

Situación actual de los tratamientos psicológicos para la homosexualidad¹

Current Situation of Psychological Treatments for Homosexuality

Andrés Felipe Astaíza Martínez²

DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a10

Recibido: 9- abril - 2016 • Revisado: 31- agosto - 2016 • Aprobado: 11- noviembre-2016

Resumen

A pesar de que la homosexualidad fue retirada de los manuales diagnósticos de enfermedades mentales (DSM y CIE) hace varias décadas, la situación de esta en el campo de la psicoterapia no ha sido zanjada. Hoy día, coexisten diferentes terapias para la homosexualidad cada una con objetivos y técnicas diferentes. Este artículo de revisión, examina la situación actual de los tratamientos psicológicos para la homosexualidad. En primer lugar, se abordan los procesos históricos que han dado forma a la situación actual de la homosexualidad. Luego, se caracterizan y discuten las dificultades de los tratamientos actuales: las terapias reparativas y afirmativas. Por último, se describen diversos abordajes no afirmativos/no reparativos.

Palabras clave autores: Psicoterapia, Homosexualidad, Terapias reparativas, Terapias afirmativas, Orientación sexual.

Palabras clave descriptores: Psicoterapia, Homosexualidad, Terapéutica, Conducta Sexual.

Abstract

Although homosexuality was removed from the diagnostic manual of mental disorders (DSM and CIE) several decades ago, the situation in the field of psychotherapy has not been settled. Today, different treatments for homosexuality coexists and differ both in its aims and in its techniques. In this review article, the current situation of psychological treatments for homosexual orientation are discussed. First the historical processes that have shaped the current situation of homosexuality and these treatments are discussed. Then, the current therapeutic trends to attend to homosexual consultants are characterized: reparative therapies and affirmative therapies. Finally, other therapeutic modalities that posit a not affirmative / not reparative approach are discussed.

Keywords authors: Psychotherapy, homosexuality, reparative therapies, affirmative therapies, sexual orientation.

Keywords plus: Psychotherapy, Homosexuality, Therapeutics, Sexual Behavior.

Para citar este artículo:
Astaíza Martínez, A. F. (2016).
Situación actual de los tratamientos psicológicos para la homosexualidad.
Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 8(2), 173-194.
DOI: 10.17533/udea.rpsua.v8n2a10.

1. Este trabajo parte de un ejercicio investigativo desarrollado al interior de seminario de doctorado "El abordaje de la salud desde la perspectiva de género, sexualidad y derechos humanos" de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
2. Psicólogo Universidad Pontificia Bolivariana, Candidato a Magister en Investigación en Ciencias Sociales. Actualmente Docente Investigador Universidad San Buenaventura Extensión Ibagué.



Introducción

La sexualidad no es una olla de vapor que debemos tapar porque nos puede destruir; tampoco es una fuerza vital que debemos liberar para salvar a nuestra civilización. (Weeks, 1998, p. 64).

A pesar de la presencia de prácticas eróticas entre personas del mismo sexo a lo largo de la historia occidental, lo que hoy designamos como homosexualidad ha encarnado importantes papeles religiosos, políticos e intelectuales, a la vez que ha sido caracterizado en diferentes épocas de las más diversas maneras; pecaminosa, ilegal, anormal o patológica son algunas de estas (Sánchez, 2011). Si bien, en la actualidad y desde hace ya bastante tiempo en los ámbitos médico, psiquiátrico y psicológico se ha afirmado que la homosexualidad no constituye un indicador de enfermedad mental, considerándose la como una orientación sexual válida y en el ámbito social se empieza a reconocer cierta aceptación generalizada; el que ya no se la considere como un crimen en la mayor parte de los países occidentales y que haya sido retirada de los manuales diagnósticos de enfermedades mentales (DSM y CIE) no ha hecho que deje de ser objeto de discusión para diversos sectores de la sociedad, más bien ha traído consigo otros horizontes y dificultades en el ámbito jurídico, social y de la salud.

La situación es tan difusa que mientras en una cantidad importante de países se mantiene la homosexualidad como delito punible, en algunos, incluso castigado con pena de muerte (Arabia Saudita, Mauritania, Emiratos Árabes Unidos, Yemen, Sudán, Somalia, Irán y Nigeria), en otros la batalla legal gira en torno al reconocimiento de derechos como el matrimonio igualitario y la adopción. En estos últimos, sin embargo, es

La revisión que se desarrolla en este artículo se realiza a partir de la consideración de la “sexualidad” como un fenómeno no exclusivamente natural y biológico.

frecuente encontrar que una parte importante de la población no acepte a las personas de orientación homosexual y no comparta la idea de que haya igualdad de derechos para estas (Mondragón, 2009). Mientras unos la consideran pecaminosa y/o antinatural y como un peligro para la sociedad, otros tratan de legitimarla buscando dar paso a una sociedad más plural; el lugar desde donde se mire la homosexualidad plantea problemas de diverso tipo a grupos de personas diferentes.

La revisión que se desarrolla en este artículo se realiza a partir de la consideración de la “sexualidad” como un fenómeno no exclusivamente natural y biológico. Lo anterior implica que para comprender la sexualidad es primordial reconocer la historicidad y el carácter cultural de los comportamientos sexuales, de las actitudes, de las emociones y de los términos y de las categorías para nombrar y clasificar lo sexual (Szasz, 2004). No hay un saber objetivo sobre la sexualidad libre de valores: actos sexuales fisiológicamente semejantes pueden tener significados sociales y subjetivos diferentes según sean definidos, estratificados y entendidos en periodos históricos y culturas diferentes y de su inserción en relaciones sociales distintas. Los actos sexuales no llevan en sí un significado universal y la relación entre actos y significados no es fija (Weeks, 1998).

Diferentes culturas proporcionan una amplia variedad de categorías, esquemas y etiquetas para conformar las experiencias sexuales, y a partir de esto los sujetos vuelven subjetivas estas relaciones sociales e históricas (Lamas, 2002). El cuerpo puede entenderse como el proceso activo de encarnación de ciertas posibilidades culturales e históricas continuamente realizables, que se transforman y adquieren significado solo en las relaciones sociales (Butler, 1998). La identidad sexual y la experiencia de la sexualidad que tienen los sujetos como hombre, mujer, homosexual, heterosexual, bisexual, gay, lesbiana y demás, se constituyen a partir de complejos procesos de definición y autodefinición en un orden de relaciones sociales determinado, a través de la vida familiar, la escuela, los ritos de galanteo, las representaciones en los medios de comunicación, etc. (Weeks, 1998).

Las psicoterapias por supuesto, intervienen en este proceso. La práctica de la consulta psicológica, individual, familiar o grupal, la cual consiste en intervenciones que tienen el objetivo de influir y modificar el comportamiento, los pensamientos y las emociones, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales, que se usan para tratar un vasto espectro de trastornos, disfunciones y malestares mentales definidos al interior de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis (Benito, 2009; Liria, 2004), hace parte de las prácticas culturales en las que se le da forma a los significados sobre lo sexual y se abordan de una manera singular las prácticas sexuales. Debido a esto, en este artículo se examina la situación actual de los tratamientos psicológicos para la homosexualidad, atendiendo particularmente a los preceptos y prescripciones mediante los cuales se proponen modificar los comportamientos y las ideas de los y las consultantes homosexuales.

La primera parte de este texto trata sobre los procesos históricos que han dado forma a la situación actual de la homosexualidad y de las psicoterapias para tratarla. En la segunda se caracterizan y examinan las dificultades de las tendencias terapéuticas contemporáneas para atender a consultantes de orientación homosexual, las terapias reparativas y las afirmativas. Por último, se revisan otras modalidades terapéuticas que postulan un abordaje no afirmativo/no reparativo.

1. La homosexualidad en los siglos XIX y XX

Ocuparse de las terapias psicológicas para la homosexualidad requiere exponer primero la forma en que este fenómeno entró en el campo de la ciencia y de la salud, cuando era considerado puramente como pecado y/o delito. La larga historia de las prácticas homosexuales no es tratada en este texto, si el lector quiere saber más sobre esto puede remitirse a *Aproximación histórica al tratamiento jurídico y social dado a la homosexualidad en Europa* (Sánchez, 2011), *Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres* (Foucault, 2010) e *Historia de la sexualidad 3: la inquietud de sí* (Foucault, 2008).

La sexualidad solo se constituyó en una disciplina científica en el siglo XIX con las obras de autores como Krafft-Ebing, Havelock Ellis, August Forel, Magnus Hirschfeld entre otros, los cuales trataron de descubrir el verdadero significado del sexo explorando sus diversos aspectos (Vera-Gamboa, 1998). Estos esfuerzos no estaban destinados únicamente a constituir un discurso teórico sobre la sexualidad, sino una forma de análisis, contabilidad, clasificación y especificación del sexo, a través de investiga-

ciones empíricas y cuantitativas, que facilitarían el control poblacional en ámbitos como la formación de familias, la anticoncepción y la procreación, el uso de anticonceptivos, los embarazos adolescentes, entre otros (Szasz, 2004). Sobre esto Weeks (1998) puntualiza:

Desde el siglo XIX la medicina ha trabajado arduamente para desplazar a la religión como la fuerza principal en la reglamentación de la sexualidad. Su lenguaje habla menos de moralidad y más de la sexualidad “natural” y la “antinatural”, la sana y la enferma; su centro institucional es la clínica, el hospital o el diván del psiquiatra. (p. 61).

Se estableció entonces una sexualidad normal heterosexual cuya finalidad es el coito vaginal y a su vez un sin número de perversiones sexuales, desviadas de esta. Tomás (2004) dice que la perversión y sobre todo la figura del perverso se sitúan en una transición entre las concepciones religiosas que tradicionalmente condenaban el pecado de la sodomía y la naciente medicina-científica. La sodomía, un término difuso, hacía referencia, especialmente a una práctica sexual, el coito anal; aunque la Iglesia había definido el significado y la extensión del pecado de la sodomía como el uso ilícito de los placeres de la carne (Tomás, 2004). La sexología fue importante para establecer el lenguaje con el que fueron descritas y analizadas estas personas, posibilitando la conformación de todo un abanico de especies perversas bautizadas por los psiquiatras: los exhibicionistas de Lasègue, los fetichistas de Binet, los zoofílicos y zoerastas de Krafft-Ebing, los automonosexualistas de Rohleder; los mixoescopófilos, los ginecomastas, los presbiófilos, los invertidos sexoestéticos y las mujeres dispareunistas (Foucault, 2012).

La sodomía fue asumida como una de las nuevas categorías sexuales perversas no solo como un

comportamiento desviado, sino como una especie de tipo biológico y psicológico. Weeks (1998) resume las primeras descripciones clínicas de la homosexualidad:

El homosexual es un tipo particular de persona sexual que tiene no solo un nombre sino una historia personalizada (padre débil, madre fuerte o a veces un padre impositivo y una madre sumisa), características físicas (caderas anchas y voz aguda si es un hombre; figura masculina y vello en el labio superior si es una mujer) y deficiencias indicativas (incapacidad para chiflar y disgustos por los niños). (p. 80).

Según Foucault (2012, p. 77) la homosexualidad fue creada como categoría psicológica, psiquiátrica y médica solo hasta el artículo de Westphal sobre “Sensaciones sexuales contrarias” en 1870, apareciendo, no como una práctica sexual, sino como una suerte de androginia interior, un hermafroditismo del alma. Esto no significa que antes no haya sido señalada, condenada o rechazada. A partir del siglo IV, siendo el cristianismo la religión oficial del Imperio Romano, emperadores como Constancio, Teodosio, Valentiano, Arcadio y Justiniano implementaron leyes y penas contra la sodomía. Igualmente, durante la Edad Media fueron dictadas leyes por las autoridades civiles y eclesiásticas. Además de multas, algunas penas fueron la hoguera, la decapitación y la castración (Mieli, 1979).

Estas prácticas empezaron a perder su fuerza a partir de la revolución francesa. En 1791, solo tres años después de esta, Denis Diderot veía en la homosexualidad el remedio natural contra la superpoblación y la sífilis y la Asamblea Constituyente francesa abolió la pena capital para el “delito de la sodomía” (Mieli, 1979). Paralelamente, las nuevas prácticas médicas en torno a la homosexualidad empezaron a tomar vigor y aunque no eliminaron todo rezago medieval,

si cambiaron, en gran medida, las reglas del juego, puesto que no buscaban suprimir a los homosexuales sino posibilitar su inclusión en la sociedad mediante su curación.

A partir de la década de los setenta del siglo XIX, los psiquiatras comenzaron a practicar, desde el punto de vista médico, una serie de intervenciones y controles nuevos, encerrando a los homosexuales en los asilos e intentando su curación. En ese momento se establece una relación global entre todos los homosexuales y los locos: se ve en ellos a enfermos del instinto sexual (Foucault, 1981, p. 152).

Esta forma de entender la homosexualidad fue predominante durante el siglo XIX y la mayor parte del XX, sin embargo, varios autores aportaron al lento proceso de despatologización de lo homosexual. El trabajo del Berlínés Magnus Hirschfeld ocupó la atención sobre el tema durante la primera mitad del siglo XX, médico alemán dedicado a la neurología, investigó sobre la presencia latente en todo ser diferenciado sexualmente, de caracteres sexuales opuestos, concluyendo que la “mujer absoluta” y el “hombre absoluto” es decir, los representantes ideales de la feminidad y de la masculinidad, no son más que construcciones teóricas. A partir de esto, señaló la existencia de un número infinito de tipos sexuales que forman una cadena ininterrumpida entre el hombre absoluto y la mujer absoluta (González, 2001).

A pesar de que la aparición del psicoanálisis a comienzos del siglo XX ayudó a reforzar las concepciones médicas de la sexualidad, Freud (1978, p. 132) dio un giro a la concepción patológica de la homosexualidad, planteando una bisexualidad psíquica originaria y una disposición natural a las llamadas perversiones sexuales

A partir de la década de los setenta del siglo XIX, los psiquiatras comenzaron a practicar, desde el punto de vista médico, una serie de intervenciones y controles nuevos, encerrando a los homosexuales en los asilos e intentando su curación.

en todos los seres humanos. Para este autor, ni siquiera el interés sexual exclusivo del hombre por la mujer es algo obvio, sino un problema que requiere esclarecimiento, respecto del cual cabe suponer una atracción de carácter químico en el fondo.

Si bien estos trabajos fueron un antecedente importante para la despatologización de la homosexualidad, los cambios más fuertes se dieron a partir de la segunda mitad del siglo XX, gracias a estudios y publicaciones como el llamado Informe Wolfenden y la investigación de la psicóloga estadounidense Evelyn Hooker, ambos de 1957. Holgado (1998) considera estos como hitos que permitirían la consolidación de los movimientos homosexuales en la década siguiente.

El Informe Wolfenden (1957) promovido en sus inicios por la Iglesia de Inglaterra y concluido finalmente por un Comité Parlamentario, señala la ausencia de argumentos en torno al castigo jurídico de las relaciones entre personas del mismo sexo consentidas entre adultos(as), promoviendo de este modo la despenalización (Holgado, 1998). Hooker (como se citó en Toro-Alfonso, 2013), por otro lado, publicó la primera



investigación sobre homosexualidad, en la que llegó a la conclusión de que no existen diferencias en el funcionamiento y la salud mental de hombres homosexuales y heterosexuales cuando se comparan sus resultados en pruebas psicológicas.

Posteriormente, surgieron varios movimientos u organizaciones de homosexuales reclamando el reconocimiento legal de su estilo de vida, dando lugar a lo que conocemos hoy como la Comunidad Gay. Según Ardila (2008) el movimiento más importante se asocia a Stonewall en Nueva York, en 1969:

Las manifestaciones asociadas a la represión policial en el bar de Stonewall a los homosexuales se considera el punto central del movimiento gay a nivel estadounidense y mundial, es ese el día de la independencia gay y se afirma que la vida gay puede dividirse en dos épocas: antes y después de Stonewall. (p. 81).

Estos avances investigativos y sociales posibilitaron que en 1974, la homosexualidad fuera retirada como trastorno mental del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). Esto, sin embargo, no fue un proceso sencillo. Para que esto fuera posible la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) llamó a votación a su junta directiva el 15 de diciembre de 1973,

de los quince miembros pertenecientes a esta instancia, trece votaron a favor de la supresión, mientras los otros dos miembros se abstuvieron (Thuillier, 1989).

Sin embargo, este resultado no fue aceptado por una parte de los psiquiatras y psicoanalistas de la APA, y se formó un comité para tratar de obtener una anulación, de modo que se convocó a un referéndum. Es así como una segunda votación se presentó en 1974 en el mes de abril: En los resultados de algo más de 10.000 papeletas, 5.854 confirmaron la decisión de la junta de la APA y 3.810 expresaron su rechazo. Ante ello, Thuillier (1989) puntualiza que si bien el proceder fue “democrático” muchos observadores quedaron sorprendidos de que una cuestión científica, teórica y práctica tan crucial quedara zanjada con una votación.

Esto fue solo el principio, el movimiento gay continuó profundizando sus esfuerzos por un reconocimiento distinto, logrando aprobación significativa en los medios de comunicación, la comunidad científica, el ámbito legislativo y el económico. Montoya (2006) habla de esta aprobación en los términos de un modelo de Normalidad/Identidad, el cual postula que la homosexualidad es una variación normal de la

expresión humana como la zurdera. Esto, sin embargo, no zanjó definitivamente los problemas en torno a la orientación homosexual, más bien trajo nuevas dificultades. Montoya (2006) describe estas:

Los grupos minoritarios sexuales, principalmente la comunidad homosexual, alcanzaron mayor visibilidad en la sociedad y canalizaron sus esfuerzos hacia la conquista de unos mínimos en igualdad de trato y oportunidades. Las parejas hombre-hombre y mujer-mujer comenzaron igualmente a aspirar por las condiciones que la sociedad le otorga a las uniones tradicionales. Es en este punto donde surgen algunas tensiones bioéticas cuando, por ejemplo, las parejas de lesbianas solicitan los servicios de la reproducción asistida o las personas transexuales demandan una intervención quirúrgica de reasignación sexual genital. (p. 200).

Diferentes posturas siguen chocando hasta hoy como evidencia de una discusión inconclusa: si la homosexualidad debería ser considerada como una orientación sexual normal que debe ser respetada y aceptada por todos o si es una desviación, una anormalidad a corregir. Esta dicotomía de carácter social y política también se ha evidenciado en el campo psicológico y psicoterapéutico.

Durante este siglo la orientación homosexual ha sido objeto igualmente de diversos tipos de estudios; investigaciones sobre la normalización del discurso homofóbico entre las personas que trabajan en el área de la salud (González & Licon, 2006), sobre las actitudes que tienen los jóvenes y los adolescentes frente a las personas homosexuales (Rodríguez, 2012) o sobre las representaciones sociales acerca de la homosexualidad en estudiantes universitarios (Fernández, Gutiérrez, & Quijano, 2013) son comunes en ciencias sociales y psicología. Al igual que las tres citadas, gran cantidad de

investigaciones sobre el tema de la homosexualidad tienen como propósito mostrar la presencia de diversos modos de exclusión y de rechazo frente a la homosexualidad en la cotidianidad.

Igualmente, se han desarrollado muchas investigaciones biológicas sobre la homosexualidad, la orientación sexual y la identidad sexual o de género; la cuestión central en estas es si el origen de la homosexualidad puede explicarse a través de factores etiológicos de naturaleza orgánica. En esta vía, en cuanto a las investigaciones, las hay de tres tipos: con énfasis en factores genéticos, las que destacan el papel de las hormonas en la futura orientación sexual y las que pretenden demostrar diferencias estructurales en el cerebro de homosexuales y heterosexuales (Soriano, 2002). Aunque llegan a conclusiones diferentes, a partir de estas se ha tratado de establecer la importancia de los factores biológicos para la configuración de la orientación sexual.

Si el lector quiere examinar estos aportes, puede leer el trabajo de Dawood, Bailey y Martin (2009) el cual concluye que la evidencia acumulada por medio de estudios genéticos, sugiere heredabilidad moderada para la orientación sexual masculina, y a pesar de que no ha sido suficientemente estudiada, también para la orientación sexual femenina; la revisión de Annicchiarico (2009) de reportes empíricos y teóricos que indagan sobre las causas de la homosexualidad masculina, en la cual establece que hay evidencia suficiente para identificar la homosexualidad como una condición biológica; y Brizuela, Brenes, Villegas, y Zúñiga (2010) que examinan una cantidad importante de estudios sobre la homosexualidad e identidad de género desde la biología sobre las diferencias en cier-

tas funciones cognitivas entre homosexuales y heterosexuales de ambos sexos.

Este tipo de estudios han sido de gran relevancia en la lucha por los derechos de las personas homosexuales, debido a que se ha combatido con base en estos, el estigma social que ostenta la homosexualidad encontrándole un origen biológico que la caracteriza como un fenómeno natural al margen toda voluntad personal. Sin embargo, paralelo a esto, otros estudios, generalmente, llevados a cabo por instituciones religiosas, tratan de mostrar que esta es producto de factores ambientales y del aprendizaje sobre los cuales el individuo puede tener algún tipo de control, argumentando así que la orientación homosexual es susceptible de cambio. Ejemplo de esto último es el libro *My Genes Made Me Do It!* de Whitehead & Whitehead (2013) y el artículo de la revista cristiana "Reason & Revelation" escrito por Harrub, Thompson, & Miller (2004).

2. Terapias reparativas

Durante el siglo XX se usaron todo tipo de prácticas médicas, religiosas y psicoterapéuticas para cambiar la orientación homosexual: estas incluyen psicoanálisis, intervención espiritual, terapia electroconvulsiva, drogas para inducir náuseas, terapia hormonal, cirugía y varios tratamientos conductuales como recondicionamiento masturbatorio o visitas a prostitutas (Haldeman, 1994). A pesar de que la comunidad científica no la considera más como enfermedad, los esfuerzos por curar la orientación homosexual persisten, tanto en el campo de la salud como en el religioso. En el primero, los antecedentes se remiten, según Holgado (1998), a la lectura que han hecho algunos psicoanalistas norteamericanos según la cual la homosexuali-

dad sería producto de una constelación familiar disfuncional y el tratamiento psicoanalítico una cura posible. Así como de perspectivas conductistas que afirman que la homosexualidad es el resultado de determinadas experiencias de aprendizaje y que para dejar de ser homosexual hay que descondicionar la respuesta sexual frente al mismo sexo y dirigirla a estímulos del sexo opuesto (Soriano, 2002). A partir de estas ideas se aplicaban terapias aversivas, las cuales según Soriano (2002):

consistían en presentar imágenes eróticas del mismo sexo acompañadas de estimulación negativa, como pequeñas descargas eléctricas o fármacos que inducían el vómito, para que de este modo se aprendiera a evitar la respuesta sexual frente a este tipo de estímulos. Al mismo



tiempo, y coincidiendo con la retirada de la estimulación negativa, se presentaban imágenes del sexo opuesto para que se asociaran con sensaciones agradables y de este modo se generalizara la respuesta sexual ante ellas. (p. 81).

Los procedimientos correctivos han cambiado, pero siguen vigentes, en la actualidad su fundamento suele ser un matrimonio entre cristianismo y psicoanálisis norteamericano, sobre el cual se argumenta que las causas de la homosexualidad pueden rastrearse principalmente a vivencias de la primera infancia con los padres o cuidadores. Al contrario de la postura favorable de Freud, el protestantismo ha defendido con fuerza la instauración de terapias psicológicas para modificar la homosexualidad (Barrett, 2014). De la corriente de las terapias reparativas contemporáneas pueden destacarse trabajos ya clásicos como *Homosexuality: a new christian ethic* (1983) de la psicóloga y teóloga británica Elizabeth Moberly y *Reparative therapy of male homosexuality: a new clinical approach* (1991) del psicólogo clínico estadounidense Joseph Nicolosi, el cual cuenta con otros siete libros sobre el tema, incluido *A parent's guide to preventing homosexuality* (2002). Ambos autores señalan las posibles causas de la homosexualidad, los formas de prevenirla y su cura vía terapéutica.

A principios de la década de 1990, Nicolosi, Charles Socarides y Benjamin Kaufman fundaron la Asociación Nacional para la Investigación y Tratamiento de la Homosexualidad (NARTH por sus siglas en inglés) con una base teórica principalmente psicoanalítica. Esta fue conformada por psiquiatras insatisfechos con la decisión de la APA de eliminar la homosexualidad de los desórdenes mentales contenidos en el DSM (Hernández & Toro-Alfonso, 2010). La promoción de estos tratamientos ha sido continua y organizada; no solo libros y conferencias, también

A principios de la década de 1990, Nicolosi, Charles Socarides y Benjamin Kaufman fundaron la Asociación Nacional para la Investigación y Tratamiento de la Homosexualidad (NARTH por sus siglas en inglés) con una base teórica principalmente psicoanalítica.

investigaciones empíricas como la de Robert L. Spitzer, (2003) en la cual participaron 200 hombres y mujeres que habían realizado terapia reparativa y de la cual se concluyó que la mayor parte de los participantes habían logrado cambiar su orientación sexual.

A pesar de esto, el estudio de Spitzer en particular y los estudios que sostienen cierta efectividad por parte de las terapias reparativas en general, han sido bastamente criticados en cuanto a su rigurosidad, señalando limitaciones metodológicas como inconsistencia teórica en la definición de la orientación sexual, muestreos restringidos y ausencia de diseños longitudinales (Serovich et al., 2008). El propio Spitzer, once años después del estudio, se ha disculpado con la comunidad homosexual públicamente, reconociendo como las conclusiones de su investigación no fueron correctas (Laemmle, 2013, p. 250).

Al lado de la ineffectividad de los tratamientos, los efectos negativos sobre la salud mental de las terapias reparativas han sido ampliamente documentados, entre estos se cuentan de-

presión crónica, problemas de ansiedad, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para mantener relaciones afectivas y disfunciones sexuales. Las críticas se dirigen igualmente sobre la oferta misma de estos procedimientos, puesto que justifica la devaluación de las personas homosexuales y refuerza los prejuicios sobre estas, al plantear la homosexualidad como un desorden mental y un mal social.

En vista de esto, diversas asociaciones científicas se han pronunciado sobre la poca efectividad y los riesgos que representan para los pacientes este tipo de tratamientos. Entre estas se encuentran la APA (2000), así como The American Academy of Pediatrics, The American Counseling Association, The American Psychiatric Association, The American Psychological Association y The National Association of School Psychologists (Coalition, 2008), igualmente, The National Association of Social Workers (2015) y The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). Otras fuera de Estados Unidos, son “The Australian Psychological Society” (2000), “Royal College of Psychiatrists” (2014) y “UK Council for Psychotherapy” (2014).

La preocupación frente a la oferta de los tratamientos ha sido tal que varias organizaciones norteamericanas han abogado por establecer leyes que prohíban las terapias reparativas, especialmente en menores de edad. Hasta el momento, sin embargo, solo se han prohibido en tres estados (California, New Jersey y Washington D.C.) y el distrito de Columbia. Cabe anotar que en 22 estados se han pasado este tipo de leyes, sin llegar a ser aprobadas (Movement Advancement Project, 2015).

A partir de lo anterior, se puede evidenciar no solamente la posición claramente desfavorable que tienen frente a estas prácticas la medici-

na, la psicología y la psiquiatría científica, por promover un reconocimiento patológico de la homosexualidad que fue superado hace más de cuatro décadas, así como el abordaje terapéutico inefectivo y peligroso para la integridad de los consultantes. Si el lector desea conocer más sobre la historia y las críticas de las terapias reparativas puede consultar “Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation” (2009) y “Sexual orientation conversion therapy for gay men and lesbians: A scientific examination” (1991). En este artículo no se dedica un apartado específico a las dificultades de las terapias reparativas debido a que estas son bien conocidas y están ampliamente documentadas.

3. Terapias afirmativas

En la actualidad no solo hay oferta de las ya tradicionales terapias correctivas de la orientación homosexual; aparecen también otros procedimientos que aprueban a las personas homosexuales y que procuran que estas vivan su homosexualidad de forma saludable y plena. Según Ardila (2007):

En este nuevo enfoque, la homosexualidad se considera un estilo o una opción de vida, tan normal como la heterosexualidad, ni mejor ni peor que ella. Se cree que los homosexuales desean aprender a vivir en paz consigo mismos y con los demás, a pesar de funcionar dentro de un contexto definitivamente homofóbico. (p. 70).

Estas terapias tienen en cuenta los desarrollos de la ciencia y los derechos humanos, operan cambiando las representaciones del consultante acerca de la homosexualidad, mostrándole que no es algo patológico, sino un estilo de vida válido, igual que la heterosexualidad. También se prepara a la persona para que viva feliz con su

orientación sexual y asuma los retos diarios que puede implicar esto. Ardila (2007) lo expresa así:

Hoy no se dan choques eléctricos a los homosexuales ni se trata de cambiar su orientación sexual. Se les entrena para que adquieran las conductas, las cogniciones y las actitudes que les permitan llevar una vida sana y con el mínimo de conflictos con la sociedad en la que viven". (p. 69).

En la conceptualización de las terapias afirmativas hay una fuerte preocupación por la discriminación social a la que están sometidas las personas homosexuales, puesto que se ha encontrado, a través de múltiples investigaciones, que por la marginalización y el trato discriminatorio al que muchas personas homosexuales están sometidas son propensas a experimentar rechazo social, autodevaluación, confusión de identidad, aislamiento y dificultades familiares. El entrenamiento es necesario puesto que la sociedad alimenta ideas disfuncionales e irracionales sobre la sexualidad no-heterosexual, y estas provocan la mayoría de los problemas de las personas LGBT, como el sentido de aislamiento y la percepción patológica del deseo (Brizuela, Brenes, Villegas, & Zúñiga, 2010).

Según Toro-Alfonso (2013, p. 291) terapeuta afirmativo, el modelo cognitivo-conductual permite examinar las ideas y pensamientos que provocan sentimientos que pueden atentar contra la salud mental de estas personas. El objetivo es utilizar el marco teórico cognitivo-conductual para facilitar el examinar aquellas ideas que socialmente se instauran en las personas como meta-cogniciones relacionadas a la sexualidad. El inicio del tratamiento comporta un proceso psicoeducativo para examinar el modelo cognitivo conductual y la explicación del origen de los síntomas de la persona; se le explica al paciente que los estados de ánimo están vinculados directamente con las ideas que

tiene sobre sí mismo y sobre la situación que le aqueja (Toro-Alfonso, 2013, p. 293).

La terapia no solo funciona en el ámbito de las ideas, Ardila (2008) menciona que la persona debe adquirir igualmente un conjunto de hábitos y destrezas para ser felizmente homosexual. Esto incluye desde pasos para salir del "clóset" o saber si es correcto o no llevar un compañero sentimental del mismo sexo a casa para que los hijos lo conozcan. Cabe mencionar, que en el proceso no se descarta que una persona quiera dejar su orientación homosexual, en este caso es preciso que viva un tiempo razonable en una sociedad alternativa, por ejemplo, en una comuna gay, para tomar esta decisión confiable (Brizuela, Brenes, Villegas, & Zúñiga, 2010).

De acuerdo a Toro-Alfonso (2013) el plan de tratamiento puede incluir las siguientes tareas: reducir pensamientos de autocrítica, reducir síntomas de depresión, reducir comparaciones con otras personas, incrementar actividades placenteras, mejorar autoestima, desarrollar intereses propios y desarrollar un grupo de apoyo y amistades apropiadas.

Para acompañar el proceso terapéutico, el terapeuta debe aceptar incondicionalmente al consultante, esto se debe a que hablar abiertamente sobre su homosexualidad le puede permitir reconocer aquellas ideas irracionales sobre su persona y sobre su orientación sexual. Toro-Alfonso (2013) dice sobre esto, que la tarea pendiente es que el consultante examine su realidad y sus circunstancias para salir del clóset. El clóset puede tener múltiples significados y utilidad dependiendo de las circunstancias, es un asunto muy importante en las terapias afirmativas, un logro que permite la aceptación de sí mismo y posiblemente la construcción de nuevas redes de apoyo.

Las terapias afirmativas han significado un importante avance en la atención psicoterapéutica para personas homosexuales, especialmente porque han dado relevancia a las presiones sociales y culturales a las que las personas de orientación homosexual se ven sometidas (...)

Como puede verse, las terapias afirmativas no se ocupan de transformar la orientación sexual del consultante, puesto que esta no se considera patológica, por el contrario, se enfocan más en los aspectos ligados a ella, a que la persona acepte su orientación sexual y las condiciones sociales que han intervenido en su percepción de las mismas, de modo que pueda salir del clóset.

Para lograr esto, el terapeuta debe desarrollar ciertas competencias específicas, evaluar su propio sistema de creencias y su actitudes hacia la homosexualidad, leer literatura actual sobre el tema y desarrollar un lenguaje apropiado para disminuir la ansiedad e incrementar la auto-eficacia del consultante, igualmente, tener experiencias directas con clientes y comunidades, llevar a cabo entrenamientos y apoyar políticas públicas positivas para la comunidad lesbica-gay (Brizuela, Brenes, Villegas, & Zúñiga, 2010). De este modo, evitará problemas como asumir que los pacientes son automáticamente heterosexuales, dar por hecho que las dificultades que presentan son causadas por su orientación sexual, subestimar la importancia

de las relaciones entre personas del mismo sexo y centrarse en la orientación sexual y no en asuntos más relevantes. (Brizuela, Brenes, Villegas, & Zúñiga, 2010).

Según Ardila (2007), hay investigaciones que señalan que la mejor opción en algunos casos, puede ser acudir a un terapeuta homosexual, el cual podría tener menos prejuicios para el tratamiento.

Las terapias afirmativas han significado un importante avance en la atención psicoterapéutica para personas homosexuales, especialmente porque han dado relevancia a las presiones sociales y culturales a las que las personas de orientación homosexual se ven sometidas y por señalar la importancia para el terapeuta de reconocer sus propias actitudes frente a la homosexualidad. Sin embargo, estas, también han sido objeto de discusión, en particular porque presentan varios problemas en su aplicación en cierto tipo de consultantes.

4. Dificultades de las terapias afirmativas

A pesar de que las terapias afirmativas existen desde principios de los ochentas (Haldeman, 1999, p. 63) y que como puede leerse en el apartado anterior, sus desarrollos han sido significativos, históricamente, la decisión entre una terapia reparativa y una afirmativa ha excluido un vasto grupo de personas que no encuentran satisfactorio ninguno de estos modelos.

Según Haldeman (2002, p. 263) en los informes de personas afectadas negativamente por tratamientos reparativos, los consultantes refieren frecuentemente que el terapeuta procuraba



atemorizarlos para cambiar su orientación sexual, caracterizando a las personas homosexuales como depravadas y crónicamente miserables; asumiendo que el descontento y los problemas de estos, tenían como causa la orientación sexual en sí misma, dejando a un lado las presiones externas a las que podían estar expuestos. Análogamente, muchos consultantes de terapias afirmativas, con creencias religiosas fuertemente arraigadas han reportado que su terapeuta ha ignorado o devaluado los aspectos religiosos de su identidad con la intención de facilitar su salida del clóset.

Como se mencionó antes, las terapias afirmativas no se enfocan en cambiar la orientación sexual sino que transforman a la persona a través de la modificación de sus ideas entorno a la sexualidad, de la cual se espera que el consultante, reconozca que no hay nada malo en su orientación sexual y pueda identificarse plenamente con esta, saliendo del clóset. Es decir, reconociendo para sí mismo como para otros que no hay ningún problema en su orientación sexual. A pesar del modo esquemático en el que acaba de exponerse, este proceso es bastante complejo, debido a que para lograr el objetivo planteado, la persona deberá reconfigurar diversos aspectos de sus valores y significados personales en torno a su orientación sexual.

En el marco de las terapias afirmativas la adquisición de la identidad sexual no está fijada por la codificación biológica ni por las influencias ambientales sino por la organización cognitiva del individuo. Es decir, que a medida que van cambiando las estructuras cognitivas de una persona, lo hacen también sus actitudes sexuales (Brizuela, Brenes, Villegas, & Zúñiga, 2010). La orientación sexual, por otro lado, es reconocida como un rasgo arraigado, fijo e intrínseco de los individuos, determinado biológicamente; motivo por el cual se han cuestionado las terapias afirmativas como prácticas que guardan una relación estrecha con una visión esencialista de la orientación sexual (Halley, 1994).

El esencialismo es el argumento principal mediante el cual la población LGBT se ha defendido del estigma social: ha servido a los movimientos para unificarse, organizarse y reclamar sus derechos, neutralizando las voces que claman que la homosexualidad implica una degeneración de la sexualidad normal (Halley, 1994). En esta línea, algunas de las terapias afirmativas han afianzado la creencia de la orientación sexual como un elemento fijo e inmutable y de la psicoterapia como un proceso que facilitaría la expresión de esa esencia reprimida o negada a través de la identificación con la misma.

En este sentido las críticas a las terapias reparativas han destacado cómo estas funcionan bajo un modelo en el cual el profesional-experto orienta la acción del consultante basado en una serie de ideas preconcebidas como adaptativas y saludables sobre cómo este debe exteriorizar la sexualidad. Dicho de otro modo, el clínico experto tiene claro cuáles son las ideas aprobadas por la ciencia sobre la sexualidad, a las cuales el paciente debe adscribirse para sentirse bien consigo mismo y los comportamientos que debe



cultivar para vivir sanamente su sexualidad. De aquí que el logro último de la terapia sea que el consultante salga del clóset, aceptándose y, sobretodo, aceptando este nuevo modo de pensar más adaptativo. Si bien no puede negarse la gran cantidad de consultantes para los cuales ha sido útil; no todas las personas esperan de la terapia, que un experto les enseñe la forma correcta de pensar y actuar acerca de su sexualidad (Haldeman, 1999).

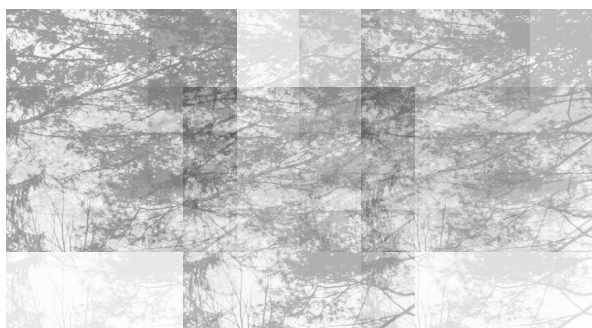
A pesar de ser radicalmente opuestas, las terapias reparativas y las afirmativas tienen tanto en común que parecen dos caras diferentes de una misma moneda, ambas tienen una agenda a priori para el consultante que establece de entrada qué es lo que este necesita resolver sobre su orientación sexual y de qué modo debe hacerlo. Mientras la terapia reparativa apunta al cese de la atracción del consultante por personas de su mismo sexo, puesto que es esencialmente enfermiza; la terapia afirmativa, al reconocer esta atracción como normal, convierte en el objetivo central de la terapia que la persona se reconozca como gay o lesbiana y salga del clóset, aceptando su naturaleza no expresada (Haldeman, 1999).

Suponer que para remediar los efectos de una ideología o cultura heterosexista que impone roles a las personas homosexuales en materia de sexualidad y afectividad, hay que combatirla con otra ideología o cultura que reivindique

otros valores más nobles y verdaderos, puede ser una vía en el terreno político y social, pero no necesariamente es la mejor apuesta en el terapéutico. Sobre esto, Horner (2010, p. 15) advierte como el odio y la discriminación contra el cliente pueden ser emocionalmente difíciles para el terapeuta y pueden impulsarlo a querer rescatarlo o salvarlo, verbos que irónicamente son los usados por los terapeutas conversivos para justificar su trabajo.

Como se mencionó antes, es en relación a los consultantes con fuertes creencias religiosas donde esta dicotomía entre distintos valores culturales se vuelve más tensa, debido a que clientes que sostengan valores y actitudes religiosas conservadoras pueden experimentar conflictos en relación al abordaje afirmativo.

King, Semlyen, Killaspy, Nazareth, y Osborn (2007) en un exhaustivo reporte sobre las investigaciones en torno a las terapias para personas gay, Lesbianas, bisexuales y transgénero, reportan que muchas mujeres y hombres homosexuales en conflicto con su orientación sexual no han podido resolver sus problemas a través de la adquisición de una identidad LGBT. Frente a lo anterior, los autores, señalan las dificultades de determinar los objetivos terapéuticos sin tener en cuenta que tanto la orientación sexual de la persona como sus valores, actitudes y creencias religiosas son ámbitos igualmente importantes de la experiencia personal.



King, Semlyen, Killaspy, Nazareth, y Osborn (2007) recomiendan a los terapeutas que minimicen la presión existente en las agendas de una y otra alternativa terapéutica, favoreciendo la autonomía de la persona, en un proceso clínico que puede tener resultados diversos: por un lado, un consultante puede decidir que sus creencias religiosas son más importantes que su orientación sexual y, por tanto, elegir una opción como el celibato; por otro lado el consultante puede llegar a integrar sus actitudes religiosas con su orientación sexual y reconocerse como homosexual en un marco personal de creencias. Igualmente, está la alternativa de que el consultante decida abandonar sus creencias religiosas, debido a que considera su orientación sexual como un aspecto más relevante de su experiencia que sus actitudes religiosas.

Como puede verse, existen en la actualidad alternativas terapéuticas que no tienen como objetivo cambiar la orientación sexual y que, sin embargo, no son afirmativas de esta necesariamente. Estas prácticas son diversas en cuanto a su marco conceptual, sin embargo, comparten la apuesta de que los terapeutas pueden asumir un rol distinto al afirmativo, no logrando una transición exitosa de un marco cultural e ideológico a otro, sino asistiendo a la persona para que tome decisiones que sean coherentes con

los valores y los significados que ha asignado a sus experiencias personales (Haldeman, 1999).

5. Abordajes terapéuticos no reparativos/no afirmativos

Hay varias tendencias clínicas en las que el rol terapéutico es como el que se mencionó antes. Son diferentes entre sí, pero suponen una alternativa frente a la dicotomía que se ha presentado hasta el momento entre terapias reparativas y afirmativas.

Jack Drescher (1998), por ejemplo, con una postura apoyada en Winnicott, define un ambiente terapéutico de contención centrado en la exploración de los sentimientos y los significados del consultante, en el cual el terapeuta no asume un rol de autoridad sobre la vida del consultante. Dicho autor señala, igualmente, que el clínico debe estar informado sobre las experiencias culturales de los homosexuales, ser consciente de su propio sistema de valores y del grado con que la teoría que aprendió se ha incorporado a este.

Esta postura se centra en los significados afectivos del consultante y del terapeuta más que en los orígenes de la orientación sexual. Según Drescher, la teoría psicoanalítica contemporánea ha trazado límites en este sentido, aceptando, por lo general, que las formulaciones etiológicas solo pueden ser respaldadas a partir de una investigación extraclínica y longitudinal. De modo que, las hipótesis etiológicas no son necesarias e incluso conducen a interpretaciones estereotipadas e inhiben una exploración abierta del consultante.

De modo similar, en un esfuerzo por integrar los aspectos complicados y a menudo contradictorios de la orientación sexual, la identidad sexual y la espiritualidad, Beckstead and Morrow, proponen un modelo de tratamiento grupal que apunta al desarrollo de la congruencia entre la orientación sexual y los valores y creencias personales. Este permite a los y las participantes del grupo, examinar libremente los elementos significativos de sus experiencias personales, sin una agenda terapéutica previa y sin juicios de valor sobre su comportamiento. En este proceso, la persona puede reconocer y si lo considera necesario, cambiar sus ideas acerca de su orientación sexual, sin afiliarse a los principios de las terapias correctivas o afirmativas. En este modelo varias estrategias comportamentales son discutidas y evaluadas, con el objetivo de buscar formas de resolver los conflictos de la persona y que su orientación sea acorde a sus valores y sentido de vida. Este modelo también puede ser usado en tratamiento individual por profesionales que deseen facilitar que sus consultantes establezcan su propia agenda terapéutica (Haldeman, 2002, p. 263).

Por otro lado, el psicoanálisis lacaniano, si bien ha sido controvertido por presentar un abordaje esencialista en algunas cuestiones relacionadas con el género, la identidad sexual, introduce un elemento importante a la discusión, que vale la pena por lo menos mencionar. Estas controversias, sin embargo, no son menores, si el lector desea conocerlas mejor puede consultar *Escapar del psicoanálisis* (Eribon, 2008).

El abordaje lacaniano no procura curar una desviación o apoyar un estilo de vida saludable, su objetivo es posibilitar que el sujeto descubra las condiciones subjetivas que rodean su elección de objeto (Nominé, 2008). Apunta a obtener del

sujeto que diga bien, lo que supone que pueda hacer consciente la singularidad de su modo de goce. “El bien decir” del psicoanálisis acoge a todos los sujetos que tienen un punto de interrogación acerca de su goce, sean heterosexuales, bisexuales u homosexuales. El efecto de este es un cambio en el goce mismo, que no comporta necesariamente un cambio conductual, algunas veces solo cambia la significación y la vivencia subjetiva del goce (Soler, 1998).

Para finalizar, es importante nombrar el enfoque centrado en el cliente desarrollado por Carl Rogers, cuya pertinencia y utilidad para el tratamiento de adultos que desean cambiar su orientación sexual ha sido destacada por la APA Task Force (2009, p. 55). Se trata de una terapia no directiva que busca comprender la experiencia del consultante, dejando a este la elección de su propio itinerario, de su propio lenguaje y de sus propias decisiones a través de una relación terapéutica que posibilita la expresión abierta de todo tipo de sentimientos (Rogers, 1978). El clínico debe aceptar incondicionalmente todos los aspectos de la experiencia del consultante, sin reforzar ni rechazar ningún sentimiento o idea, de modo que este pueda explorarlos abiertamente y pueda desplegar nuevos significados que le permitan integrar diferentes aspectos de sí mismo (Rogers, 1972).

6. Conclusiones

Las terapias para la homosexualidad hacen parte de un complejo proceso histórico, social y político en el cual las prácticas sexuales se constituyeron como objeto de la medicina científica y fueron investigadas por diferentes grupos de personas. Si bien en la actualidad, la homosexualidad ha sido aceptada como una orientación

Las terapias para la homosexualidad hacen parte de un complejo proceso histórico, social y político en el cual las prácticas sexuales se constituyeron como objeto de la medicina científica y fueron investigadas por diferentes grupos de personas

sexual normal por la psiquiatría, la psicología y la medicina general, aun hoy es objeto de controversia; muestra de esto es la cantidad de publicaciones científicas y contiendas en el ámbito político y jurídico entorno a esta.

En el terreno de la psicoterapia, la situación no es diferente, aunque muchas asociaciones científicas de psiquiatría y psicología como la APA han declarado inaceptables y antiéticas las terapias reparativas, mostrando evidencias sobre la poca pertinencia y efectividad de estos tratamientos, existen aún consultantes que solicitan dichos tratamientos, así como terapeutas que los ofertan.

A través de la revisión se identifica que algunas de las terapias afirmativas, a pesar de presentar un enfoque radicalmente diferente frente a los abordajes reparativos y un avance en el reconocimiento de cómo las condiciones culturales afectan las actitudes de los y las consultantes hacia su orientación sexual, se asemejan a las terapias reparativas, debido a que representan un conjunto de creencias sociales y políticas sobre la sexualidad a partir de las cuales se toma posición sobre cómo debe vivir la persona homosexual y qué hábitos debe adoptar para ser

feliz. Lo anterior permite observar cómo en el terreno terapéutico son escenificadas importantes discusiones sociales y políticas, e, igualmente, reflexionar sobre si es necesario un tipo específico de terapia para consultantes homosexuales, ya que ambas posturas terapéuticas reflejan fundamentalmente actitudes específicas en torno a la homosexualidad, y no necesariamente métodos o tipos estructurados de terapia.

Igualmente, cabe destacar que las terapias afirmativas no parecen ser la mejor alternativa para muchos consultantes, en especial para los que tienen creencias y experiencias religiosas que son centrales para sus valores y su estilo de vida; para estos una terapia afirmativa implicaría en gran medida un entrenamiento para un estilo de vida que no es acorde a su escala de valores.

Los tratamientos reparativos y afirmativos no son la única opción. En el rastreo se reconocen varios enfoques no afirmativos/no reparativos que no constituyen “terapéuticas para homosexuales” pero que dan al consultante la posibilidad de establecer su propio itinerario terapéutico, explorando los significados que ha asignado a sus experiencias personales y cambiándolos de ser necesario.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies)*. Washington, D.C.: APA Official Actions.
- Annicchiarico, I. (2009). Psicobiología de la homosexualidad masculina: hallazgos recientes. *Universitas Psychologica*, 8(2), 429-446.
- APA Task Force. (2009). *Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual*

- Orientation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ardila, R. (1972). *La psicología contemporánea panorama internacional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXVI(001), 67-77.
- Ardila, R. (2008). *Homosexualidad y Psicología*. Bogotá: El manual moderno.
- Barrett, J. (2014). Misusing Freud: Psychoanalysis and the Rise of Homosexual Conversion Therapy. *Psi Sigma Siren*, 8(1), 4-14.
- Benito, E. (2009). Las Psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1), 1-9.
- Brizuela, A., Brenes, M. P., Villegas, M., & Zúñiga, B. (2010). El abordaje teórico y clínico de la orientación sexual en Psicología. *Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología Univ. de Costa Rica*, 5(1), 9-35.
- Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, 18, 269-314.
- Carpintero, H., Mayor, L., & Zalbidea, M. A. (1990). Condiciones del desarrollo y surgimiento de la psicología humanista. *Revista de filosofía*, 3(3), 71-82.
- Coalition, J. t. (2008). *Just the facts about sexual orientation and youth: A primer for principals, educators, and school personnel*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dawood, K., Bailey, J. M., & Martin, N. G. (2009). Genetic and Environmental Influences on Sexual Orientation. En K. Dawood, J. M. Bailey, & N. G. Martin, *Handbook of Behavior Genetics* (pp. 269-279). New York: Springer New York.
- Drescher, J. (1998). *Psychoanalytic therapy and the gay man*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Eribon, D. (2008). *Escapar del psicoanálisis*. Barcelona: Bellaterra.
- Fernández, A. V., Gutiérrez, J. S., & Quijano, M. C. (2013). Representaciones sociales sobre la homosexualidad en estudiantes heterosexuales de Psicología y Biología: un estudio descriptivo. *Teoría y crítica de la psicología*, 3, 40-62.
- Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad 3. la inquietud de sí*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2010). *Historia de la sexualidad 2. el uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2012). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (1978). *Obras completas. Vol. VII (1901-05). Fragmento de un caso de histeria. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González, E. (2006). El campo de la psicoterapia: Algunas reflexiones desde Pierre Bourdieu. *Perspectivas en Psicología*, 3(1), 8-10.
- González, M. d., & Licon, N. E. (2006). Normalización del discurso homofóbico: Aspectos bioéticos. *Acta Bioethica*, 12(2), 211-217.
- González, S. (2001). Marcel Proust y el debate sobre la homosexualidad en Europa. *Revista Suma Cultural*, 4, 79-110.
- Haldeman, D. (1991). Sexual orientation conversion therapy for gay men and lesbians: A scientific examination. In J. Gonsiorek & J. Winrich (Eds.), *Homosexuality: Research Implications for Public Policy* (pp.149-160). Newbury Park, CA: Sage.
- Haldeman, D. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2, 221-227.
- Haldeman, D. (1999). The best of both worlds: Essentialism and social constructionism in clinical practice. En J. B. Russell, *Conversations About Psychology and Sexual Orientation* (pp. 57-70). New York : New York University Press.
- Haldeman, D. (2002). Gay Rights, Patient Rights: The Implications of Sexual Orientation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 260-264.
- Halley, J. E. (1994). Sexual Orientation and the Politics of Biology: A Critique of the Argument from Immutability. *Stanford Law Review*, 46(503), 503-540.

- Harrub, B., Thompson, B., & Miller, D. (2004). "This is the way god made me"—a scientific examination of homosexuality and the "gay gene". *Reason & Revelation*, 24(8), 73-80.
- Hernández, M. S., & Toro-Alfonso, J. (2010). La cura que es (lo)cura: Una Mirada Crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. *Revista Salud & Sociedad*, 1(2), 136-144.
- Holgado, J. M. (1998). Homosexualidad (I): ¿Trastorno psicopatológico? *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 56(109), 439-477.
- Horner, J. (2010). Undoing the Damage: Working with LGBT Clients in Post-Conversion Therapy. *Columbia Social Work Review*, 1, 8-16. Buenos Aires: Katz Editores.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología General*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- King, M., Semlyen, J., Killaspy, H., Nazareth, I., & Osborn, D. (2007). *A systematic review of research on counselling and psychotherapy for lesbian, gay, bisexual & transgender people*. Lutterworth: British Association for Counselling and Psychotherapy.
- Laemmle, J. (2013). California's Conversion: A Ban on Minor Conversion Therapy and the Effect on Other States. *Indiana Journal of Law and Social Equality*, 2(1), 247-270.
- Lamas, M. (2002). Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. En M. Lamas, *Cuerpo: diferencia sexual y género* (pp. 84-106). México D.F.: Taurus-Pensamiento.
- Liria, A. F. (2004). Reflexiones sobre la función social de la psicoterapia en la era de la globalización. *Átopos*, 2(1), 1-25.
- Mieli, M. (1979). *Elementos de crítica homosexual*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Moberly, E. (1983). *Homosexuality: a new christian ethic*. Cambridge: James Clarke and Company.
- Mondragón, J. M. (Enero de 2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia. Un análisis sociológico. *Sociológico*, 69, 123-156.
- Montoya, G. J. (2006). Aproximación bioética a las terapias reparativas. Tratamiento para el cambio de la orientación homosexual. *Acta Bioethica*, 12, 199-210.
- Movement Advancement Project. (2015). *LGBT Policy Spotlight: Conversion Therapy Bans*. Denver: Spotlight Report.
- National Association of Social Workers. (2015). *Sexual Orientation Change Efforts (SOCE) and Conversion Therapy with Lesbians, Gay Men, Bisexuals, and Transgender Persons*. Washington, DC: NASW.
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality: a new clinical approach*. Northvale: Jason Aronson, Inc.
- Nicolosi, J., & Nicolosi, L. A. (2002). *A parent's guide to preventing homosexuality*. Downers Grove: InterVarsity Press .
- Nominé, B. (2008). *Estructuras Clínicas y Salud Mental*. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Rodríguez, T. C. (2012). Actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina en adolescentes y jóvenes limeños. *Rev. Psicol.*, 12, 81-101.
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Barcelona: Narcea, S.A. Ediciones. Books.
- Royal College of Psychiatrists. (2014). *Royal College of Psychiatrists' statement on sexual orientation*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Sánchez, M. M. (2011). Aproximación histórica al tratamiento jurídico y social dado a la homosexualidad en Europa. *Estudios Constitucionales*, 1, 245-276.
- Serovich, J., Craft, S., Toviessi, P., Gandamma, R., McDowell, T., & Gafsky, E. (2008). A Systematic Review of the Research Base on Sexual Reorientation Therapies. *Journal of marital and family Therapy*, 34(2), 227-238. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2008.00065.x
- Soler, C. (1998). *El síntoma*. Bogotá: Fundación del Campo Freudiano.
- Soriano, S. (2002). Origen y causa de la homosexualidad. *Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, 56, 71-82.

- Spitzer, R. (2003). Can Some Gay Men and Lesbians Change Their Sexual Orientation? 200 Participants Reporting a Change from Homosexual to Heterosexual Orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 403-417.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending Conversion Therapy: Supporting and Affirming LGBTQ Youth*. Rockville: SAMHSA.
- Szasz, I. (2004). El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. En C, Cáceres, T. Frasca, M. Pecherry & V. Junior (Eds.), *Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate* (pp.65-75). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- The Australian Psychological Society. (2000). *APS Position Statement on the Use of Therapies that Attempt to Change Sexual Orientation*. Melbourne: APS.
- Thuillier, P. (1989). La homosexualidad ante la psiquiatría. *Revista Mundo Científico*, 9(96), 1138-1145.
- Tomás, J. P. (2004). Médicos, inquisidores y sodomitas. En J. Martínez-Pérez, I. P. Gallo, P. S. Tive, & M. D. González, *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica* (pp. 841-856). Murcia: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Toro-Alfonso, J. (2013). Lo Cortés no quita lo valiente: El des(cubrimiento) de la homosexualidad en un joven puertorriqueño, un caso de la clínica. En A. Martínez-Taboas, & G. Bernal, *Estudios de casos clínicos: contribuciones a la psicología en Puerto Rico* (pp. 278-298). San Juan : Publicaciones Puertorriqueñas.
- UK Council for Psychotherapy. (2014). *Conversion therapy: Consensus statement*. London: UK Council for Psychotherapy.
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Biomed*, 9, 116-121.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México D.F.: Paidós.
- What We Know: The Public Policy Research Portal. (2016). *What does the scholarly research say about whether conversion therapy can alter sexual orientation without causing harm?* New York: Columbia Law School.
- Whitehead, N., & Whitehead, B. (2013). Chapter Nine: The “discovery” of the “gay gene”. En N. Whitehead, & B. Whitehead, *My Genes Made Me Do It! - Homosexuality and the scientific evidence* (pp. 165-174). La Lafayette: Huntington House Publishers.

