencia de control coercitivo, violencia reactiva-defensiva o resistencia violenta; descritos por Kelly y Johnson, 2008) y los micromachismos o microviolencias (Bonino, 1996), así como de las estrategias adecuadas para cada uno y del grave riesgo que supone interpretar toda violencia de pareja como “responsabilidad mutua”.
- 9) Del mismo modo, comprende la diferencia entre entender al agresor (es decir, ayudarlo a aprehender la experiencia emocional que subyace a su uso de la violencia y a individualizar sus explicaciones de su conducta como justificaciones; cf. “Trabajar con los hombres que maltratan implica responsabilizarlos a ellos de la erradicación de la violencia que ejercen”, Geldschläger, Ginés y Ponce, 2009, p. 204) y minimizar, normalizar o legitimar tácitamente sus actos (diciendo, por ejemplo, que “no son tan graves” o que “no todos los abusos son iguales”, etc).
- 10) Basado en esta comprensión, plantea como premisa de cualquier abordaje la necesidad de reducir el riesgo de revictimización o la probabilidad de nuevas agresiones. Esto se refleja, por ejemplo, en habilidades para evaluar el riesgo y determinar cuándo una terapia de pareja puede no ser apropiada para un caso de violencia íntima ya que la víctima podría no sentirse libre de expresarse con honestidad ante la posibilidad de que sus revelaciones desencadenen una represalia violenta por parte de su pareja.

La circularidad desde la terapia crítica sensible al género

Mención aparte merece uno de los conceptos más problemáticos de la terapia sistémica desde una perspectiva de género: el de circularidad, ya que, al otorgar

igual responsabilidad a todos los miembros de un sistema o participantes de una interacción, puede ser usado para justificar tácitamente la discriminación, la violencia y la inequidad, al estilo de la excusa más frecuente entre los hombres que ejercen violencia sobre sus parejas: “ella me provocó”. Como señalan Goodrich *et al*:

La circularidad es otro concepto sistémico que funciona en contra de la mujer. La idea de que la gente incurre en pautas de conducta recurrentes, instigadas por reacciones y reforzadas mutuamente, termina por hacer que todos sean igualmente responsables de todo o bien que nadie sea responsable de nada. Este concepto discrimina a las mujeres porque una esposa no tiene el poder ni los recursos para ser igual a su marido en cuanto a la influencia que puede ejercer en lo que sucede en la vida familiar y, sin embargo, se la considera igualmente responsable o no hay ningún responsable. Con este razonamiento se culpa a la mujer falsamente y el hombre queda liberado del hogar” (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989, p. 36).

El mejor ejemplo de esta interpretación deletérea de la circularidad es la obra de Perrone y Nannini (2010), de las más difundidas y citadas en habla hispana sobre el abordaje de la violencia de pareja desde la teoría sistémica, que hacen afirmaciones como:

Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto, responsables. De hecho, quien provoca asume la misma responsabilidad de quien responde a la provocación, aún cuando la ley no castigue sino al que pasa al acto (Perrone y Nannini, 2010, p. 28).

Un niño pequeño puede oponerse firmemente a realizar alguna acción que le pida su madre (por ejemplo, quedarse quieto, hacer sus tareas escolares, etcétera), y es de algún modo y en parte responsable de la palmada que recibirá de ella (Perrone y Nannini, 2010, p. 28).

Todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el garante de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, con lo que organiza y alimenta una interacción de carácter violento (Perrone y Nannini, 2010, p. 29).

El error común a todos estos asertos es que, al interpretar la circularidad como coparticipación, ésta como “corresponsabilidad” y ésta como *igualdad de posibilidades para la acción*, Perrone y Nannini pasan por alto uno de los hallazgos fundamentales de los estudios de género: que éste es inseparable del poder, su distribución y sus desequilibrios (Scott, 1999). Como apuntan Wetchler y Hecker:

Las dos partes de una relación pueden no tener las mismas posibilidades de acción debido a las diferencias de poder, en especial en familias donde los roles tradicionales de género otorgan al varón el grueso del poder. El ejemplo más simple es la economía: el miembro con más recursos suele ser el más poderoso. Dado que los varones suelen ganar más que las mujeres

aunque hagan el mismo trabajo, y que suelen ser también quienes tienen empleos de tiempo completo, disponen de más recursos económicos y por ende de mayor capacidad y poder de toma de decisiones. Los varones también tienen más libertad de decisión sobre la terminación de una relación porque, a diferencia de las mujeres, suelen gozar de los medios económicos necesarios para sobrevivir (Wetchler y Hecker, 2014, p. 414).

Perrone y Nannini no reparan, por ejemplo, en que *no* “cualquier individuo adulto” posee “capacidad suficiente para vivir de modo autónomo” en muchas de las sociedades contemporáneas, cuyas estructuras patriarcales otorgan a los varones de razas no minoritarias privilegios como mejores salarios y más oportunidades de crecimiento profesional. Tampoco reparan en que un acto puede no ser “provocador” para quien lo realiza pero sí para quien, erróneamente, lo entiende como tal; como la típica acusación de los varones que ejercen violencia coercitiva sobre sus parejas, “te pones esa falda porque quieres ir provocando a los hombres”. Pues la “provocación” es una interpretación de la conducta en función de las normas morales y sesgos de la cultura en que sucede, no un “hecho” objetivo e inconfundible. Además, hacen caso omiso de la insalvable diferencia de recursos, competencias y poder entre un niño, que por definición aún no es del todo capaz de comprender y regular su conducta, y un adulto, que puede y debe ser capaz de hacerlo. Finalmente, desresponsabilizan al agresor, que es quien en último término *decide hacer uso de la violencia en vez de controlarse y buscar mecanismos no destructivos*, convirtiendo su conducta en un efecto casi “natural” y esperable de la “provocación” de un otro que “estimula su agresión”.

Esta interpretación de la circularidad es androcéntrica pues *da por supuesto la esencial igualdad de poder y posibilidades de acción de todos los miembros del sistema*. Al negar que unos gozan de privilegios gracias a la opresión estructural que pesa sobre los otros, no hace justicia a la investigación, la teoría y las estrategias de intervención actuales en relación con el género, colocando a los terapeutas en desventaja puesto que actuar “sin este nuevo conocimiento científico es análogo a que un cirujano opere con procedimientos anticuados” (Coleman, Myers, y Turen, 1990, p. 20). El terapeuta que use esta concepción de la circularidad para orientar técnicas como las preguntas circulares (Tomm, 1995), terminará por desestimar o naturalizar las diferencias de jerarquía y acceso a los recursos económicos o al prestigio derivadas de los roles de género; y lo que es más grave, por justificar y propiciar el mantenimiento o recrudecimiento de la violencia, depositando la responsabilidad de cambiarla no en quien la ejerce sino en quien la sufre a través de preguntas como “¿qué haces para que tu pareja te violenta?”

Estas críticas ya fueron esbozadas por la primera oleada de terapeutas feministas en la década de los 80 (Wetchler y Hecker, 2014; Murray, 2006), quienes llegaron a recomendar que se abandonase por completo el concepto de circularidad. La terapia familiar crítica sensible al género, reconociéndolo como la piedra de toque del enfoque sistémico, sostiene que no es necesario ir tan lejos: basta con

interpretarlo de manera más sofisticada, integrando el poder en vez de ignorarlo o desaparecerlo.

Desde nuestra propuesta, la circularidad no es la ausencia, ni tampoco la ilusión, del poder: *es el mecanismo a través del cual el poder se reproduce, afianza o redistribuye en cada nivel de interacción y en virtud de las construcciones imperantes en la cultura sobre el género, la raza, la clase y demás condicionantes del privilegio y la opresión*. Así, tanto el esposo que amenaza a su mujer diciendo “si sales con esa falda tan corta me voy a enfadar” como el juez que pregunta a la víctima de una presunta violación “y ¿cómo ibas vestida?” están haciendo un ejercicio del poder orientado a la coerción; y pueden hacerlo porque se apoyan en innumerables circularidades en la cultura, el entretenimiento, las interacciones cotidianas, la legislación, etc.; esto es, porque ven confirmadas sus prácticas y mitologías sexistas en las de los demás, a los cuales también confirman. Cada vez que un amigo del esposo le dice “es que a la mujer hay que gobernarla” (Ramírez, 2005), cada vez que el juez y sus colegas, en su afán de estrechar sus lazos homosociales sin exponerse a ser vistos como *gays* (Kimmel y Messner, 2010), celebran tras bastidores un chiste sexista, contribuyen a fortalecer estas circularidades del privilegio y la opresión por el mero hecho de participar en ellas.

Del mismo modo, cada vez que un magistrado le señala a la presunta víctima de violación que no es ella quien debe justificarse; que un colega del juez manifiesta su rechazo a las bromas sexistas; que un amigo del esposo le sugiere escuchar a su mujer en vez de controlarla; o que un terapeuta comenta un chiste o afirmación sexista de algún miembro de la familia y explora colaborativamente sus implicaciones, están modificando esas circularidades y contribuyendo a una sociedad más equitativa, saludable y consciente. Ese es el horizonte que se plantea una terapia familiar crítica con sensibilidad de género.

Terapia familiar crítica sensible al género: una visión alternativa para Irene

Los estudios de género han emergido con fuerza en distintas disciplinas, convirtiéndose en un referente indispensable en la actualidad. Por ello, los terapeutas familiares deben ser formados con base en la investigación actual, la teoría y las estrategias de intervención en relación con el género.

Es en este espíritu que retomamos el caso de Irene para ilustrar los lineamientos esbozados, visibilizando las diferencias que hacen las “gafas de género” en la práctica de la terapia. Proponemos una derivación escrita en clave de género, invitando al lector a reconocer las posibilidades para la atención psicoterapéutica que se vislumbran en ella:

Irene (la paciente identificada) y Juan son pareja. Ella trabaja de forma no remunerada dedicándose al cuidado de los hijos de ambos y realiza las labores domésticas que permiten que Juan pueda trabajar fuera de casa y recibir un pago por ello.

Hace un mes Juan inicia una relación con una chica que conoce en una fiesta

y empieza a no dormir en casa y a no contestar el teléfono a Irene “por motivos de trabajo”. Al notar el distanciamiento emocional de Juan, Irene comienza a inquietarse; ante el silencio de Juan a sus preguntas, descubre la infidelidad al revisar su celular. Al confrontarlo, éste la agrede verbalmente, a lo que han seguido dos o tres episodios de violencia física, que ocurren cuando Juan abusa del alcohol.

A partir del descubrimiento de la relación extramarital de Juan, Irene ha presentado signos y síntomas que coinciden con los criterios de un episodio depresivo, incluyendo intentos suicidas, por lo que se recomienda valorar el riesgo de autolesiones.

Irene ha realizado diversas estrategias de búsqueda de solución, entre las que se encuentran hablar con su pareja (lo que ha terminado en discusiones violentas), separarse temporalmente del hogar (ha pensado en irse del país y dejar a los niños bajo los cuidados de Juan) e iniciar tratamiento psiquiátrico. A pesar del inicial distanciamiento emocional de Juan, este se encuentra en disponibilidad de implicarse en un proceso psicoterapéutico para abordar la situación que ha suscitado los síntomas descritos.

Cerramos retomando la frase de Jackson citado en Ray y Watzlawick (2006) que señala que “una y otra vez ha sido necesario aprender la lección de que el observador influye en lo que observa, y es claro que la lección deberá ser aprendida una vez más. En el campo de la salud mental, no sólo debemos contar con el efecto natural de las propias parcialidades del observador, sino que también tenemos que tratar con una segunda variable: el efecto de esta parcialidad sobre el paciente” (p. 191).

Notas

- 1 La OMS (2011) recomienda utilizar The Gender Responsive Assessment Scale Criteria (GRAS) que identifica cinco niveles: desigualdad de género, insensible al género, sensible al género, específico al género y transformador de género.
- 2 Pero no lo es tanto, habida cuenta de que los “maestros” de la terapia familiar también incurrían con frecuencia en intervenciones misóginas y sexistas (Haddock, MacPhee, y Zimmerman, 2001; Silverstein y Goodrich, 2003, p. 21).
- 3 Por ejemplo, la COAMFTE indica que los programas formativos deben esforzarse por desarrollar en el alumnado las competencias para entender la diversidad, el poder, el privilegio y la opresión que se desprenden de características como la raza, edad, el género, etnia, orientación sexual, identidad de género, clase social, discapacidad, estado de salud, religiosos, espirituales y / o creencias, nación de origen o de otras categorías sociales. La EFTA refiere que los terapeutas familiares deben reconocer las cuestiones éticas y la necesidad de sensibilizarse a las cuestiones de cultura, clase, raza, género, religión, edad, orientación sexual, salud y discapacidad.
- 4 El cual, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de los Estados Unidos Mexicanos, (2014) representa el 24.2% del Producto Interno Bruto del país.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (1978). Task Force on Sex Bias and Sex Role Stereotyping in Psychotherapeutic Practice. Guidelines for therapy with women. *American Psychologist*, 30(12), 1169–1175.
- American Psychological Association. (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist*, 62(9), 949–979.
- Astbury, J. (2001). Gender disparities in mental health. En *A call for action by world health ministers*. World Health Organization. (pp. 73–92). Geneva. Recuperado a partir de http://www.who.int/mental_health/media/en/249.pdf
- Barberá, E., y Martínez, I. (Eds.). (2004). *Psicología y género* (Primera Edición). Madrid: Prentice Hall.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York: Dutton.
- Bonilla, A. (2010a). Psicología, diferencias y desigualdades: límites y posibilidades de la perspectiva de género feminista. *Quaderns de psicologia. International Journal of Psychology*, 12(2), 65–80.
- Bonilla, A. (2010b). Psicología y género: la significación de las diferencias. *Dossiers feministes*, 14, 129–150.
- Bonino, L. (1996). Micromachismos: la violencia invisible en la pareja. Generalitat Valenciana. Dirección General de la Mujer.
- Bronfenbrenner, U. (1993). Ecological Models of Human Development. En Gauvain, M. y Cole, M. (eds). *Readings in the development of children* (pp. 37–43). New York: Freeman.
- Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S., y Vogel, S. R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 34(1), 1–7.
- Cantero, M. T. R. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria* (Vol. 4). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud.
- Caprile, M., Valles, N., y Palmen, R. (2012). Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación. *Barcelona: Fundación CIREM*.
- ChenFeng, J. L., y Galick, A. (2015). How gender discourses hijack couple therapy—and how to avoid it. En Knudson-Martin, C., Wells, M.A.; Samman, S.K. (Eds). *Socio-Emotional Relationship Therapy* (pp. 41–52). Portland: AFTA SpringerBriefs in Family Therapy.
- Coleman, S., Myers, J., y Turen, M. (1990). A Study of the Role of Gender in Family Therapy Training. *Family Process*, 29(4), 365–374.
- Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education (COAMFTE). (2014). Accreditation Standards Graduate y Post-Graduate Marriage and Family Therapy Training Programs. Version 12.0. Recuperado a partir de http://dx5br1z4f6n0k.cloudfront.net/imis15/Documents/COAMFTE/Version%2012/COAMFTE_Accreditation_Standards_Version_12.pdf
- de Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Duncan, B., Miller, S. y Sparks, S. (2004). *The Heroic Client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Josey-Bass.
- Dunning, D. (2011). The Dunning-Kruger Effect: On Being Ignorant of One's Own Ignorance. *Advances in experimental social psychology*, 44, 247–296
- Dunning, D., Heath, C., & Suls, J. M. (2004). Flawed self-assessment implications for health, education, and the workplace. *Psychological science in the public interest*, 5(3), 69–106.
- Fernández, J. (2010). El sexo y el género: los dominios científicos diferentes que debieran ser clarificados. *Psicothema*, 22(2), 256–262.
- Ferrer, V.A., & Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología*, 21(1), 1–10.
- Ferrer, V. A., y Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología*, 21(1), 1–10.
- García, E. G., Avilés, N. R., Ruiz, M. P., Falcón, C. M., Alonso, I. M., y Fuente, A. V. (2005). Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 35(8), 402–407.
- Geldschläger, H., Ginés, O. y Ponce, A. (2009). Jóvenes en la intervención para hombres que ejercen violencia de género: dificultades y propuestas. *Revista de Estudios de Juventud*, 86, 197–215.
- Gergen, K. J., y McNamee, S. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, M. F. (2015). Hacia una terapia familiar feminista para homosexuales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1599–1617.
- Good, J. J., & Moss-Racusin, C. A. (2010). “But, that doesn’t apply to me”: Teaching college students to think about gender. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 418–424.

- Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. Buenos Aires: Paidós.
- Grela, C., y López, A. (2011). *Mujeres, salud mental y género*. Montevideo. Comisión de la Mujer, Intendencia Municipal de Montevideo.
- Guanipa, C., & Woolley, S. R. (2000). Gender biases and therapists' conceptualization of couple difficulties. *American Journal of Family Therapy*, 28(2), 181–191.
- Haddock, S. A., MacPhee, D., y Zimmerman, T. S. (2001). AAMFT master series tapes: An analysis of the inclusion of feminist principles into family therapy practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(4), 487–500.
- Haddock, S. A., y Lyness, K. P. (2002). Three aspects of the therapeutic conversation in couples therapy: Does gender make a difference? *Journal of Couple y Relationship Therapy*, 1(1), 5–23.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). *Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares de México (CSTNRHM)*. Recuperado a partir de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/tnrh/>.
- Kelly, J. B., y Johnson, M. P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions. *Family Court Review*, 46(3), 476–499.
- Kimmel, M. (2010). *Misframing Men: The Politics of Contemporary Masculinities* [versión Kindle]. New Jersey: Rutgers University Press. Recuperado de <http://www.amazon.com/Misframing-Men-Politics-Contemporary-Masculinities/dp/0813547636>
- Kimmel, M. y Messner, M. (2010). *Men's Lives*. Nueva York: Allyn & Bacon.
- Laso, E. (en prensa). Poder, agencia y comunión: obstáculos en la transformación de la masculinidad.
- Lienas, G. (2001). *El diario violeta de Carlota*. Barcelona: Alba Editorial.
- Mackenzie, C., Gekoski, W., y Knox, V. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health*, 10(6), 574–582.
- Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., y Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 37–61.
- Martínez, I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 34(2), 253–266.
- Martínez, M. A. B. (2011). Nativos digitales: una nueva generación que persiste en los sesgos de género. *Revista de Estudios de Juventud*, 92, 187–202.
- Maturana, H. (1990). *Biología de la cognición y epistemología*. Temuco, Chile: Ediciones Universidad de la Frontera.
- Mayordomo, M., & Carrasco, C. (2000). Los modelos y estadísticas de empleo como construcción social: la encuesta de población activa y el sesgo de género. *Política y Sociedad*, 34, 101–112.
- Medina, R. (2011). Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica. *Guadalajara: Red Américas*.
- Millet, K. (1969). *Política sexual*. Madrid: Cátedra.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18, 175–181.
- Moss-Racusin, C. A., Dovidio, J. F., Brescoll, V. L., Graham, M. J., & Handelsman, J. (2012). Science faculty's subtle gender biases favor male students. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(41), 16474–16479.
- Murray, C. (2006). Controversy, constraints, and context: Understanding family violence through family systems theory. *The Family Journal*, 14(3), 234–239.
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., y Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 297–301.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. (p. 67). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach* (p. 146). Geneva: World Health Organization.
- Perrone, R. y Nannini, M. (2010). *Violencia y abuso sexual en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez, J. C. (2005). *Madeiras entreveradas: violencia, masculinidad y poder*. México: Plaza y Valdez.
- Ray, W. y Watzlawick, P. (2006) En Roizblatt, A. S., *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 30, 95–145.
- Ruiz, M. J., y Jiménez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 7–29.
- Sáez, C. (1981). Aproximación al “mito” de las madres patógenas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1(1), 031–056.

- Sánchez, P. (2013). *La salud de las mujeres: Análisis desde la perspectiva de género*. Madrid: Síntesis.
- Scott, J. W. (1999). *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sebastián, J. (2001). Género, salud y psicoterapia. En *Género y psicoterapia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Sen, G., George, A., & Östli, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Showalter, E. (1987). *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830-1980*. Nueva York: Penguin Books.
- Silverstein, L. y Goodrich, T. (2003). *Feminist Family Therapy: Empowerment in Social Context*. Nueva York: American Psychological Association.
- Sluzki, C. (2009). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- The European Family Therapy Association EFTA. (2012). Code of ethics of The European Family Therapy Association (EFTA) disponible en <http://www.europeanfamilytherapy.eu/code-of-ethics-of-the-european-family-therapy-association/>
- Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. En Campbell, D. y Draper, R. (eds.), *Applications of systemic family therapy: the Milan model*. Nueva York: Grune y Straton.
- Valls, C. (2008). *Mujeres invisibles* (Tercera edición). Barcelona: De Bolsillo.
- Valls, C. (2014). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Vinyals, E. T., Giral, M. S. M., & Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 113, 14–25.
- Von Foerster, H. (1994). Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden. *DF Schnitman (comp.) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., y Silverstein, O. (1996). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder. Barcelona. España.
- Weiner, J. P., y Boss, P. (1985). Exploring gender bias against women: Ethics for marriage and family therapy. *Counseling and Values*, 30(1), 9–23.
- Welland, C. y Wexler, D. (2007). *Sin Golpes: cómo transformar la respuesta violenta de los hombres en la pareja y la familia*. México: Editorial Pax.
- Werner-Wilson, R. J., Murphy, M. J., y Fitzharris, J. L. (2004). Does Therapist Experience Influence Interruptions of Women Clients? *Journal of Feminist Family Therapy*, 16(1), 39–49.
- Wtchler, J. L. y Hecker, L. L. (2014). *An introduction to marriage and family therapy*. Nueva York: Routledge.
- Zimmerman, T. S., y Haddock, S. A. (2001). The weave of gender and culture in the tapestry of a family therapy training program: Promoting social justice in the practice of family therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 12(2-3), 1–31.