



NO ES TERAPIA:

**Un análisis histórico-crítico de los Esfuerzos por Corregir
la Orientación Sexual, la Identidad y la Expresión de
Género de las personas**

María José Martínez

C.I.: 4.783.053-7

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Docente tutor: Mag. Asist. Gonzalo Gelpi

Docente revisora : Prof. Adj. Mag. Marcela Schenck

Octubre 2022
Montevideo, Uruguay

Resumen

Esta monografía es presentada como Trabajo Final de Grado para aspirar al título de Licenciada en Psicología de la Universidad de la República, Uruguay. Tiene como objetivo sistematizar, exponer y problematizar el estado del arte con relación a los esfuerzos para corregir la orientación sexual, la identidad y la expresión de género de las personas, normalmente mal llamados “terapias de conversión”; poniéndola a disposición del ámbito local a fin servir para uso de consulta académica en posibles futuras investigaciones que se produzcan en Uruguay en esta materia. Se realiza un recorrido histórico, con una visión occidental, haciendo foco en Estados Unidos y en menor parte en Europa. Se parte de la patologización de las sexualidades disidentes con el comienzo de la revolución científica; y los supuestos pseudocientíficos en los que se basaron las intervenciones “correctivas” desde el ámbito médico, psiquiátrico, psicológico conductual, y en particular desde el psicoanálisis, enunciando su relación con la religión cristiana evangélica; así como las prácticas que emergieron de este campo. Se resalta que este tipo de dispositivos e intervenciones en todas sus modalidades (tradicionales/no tradicionales) son violatorias de los derechos humanos, por lo que se busca exponerlas como un factor de riesgo para la salud integral y la calidad de vida de las personas de la comunidad LGBTQ+, indagando en las consecuencias nocivas que produjeron en las personas que se sometieron o fueron sometidos a ellas. Finalmente se aborda el marco regulatorio actual occidental y se propone el enfoque afirmativo de género como contraparte.

Palabras clave: Derechos Humanos, Salud, Psicología, Diversidad, ECOSIEG.

Índice

Introducción.....	1
Patologización de las sexualidades y géneros disidentes.....	3
Primeros “intentos de cura”.....	6
Origen de las llamadas “terapias reparativas” en el ámbito psicoterapéutico.....	9
Origen del movimiento “ <i>Ex-gay</i> ”.....	15
Consecuencias en la salud integral de las personas víctimas.....	18
Algunas reflexiones sobre la situación actual	21
Discusiones contemporáneas sobre marcos regulatorios.....	24
Contrarrestar o reparar el daño desde la psicología: terapias con enfoque afirmativo	27
Consideraciones finales	30
Referencias bibliográficas.....	34

Introducción

Emprendí la formación en Psicología en el año 2017. Si bien las discusiones relacionadas a los estudios de género me convocaban desde antes, fue cuando transitaba el segundo semestre del Ciclo Inicial, que se profundizó mi interés en esta área al cursar la Unidad Curricular Obligatoria *“Articulación de Saberes II: Psicología, Género y Derechos Humanos”*, dictada por Pablo López y Gonzalo Gelpi (quien me acompaña como tutor en este proceso). A partir de allí, mi itinerario por la formación, fue adoptando nuevas formas desde la curiosidad epistémica que despertó en mí dicho campo de estudios. En esta línea, comencé a investigar un poco más por cuenta propia algunos fenómenos que se trabajaron en aquellas clases y que habían dejado en mí una mezcla de intriga, necesidad de justicia social y asombro (al encontrarme con la cara de una realidad que no sabía que aún existía, entre ellas, las llamadas “terapias de conversión”). Cuando estuve habilitada a cursar materias optativas, busqué aquellas que pudieran seguir nutriendo mi caja de herramientas respecto al tema, cursando: *“Género, Violencia y Salud: aportes del feminismo y los estudios de masculinidades”*; *“Psicología de la Salud Reproductiva”*; y *“Sexualidades, Género y Diversidad”*. Finalmente, en el año 2021, en mi práctica pre-profesional del Ciclo de Graduación, tuve la oportunidad de formar parte del equipo del Centro de Referencia Amigable (CRAm). Allí encontré nuevamente a Gonzalo como docente referente, en dupla con Natalia Silvera. Este servicio universitario funciona brindando consulta, orientación y atención psicológica de forma gratuita a la población LGBT+ residente en el país, mediante un convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y el Ministerio de Desarrollo Social. Esta práctica me brindó la oportunidad de conocer un espacio de atención y acompañamiento psicológico desde la perspectiva de género y derechos, donde las personas usuarias podían sentirse seguras y libres de cualquier tipo de discriminación. Y es en el marco de aquella experiencia, que surge mi reflexión sobre la construcción de la sexualidad heterocisnormativa a través de la historia y la idea de esta propuesta crítica.

La presente articulación teórica, parte de una lectura crítica desde el marco conceptual de la psicología afirmativa. Se trata de una visión occidental, con foco en Estados Unidos y en menor parte en Europa, que pretende realizar un recorrido por los esfuerzos para corregir la orientación sexual, la identidad y la expresión de género, en los últimos tres siglos.

Se comienza con una base de antecedentes desde un plano histórico de la patologización de la sexualidad y la creación del pensamiento heterocisnormativo, que surge con el positivismo científico-médico de la modernidad y la influencia de otros factores externos como el capitalismo; donde se incluyen los sucesivos cambios en los manuales diagnósticos que categorizaron la orientación sexual y la identidad de género como patológica. Se

continúa por la línea de historización, enunciando las investigaciones y experimentos realizados por la medicina y la psiquiatría en las personas durante el siglo XIX, y la creación de las “terapias de conversión” por parte de actores de la psicología que estuvieron vinculados a movimientos religiosos del cristianismo evangélico. Por su parte, se realiza una aproximación histórica-analítica del surgimiento de estos movimientos religiosos, autodenominados “Ex-gay”, y el apoyo que recibieron de fuerzas políticas estadounidenses conservadoras. Allí se plantea la evidente retroalimentación que se generó entre las teorías psicológicas de la época que promovieron las “terapias de conversión” y estos movimientos religiosos.

Se continúa con una revisión de las consecuencias nocivas físicas, psicológicas, emocionales, sociales y vitales que se han documentado en personas que se sometieron o fueron sometidas a “tratamientos” para cambiar la orientación, la identidad y la expresión de género, tanto desde el ámbito psicológico, terapéutico o médico. Para llegar al estado actual, donde se denuncia que estas prácticas aún prevalecen en diferentes ámbitos y se las expone como violatorias de los derechos fundamentales. Allí se cuestiona el uso del término “terapia”, para entrar en el concepto de ECOSIEG (Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad y Expresión de Género) explicitando el motivo del título de este trabajo.

Finalmente se abordan los movimientos que se han comenzado a gestar recientemente desde el marco legal en el ámbito internacional occidental y regional en contra de las mismas y se describe el enfoque afirmativo como una propuesta alternativa subsanadora desde el ámbito psicológico. Cerrado con las consideraciones finales.

Cabe destacar que si bien esta producción hace referencia mayoritariamente a la orientación sexual, es imperante aclarar que los intentos de “corrección” no se limitaron a intentar cambiar solamente la misma, sino que pretendieron modificar todos aquellos comportamientos de las personas que manifestaran una identidad y/o expresión de género diferente a la de su sexo asignado al nacer, o que no se ajustaba a los estándares heterocisnormativos de género. Sin embargo, a pesar de una extensa búsqueda, la mayor parte de la literatura occidental que se encontró para la producción, (sobre todo la relacionada al ámbito de la psicología), referida a las mal llamadas “terapias de conversión” o “terapias reparativas”, arroja un discurso que toma la orientación sexual como un término “paraguas” aplicado a todo lo referente a diversidad, dejando ver sólo una parte reduccionista de la historia. La gran mayoría de las teorías que se formularon desde el psicoanálisis en Estados Unidos, giran en torno a la orientación sexual, y en su mayoría a las personas del sexo biológico macho, aunque las intervenciones hayan sido utilizadas

para intentar cambiar tanto la orientación, como la identidad y la expresión de género, dejando a las identidades trans invisibilizadas y categorizándolas durante mucho tiempo dentro del “tratamiento” de la orientación sexual o dentro de otros cuadros construidos como psicopatológicos. Igualmente, esta cuestión se retomará en las consideraciones finales.

Patologización de las sexualidades y géneros disidentes

Desde el surgimiento del concepto de sexualidad a mediados del siglo XVIII las expresiones de sexualidad “desviadas” fueron estigmatizadas, invisibilizadas y categorizadas como anómalas y patológicas (López, Forrasi & Gelpi, 2015). Antes de eso la sexualidad “normal” aún no había sido definida; el concepto de heterosexualidad no existía, ya que las personas simplemente mantenían intercambios y relaciones en función de sus deseos. Si bien existía dentro del marco de la religión aquello llamado como “sodomía” para referirse a las distintas conductas consideradas pecaminosas; estas se limitaban a prohibir lo incorrecto, pero no a prescribir lo correcto (Guasch, 2007). Foucault (1976) señala que los discursos médicos de los siglos XVIII y XIX se basaron en la biología de la reproducción como norma científica general, ligados a una práctica médica insistente e indiscreta en cuanto a la indagación sobre las prácticas sexuales, que más que buscar conocer la sexualidad buscó negarla -al menos parcialmente- y reordenarla. Esta búsqueda exhaustiva de un origen biológico de las “desviaciones sexuales” da cuenta de una consideración a priori de las mismas como patología tomando como referente una supuesta sexualidad “normal” (Menasse, 2018).

Con el surgimiento del pensamiento heteronormativo, diversas instituciones se colocaron a su servicio como herramientas de control, encargadas de investigar, nombrar, adoctrinar, controlar, castigar y “curar” cualquier tipo de sexualidad que no encajara dentro de la heteronorma en el marco de la prescripción de heterosexualidad obligatoria. Con el desarrollo del capitalismo se puso el foco en el control de la vida sexual. De manera que la escolarización, las leyes y la ciencia médica, se encargaron de normalizar sólo aquella sexualidad que cumpliera con la función utilitaria de la fecundidad, que diera lugar a la producción de fuerza de trabajo y la formación de la familia estandarizada (Foucault, 1976). Este desarrollo coincide con el ascenso de la ideología laica de ese momento, cuando las creencias e instituciones religiosas sufrieron un declive de su poder, pasando a ser reemplazadas por razonamientos distintos pero con un alcance similar: el de las autoridades científicas, que sustituyeron gradualmente a los clérigos para explicar los fenómenos que antes se atribuían a lo sobrenatural (Menasse, 2018). La regulación de la sexualidad pasó entonces al campo de la ciencia positiva, la cual se encargó de indicar qué es lo sano y qué no. Paulatinamente, desde la intervención médico-psiquiátrica en el ámbito de la sexualidad, se pretendió que a cada práctica sexual en concreto le correspondiera una identidad

sociosexual específica (Guasch, 2007). El concepto de una “sexualidad normal” es la base para la patologización de aquellas formas de manifestación que quedan por fuera de sus límites, y de la creencia errónea de que ésta puede y debe ser controlada. Durante el siglo XIX, la medicina, se dió a la tarea de buscar las causas y dar explicación a todas aquellas sexualidades no heteronormativas. En una primera etapa el enfoque estaba básicamente relacionado al ámbito biológico, y se basó en la hipótesis de que la orientación sexual y la identidad de género eran consecuencia de una disfunción biológica congénita, la cual podía ser tratada de manera exógena (Madrigal, 2020). Se pretendía explicar el origen de lo que llamaron “desviaciones sexuales” a causa de factores etiológicos de naturaleza orgánica; algunos de ellos sustentados en la incidencia de factores genéticos, otros que destacan el rol de las hormonas como predisponentes de la futura orientación sexual, y otros que pretendían demostrar que la misma se debía a diferencias estructurales en el cerebro (Soriano, 2002). En una segunda etapa, estas “desviaciones” fueron catalogadas como anomalías del instinto sexual, entrando en el campo de la práctica clínica, pero insistiendo en la psicofisiología del instinto sexual. Dada la falta de éxito para encontrar un factor biológico que demostrara algún tipo de evidencia, la tercera etapa abandona la teoría reducida a lo biológico y el foco se puso en el ámbito psicológico, pasando así a investigarse y tratarse estas cuestiones en el plano de la psiquiatría y la psicología. Cabe destacar, que dichas etapas no se dieron en un exacto orden cronológico ya que se mezclaron con frecuencia sobre todo las primeras dos (Davidson, 2001).

Con el auge del pensamiento positivista de la medicina en el siglo XX, comienza el proceso de patologización formal, por el cual la figura del diagnóstico cumplía con la tarea de confirmación de la “desviación” y “anormalidad” de aquellas conductas sexuales que se consideraban improductivas por no ser reproductivas, convirtiéndolas en enfermedades plausibles de ser tratadas en términos médicos (Menasse, 2018). Aquí, cabe cuestionarse lo que plantea Peidro (2021), sobre el rol que tuvo dicho diagnóstico en el ámbito de la salud mental y la clasificación de las sexualidades y géneros no heteronormativos como enfermedades y trastornos mentales; ya que esto, no supuso simplemente una forma de conocimiento del fenómeno que se pretendía investigar, sino que funcionó de manera performativa al producir el mismo fenómeno que buscaba definir, consolidando una visión de las orientaciones y géneros no normativos como una enfermedad en la trama social.

A mediados del siglo XX, ya comenzaron a introducirse las “desviaciones” sexuales y de género como categorías patológicas en los manuales más utilizados de la clasificación diagnóstica de la salud mental, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA); y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

(Maruzza, 2020). Fue una época donde la palabra proveniente de un “experto” en salud mental prácticamente no se cuestionaba, comenzaron a circular a nivel social la percepción negativa de las sexualidades y géneros disidentes y se propagaron las ideas homofóbicas.

En 1948 se introdujo el capítulo V dedicado a los trastornos mentales en la sexta edición del CIE donde se incluyeron las desviaciones sexuales dentro de los trastornos de la personalidad, los casos de transexualismo se contemplaron dentro de este apartado (Fernández & García-Vega, 2012).

En el año 1952 surgió la primera edición del DSM como una variante del CIE-6, donde también se incluía la desviación sexual como trastorno de la personalidad, la cual no estaba claramente definida, siendo el psiquiatra quien debía detallar las especificidades del “trastorno” para su diagnóstico. También se incluyó la homosexualidad en la categoría de enfermedades mentales como criterio diagnóstico; en la cual se propuso una conexión entre homosexualidad y desajustes psicológicos y se supuso que la homosexualidad era el síntoma de una enfermedad mental (Peidro, 2021), colocándola al mismo nivel que las perversiones sexuales sin tener evidencia científica (Fernández & García-Vega, 2012).

En 1966 se agregó el diagnóstico de “travestismo” en el CIE-8, situado dentro de los trastornos de la personalidad, que junto al de homosexualidad se colocó dentro de las desviaciones sexuales compartiendo además igual rango que las parafilias (Fernández & García-Vega, 2012).

En la segunda versión del DSM-II, publicada en 1973, se eliminó la homosexualidad como categoría diagnóstica de la sección de “Desviaciones Sexuales” (Comité Científico de la Fundación Iguales, 2012) pero mantuvo los casos de transexualismo en esta misma sección. A su vez, la homosexualidad continuó figurando en las versiones del CIE (Fernández & García-Vega, 2012).

En la publicación del CIE-9, 1978 aparece por primera vez la transexualidad como diagnóstico internacional, aún continuando dentro de las desviaciones y trastornos sexuales; la cual se incluye luego en 1990 en el DSM-III, en el cual por primera vez se la separa de los trastornos sexuales creándose un apartado para los trastornos de la identidad sexual, donde se incluyen en transexualismo y los trastornos de la identidad sexual en la infancia (Fernández & García-Vega, 2012).

No fue hasta el año 1990, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se adhirió a la iniciativa de excluir a la homosexualidad definitivamente de la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, eliminando definitivamente a la homosexualidad

de sus manuales con la publicación del CIE-10 (Comité Científico de la Fundación Iguales, 2012).

En cuanto a la transexualidad, se puede encontrar aún en la última versión del CIE-11 el término de “Incongruencia de género” (Chiquer et.al., 2020), y en el DSM V bajo el término “disforia de género”, ya no como diagnóstico, sino haciendo referencia como patológico al padecimiento de la angustia. Si bien el enfoque y los términos han cambiado, aún la diversidad sexo-genérica continúa incluyéndose dentro de los manuales asociada a lo patológico, se continúa perpetuando el sistema sexo-género dominante y se sostiene un aparato político-ideológico que de cierta forma continúa reafirmando que existe un papel determinado para cada género (Gonzalez et. al., 2020).

En resumen, en la historia reciente de la humanidad occidental, la orientación sexual y la identidad de género ha sido mezcladas, evaluadas, resignificadas y reguladas conforme a normas que emanan de factores económicos, morales, sociales, religiosos, políticos y diversos intereses externos que requirieron la construcción de una única manifestación “correcta” basada en las relaciones sexuales y de parentesco entre hombres y mujeres: es decir, la heterosexualidad prescrita como obligatoria. Fuera de esta, toda forma de ser, sentir, vivenciar, expresarse y vincularse, pasó a ser estigmatizada y patologizada. Sin embargo, como plantea Guasch (2007), la heterosexualidad no ha sido más que una invención, producto histórico y social, resultado de una época y condiciones determinadas, utilizada para garantizar un determinado orden social inalterable. O como la define Wittig (1992), un contrato social, cuyas reglas nunca han sido formalmente enunciadas, pero que tanto el pensamiento científico como la sociedad en general dan por supuestas, por obvias. Ambos autores coinciden en que, al hablar de la misma nos encontramos ante un objeto inexistente, algo ideológico, un fetiche; pero que sin embargo tiene tanto de imaginario como de real, ya que su existencia reside en las personas de un modo que afecta su existencia material y subjetiva, lo que tiene la capacidad de condicionar negativamente la vida afectivo-sexual y el bienestar psicosocial de millones de seres humanos en el mundo.

Primeros “intentos de cura”

Ya a finales del siglo XIX, antes de los primeros diagnósticos formales, los psiquiatras y médicos comenzaban a realizar una serie de controles y gran variedad de intervenciones médicas buscando la “cura” de las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género, lo que catalogaron como “desviaciones sexuales”, incluso encerrando a las personas que parecían padecerlas en asilos (Astaíza, 2016). Los primeros intentos documentados en Estados Unidos en 1892 incluyeron técnicas tan extrañas como andar en bicicleta hasta llegar a un cansancio exhaustivo, donde se relacionaba la pérdida del apetito

sexual hacia otro sexo con la curación. Al principio, cuando pensaban que la explicación era de carácter biológico, se aplicaron técnicas drásticas como la ablación de los órganos sexuales y la lobotomía sobre todo en personas trans o de género diverso (Centro Nacional por los Derechos de las Lesbianas [NCLR], 2018).

Para 1930, se encontraba entre los tratamientos más comunes la ingesta de hormonas, de hecho en ese mismo año, surgieron las primeras investigaciones endocrinológicas, ya que una hipótesis que se manejaba era que la conducta sexual homosexual era resultado de un desequilibrio en la proporción de hormonas masculinas y femeninas, ambas presentes en la sangre de los dos sexos tradicionales. Se creía que los nacidos como varones que presentaban un comportamiento genérico o sexual “anómalo” tenían menores niveles de andrógenos y mayores de estrógenos que los heterosexuales cis-género, y lo inverso con respecto a las mujeres, (tendrían niveles más bajos de estrógenos y más altos de andrógenos que las mujeres heterosexuales cis-género); se creía que este desequilibrio era un trastorno endócrino que se produciría durante el estado fetal, o que era posible que fuese un factor hereditario (Soriano, 2002). Incluso existen registros de que la experimentación con “terapia” hormonal fue también muy utilizada en los campos de concentración de Bucherwald por médicos del tercer Reich durante el regimen Nazi; como por médicos de la fuerza de defensa sudafricana en los años de Apartheid (sistema de segregación racial en Sudáfrica y Namibia) (Mendos, 2020). Ha sido uno de los procedimientos más comunes utilizados históricamente a pesar de haberse descubierto en ese tránsito que el suministro de hormonas masculinas a hombres homosexuales sólo potenciaba el deseo por el tipo de actividad sexual al que el individuo estaba habituado, sin cambiar su objeto de deseo (Soriano, 2002).

Por esa misma época surge el uso de las llamadas “técnicas de aversión” basadas en intentos de modificación de corte cognitivo. Las terapias de aversión para “redireccionar” la sexualidad, consistieron en someter a la persona a una sensación negativa, dolorosa o angustiada, al mismo tiempo que se la exponía a un determinado estímulo, con el objetivo de que éste se asociara a esa sensación negativa; el cese de los estímulos aversivos generalmente era acompañado por la presentación de imágenes eróticas de otro sexo, con el objetivo de fortalecer los sentimientos heterosexuales (Madrigal, 2020). Su uso fue ampliamente documentado en el tratamiento de mujeres lesbianas, varones gays, bisexuales y personas trans en general, sobre todo en Estados Unidos y Gran Bretaña a mediados de la década de 1930. También fue uno de los que ha utilizado mayor variedad en cuanto a sus prácticas; incluyendo entre ellos la “terapia” de electroshock, (Mendos, 2020); y procedimientos de aversión química, que consistían en la aplicación, por medio de inyección o ingesta de fármacos que provocaban malestar, mientras se mostraba material

erótico homosexual a los sujetos en una pantalla con el fin de crear una asociación cognitiva entre el estímulo negativo y el deseo “anormal” (Madrigal, 2020). Para esta técnica también fueron utilizadas drogas como la apomorfina (que les causaba parálisis), la cafeína en grandes cantidades (que inducía náuseas); o el metrazon (una droga que provoca convulsiones) (Mendos, 2020). En muchos casos, se recomendaba a los sujetos que se trataran de masturbar fantaseando con personas de otro género (Madrigal, 2020). Existen trabajos académicos posteriores que datan de 1960 que “demuestran” que el “reacondicionamiento masturbatorio” se administró en hospitales con el fin de cambiar la causa de la excitación sexual. Dentro de las técnicas de aversión más recientes, se han utilizado diferentes técnicas de sugestión; como intentar cambiar los patrones de pensamiento, buscando reformular los deseos o redirigir los pensamientos, incluso utilizando la hipnosis (NCLR, 2018).

Muchas de estas prácticas fueron profusamente registradas en el pasado por profesionales del área médica, sobre todo en Estados Unidos y Europa, ya que al ser consideradas del orden de lo patológico, formaban parte de procedimientos médicos y eran comúnmente llevadas a cabo en centros de salud mental y hospitales (Mendos, 2020). Los resultados falsamente exitosos eran publicados con orgullo por diferentes médicos y psiquiatras que competían entre sí, comunicando el “éxito” de sus investigaciones y describiendo cómo a través de tal o cual procedimiento habían encontrado la “cura” a una “afección”. Aún así, es prácticamente imposible conocer de forma exhaustiva la totalidad de técnicas existentes implementadas a nivel mundial ya que gran parte de la información que se tiene data de registros occidentales; asimismo estas no se limitaron a un sólo campo sino que fueron llevadas a cabo por médicos, enfermeros y psiquiatras, pero también por líderes religiosos o espirituales, entrenadores y otras personas no profesionales en general; por lo que pudieron haber adoptado infinitas formas o métodos (Mendos, 2020). Lo que sí se puede aseverar es que los procedimientos descritos no han resultado ser más que experimentos tortuosos de los que muchas personas no sobrevivieron o resultaron crónicamente afectadas. Sin embargo, a pesar de esto, algunas prácticas aversivas más sutiles persisten en la actualidad.

En cuanto al área formal de la psicología y la psiquiatría, a lo largo de la historia, el tratamiento psicológico y psiquiátrico de las personas LGBT+ se caracterizó por una actitud condescendiente en el mejor de los casos y abiertamente hostil en otros (Drescher, 2014). Ambas se destacan dentro de las ciencias que alimentaron discursos normalizadores del género y de la sexualidad (López, Forrissi & Gelpi, 2015). Al inicio del siglo XX la homosexualidad y la transexualidad ya eran consideradas patológicas por la mayoría de los profesionales de la salud mental (Drescher, 2014). Durante la primera mitad del mismo,

muchas escuelas de psicología y psiquiatría, operaron como promotoras para la “cura” de las “sexualidades anormales”; lo que contribuyó a la proliferación de psicoterapias, *counselling* y otras formas de conversación (Mendos, 2020). Las primeras “terapias” oficiales de conversión se basaban en el psicoanálisis y diferentes tipos de “terapias” conductuales, compartiendo ideales de normalidad y justificación. Las principales intervenciones variaron entre “terapias” psicodinámicas, conductuales, cognitivas o interpersonales, muchas de ellas buscando las “causas”, pero sobre todo justificando el análisis desde el trauma por la ausencia de una figura paterna o la presencia de una figura materna entrometida (Madrigal, 2020). Esta teoría psicoanalítica sentó las bases para la mayoría de las técnicas utilizadas hasta el día de hoy, tanto en el campo profesional de la psicología, como en otros que se detallarán más adelante.

Origen de las llamadas “terapias reparativas” en el ámbito psicoterapéutico

Ya en 1886 el psiquiatra Alemán Richard von Krafft-Ebing introducía con su obra *Psychopathia Sexualis* el término “homosexual” en el campo de la medicina científica, aunque el mismo ya había sido usado en el ámbito jurídico por Kertbeny al igual que el término heterosexual (Menasse, 2018) Las identidades trans aún estaban muy distantes de ser visibilizadas como tales, por lo cual todo se trató bajo este término y las teorías que se manejaban y se continuaron manejando durante muchos años, se redujeron a la orientación sexual. Krafft-Ebing planteaba que el único objetivo del deseo sexual era la procreación, y que cualquier forma de deseo que no la tuviese como fin, era en sí misma, una perversión. Por lo cual todos los comportamientos sexuales que no sirvieran a la función reproductora se consideraban formas de psicopatología y estaban ahora sujetos a escrutinio médico. Planteó a la homosexualidad como algo innato, en la cual todas aquellas personas nacidas con una predisposición homosexual tenían un trastorno congénito de carácter psiquiátrico (Drescher, 2014). Su teoría fue contrastada por Freud unos años más tarde, el cual se posicionó tanto en contra del carácter innato de la homosexualidad como del degenerativo (Freud, 1905).

La obra de Freud con su novedoso discurso sobre el inconsciente, la sexualidad infantil y el deseo, implementó importantes cambios en el pensamiento psicoanalítico de la época, sentando las bases para una crítica al orden sexual y la moral tradicional. Creía que todas las personas nacen con tendencias bisexuales y planteaba que las expresiones de homosexualidad eran incluso una fase “normal” del desarrollo heterosexual adulto; conjuntamente planteaba que no se la podía tratar como una condición degenerativa, como sugerían otros psiquiatras de su época, ya que ni la eficiencia, ni el desarrollo intelectual se veían afectados (Drescher, 2014). Para Freud (1905) “ni siquiera el interés exclusivo del

hombre por la mujer era algo obvio, sino un problema que requería esclarecimiento” (p.132), por lo que fue pionero en plantearse desde el psicoanálisis la heteronormatividad arraigada en las formas de producción de conocimiento. Además fue precursor de la idea de que la terapia psicoanalítica no podía comprometerse con la supresión de la homosexualidad, ya que no lo veía posible; y que sí se podía recurrir a la terapia psicoanalítica en el caso de que el individuo experimentara algún conflicto psíquico o fuese desdichado a raíz de su sexualidad (Freud, 1920).

Sin embargo, su discurso, no logró ser totalmente despatologizante, ya que en su teoría presentaba a la homosexualidad como una “variación de la función sexual” producida por una “detención” en el desarrollo psicosexual (Drescher, 2014) mostrando una concepción evolucionista de la sexualidad como un proceso orientado a un resultado “normal” esperable: la heterosexualidad (Ojeda, 2015). Si bien sus estudios circularon y permitieron efectos de liberación importantes entre muchos grupos y clases oprimidas, en ocasiones sus ensayos parecían contradictearse, o estaban expresados de una manera errática (Drescher, 1998), lo cual genera hasta hoy en día diferentes interpretaciones de su pensamiento según la lectura que se realice. Y a pesar de su postura contraria acerca de cambiar las motivaciones homosexuales hacia las heterosexuales, los analistas de la época continuaron buscando formas de hacerlo. Posterior a su fallecimiento proliferaron dentro de la corriente principal del movimiento psicoanalítico teorías que se diferenciaban significativamente a la suya ofreciendo explicaciones alternativas para la atracción por el mismo sexo, creando así “posibilidades terapéuticas” (Drescher, 1998).

Habiéndose abandonado la teoría de las “desviaciones sexuales” como algo innato, comenzaron a surgir las teorías que pasaron a considerarla como un “fracaso ambiental” (Vieira & Rocha, 2020). En 1940, el psiquiatra y psicoanalista húngaro Sandor Rado, refutó la teoría de Freud sobre la bisexualidad y replanteó el origen psíquico de la homosexualidad, mostrándose optimista ante las posibilidades de “cura” (Ojeda, 2015). Declaró con gran autoridad (aún sin respaldo científico basado en evidencia) que la heterosexualidad era el único resultado no patológico del desarrollo sexual humano (Drescher, 1998), y que la homosexualidad era una evitación “fóbica” del otro sexo vinculada a una crianza “inadecuada” o una fuerza ambiental abrumadora (Drescher, 2014). Esta nueva visión basada en lo ambiental dió el pie necesario para el comienzo de las terapias de “cura” a partir de procesos psicoterapéuticos, ya que al no estar vinculado con algo innato, era más probable que se pudiese moldear con el “tratamiento adecuado”.

Sandor Rado fue seguido en su creencia por Irving Bieber, psicoanalista estadounidense, quien también rechazó la hipótesis freudiana de la bisexualidad y la existencia de un

impulso homosexual innato (Ojeda, 2015). Tomó la idea de la homosexualidad como resultado de un miedo intenso a la expresión de los impulsos heterosexuales, resultado de relaciones patológicas con sus padres en la infancia, siendo por lo tanto curable por medio de terapia a largo plazo (Vieira & Rocha, 2020). En sus estudios analizó las relaciones familiares de sus pacientes enfocándose en el triángulo madre-padre-paciente, concluyendo que las madres de sus pacientes podían ser categorizadas como sobreprotectoras y dominantes, que establecían vínculos excesivamente íntimos con sus hijos, frustrando así, su desarrollo normal interfiriendo en la relación padre-hijo, inhibiendo la interacción, fomentando su competencia y socavando así todo signo de autonomía. A su vez, el padre de estos pacientes, sería una figura temida y distante, incapaz de proveerles un modelo de identificación masculina que facilitara el desarrollo psicosexual saludable, dificultando el vínculo entre ambos y fallando en sus esfuerzos por satisfacer las necesidades afectivas de sus hijos, creando así en ellos una “patología” que sólo podría ser satisfecha por otros hombres a través de una adaptación homosexual (Ojeda, 2015). Las tasas de éxito de Bieber fueron considerablemente bajas, sólo el 27% de los sujetos sometidos a los tratamientos psicoterapéuticos comenzaron a considerarse heterosexuales luego de su finalización, teniendo en cuenta además que sólo el 18% tenía un comportamiento exclusivamente homosexual (Vieira & Rocha, 2020).

El psiquiatra y psicoanalista Charles Socarides también cuestionó la teoría de Freud sobre la homosexualidad como una detención del desarrollo. Tomó parte de ella, redefiniéndola como conflictiva y combinándola con la teoría edípica. Postuló nuevamente la homosexualidad como una perversión, cuyo síntoma neurótico resultaría del conflicto entre el YO y el ELLO, dándose a su vez una formación de compromiso que debería cumplir con las demandas del SUPERYO, donde la gratificación instintiva resultante sería la de una formación sustitutiva que permanecería en el inconsciente del individuo (Ojeda, 2015). Nuevamente el foco se puso en el ambiente familiar y en el plano parental, ya que Socarides responsabilizó a los padres de hombres y mujeres homosexuales de “causarles” la homosexualidad. Planteando que las familias de las personas homosexuales eran generalmente un entorno dominado por mujeres donde el padre estaba ausente, débil, distante o era sádico; y en los casos donde el niño varón pudiese haber desarrollado un vínculo patológico con su madre, se produciría el desarrollo de una identidad de género “inapropiada” (Drescher, 1998). Irónicamente para él, unos años después, su hijo se declaró abiertamente gay, es abogado y defensor de los derechos de las personas homosexuales (Mendos, 2020).

Uno de los aportes más grandes a la patologización de la sexualidad que tuvo Socarides fue plantear la homosexualidad como un “problema de salud pública”, un “peligro” para la salud

nacional, expresando que la misma había alcanzado “proporciones epidemiológicas” de carácter “pandémico”; por tanto quienes tenían la “responsabilidad” de restaurar la salud eran los psiquiatras y psicoanalistas (Ojeda, 2015). Sugería intervenciones terapéuticas para hacer conscientes las luchas inconscientes con el fin de reducir los síntomas homosexuales (Drescher,1998). Otro movimiento patologizante fue haber fundado la *Asociación Nacional para la Investigación y Terapia de la Homosexualidad (NARTH)* junto a Joseph Nicolosi.

Ya en la década de 1960, antes de la salida de la homosexualidad como diagnóstico del DSM, las terapias para cambiar la orientación sexual comenzaron a ser criticadas tanto por su baja eficacia comprobada como por sus efectos negativos. Sin embargo, aún luego de la retirada de la misma por parte de la APA en 1973, una parte de los psicólogos y psiquiatras estadounidenses continuaron defendiendo la necesidad de terapias de “reparación” de la orientación sexual (Vieira & Rocha, 2020).

El término “terapia reparativa” fue acuñado por el psicólogo Joseph Nicolisi en 1991 para hacer referencia en un principio a una modalidad terapéutica para cambiar la orientación de homosexual a heterosexual (Montoya, 2006). La implementó sin el apoyo de la APA, justificando la legitimidad teórica y técnica de su trabajo clínico en la existencia de hombres que no se sentían cómodos con su homosexualidad. Apoyándose en eso, defendió las terapias reparativas inventando el término “homosexual-no gay” y alegando que la desclasificación por parte de la psiquiatría de la homosexualidad como una enfermedad, le estaba restando validez al sufrimiento de este grupo de personas (Ojeda, 2015). Cabe cuestionarse aquí el valor intrínseco real de querer “dejar de ser homosexual” por “voluntad propia”, teniendo en cuenta los aportes de Davidson (1976), el cual citando las palabras de Silvester (1972); expresa que “sugerir que alguien acude de manera voluntaria a cambiar su orientación sexual implica ignorar el poderoso estrés ambiental; la opresión que durante años le ha estado diciendo que debería cambiar; crecer en una familia donde se susurra la palabra “homosexual”, jugar en el parque de niño y escuchar la palabra “maricón” de manera peyorativa, ir a la iglesia y escuchar que la homosexualidad es un “pecado”, ir a la universidad y escuchar que se cuestiona como enfermedad, y finalmente asistir al centro de asesoramiento que promete “curar” (p.160). Silvester resalta todos estos factores normales para la época como negativos a la hora de formar un ambiente de libertad y elección voluntaria, lo que hace que se espere que el sujeto quiera cambiar y más si se elogia implícitamente la solicitud de su tratamiento como el “primer paso” hacia un comportamiento “normal”.

Nicolosi se apoyó en diferentes teorías, explicó la homosexualidad como un “impulso” que pretendería reparar un déficit en la identidad masculina, por la cual la elección de un “hombre fuerte” como pareja se daría por la búsqueda de su propia masculinidad perdida por vía de la identificación con la pareja sexual. También retomó la cuestión del apego con el padre, donde se desarrollaría una postura de “desapego defensivo”, en la cual se daría una falla por la identificación con este y la masculinidad que lo representa lo cual generaría la búsqueda de figuras masculinas que pudieran sustituir dicho vínculo. Adicionalmente definió el “closet” como un lugar de “elección, desafío, fé y crecimiento” y el no ser gay como una “decisión filosófica y existencial”, dejando en sus pacientes la responsabilidad y la creencia de que si realmente se esforzaban podían lograr dejar de ser homosexuales (Ojeda, 2015). En su discurso se manifestó un fuerte componente moral, tradicional y religioso, fusionando deliberadamente la espiritualidad con el pensamiento psicoanalítico, basándose en la literatura del campo de la consejería pastoral e incluyendo incluso un tratado religioso sobre la homosexualidad, argumentando de esta manera más como predicador que como científico (Drescher, 1998). Asimismo, recomendó que el teapeuta fuese del mismo sexo que el paciente, se involucrara emocionalmente y permitiera la dependencia en el proceso terapéutico (Ojeda, 2015). Dichas recomendaciones fueron totalmente antiéticas y se basaron en un encuadre que no se recomienda en ningún ámbito de la psicología.

Como respuesta a la creciente disminución del interés profesional del mundo académico, y en vista de que ambos estaban en desacuerdo con la decisión de la eliminación de la homosexualidad del manual DSM por parte de la APA; Socarides y Nicolosi fundaron en 1992 su propia organización: la *Asociación Nacional para la Investigación y Terapia de la Homosexualidad (NARTH)* con una base primordialmente ligada al Psicoanálisis; la cual se auto-denominaba una organización profesional y científica y exponía como misión conducir y recopilar investigación “científica”, diseminar información “educativa” y promover un “tratamiento terapéutico efectivo” a quienes buscaran su asistencia, llamando a los demás profesionales de la salud mental a respetar el derecho de todos los individuos a “elegir” su propio destino y ofrecer “esperanza” a aquellos que lucharan con una homosexualidad indeseada; proclamando además el derecho de los profesionales a ofrecer dicho cuidado (Hernández & Toro-Alfonso, 2010).

NARTH se convirtió en la institución líder en la promoción de la “terapia reparativa” publicando una gran cantidad de trabajos pseudocientíficos en su defensa y convirtiéndose en una fuente de validación de los esfuerzos promovidos por organizaciones religiosas que fomentaban el uso de estas prácticas y declarándose en lucha contra las asociaciones científicas del campo de las disciplinas psi de Estados Unidos (Hernández & Toro-Alfonso,

2010). Afirieron ser una organización laica, pero mantuvieron un perfil que ya había sido precedido por el pensamiento moral y espiritualista de Nicolosi. En los trabajos publicados sus líderes a menudo hacían referencias explícitas a valores espirituales, al tiempo de mantener alianzas estrechas con ministerios religiosos, entre los cuales se encontraban *Exodus Internacional*, una organización cristiana que promovía el mensaje de la “liberación” de la homosexualidad a través del “poder de Jesucristo”. Varias personas afirman haber recibido “terapias reparativas” de un profesional de *NARTH* en paralelo con el asesoramiento de un ministerio religioso “*Ex-gay*” (Mendos, 2020); combinando teorías psicoanalíticas arcaicas que patologizaban la homosexualidad con creencias religiosas de tipo tradicional que condenaban la homosexualidad (APA, 2000).

En el año 2014 *NARTH* se convirtió en la *Alianza para la Elección Terapéutica y la Integridad Científica* (*ATCSI* por sus siglas en inglés) y continúa funcionando a pesar de no tener ningún tipo de respaldo científico (Robinson & Spivey, 2022).

Hoy en día, pese a que la condena de estas prácticas pareciera ser generalizada, las mismas, acompañadas de la creencia que hacen de la orientación sexual y la identidad y expresión de género objetos de expectativas de “cura” o de cambio, continúan vigente en distintos contextos e instituciones, muchas de ellas vinculadas a los campos de la salud mental, la educación y la religión (Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Chile, 2015). Si bien el psicoanálisis de por sí no afirma ni condena a las personas LGBT+, parecen coexistir dos perspectivas: el modelo de Normalidad/Identidad, que ratifica a la homosexualidad y la transexualidad como variaciones normales de la expresión humana; incluye la aceptación y defiende a las personas que forman parte de la comunidad como pertenecientes a una minoría que requiere protección de las creencias y prácticas discriminatorias de la sociedad; e incluso pregona por la importancia de recibir psicoterapia que facilite el camino de asimilación y ayude a canalizar la integración de la identidad sexo-genérica individual. Y por otra parte, se encuentra el modelo Enfermedad/Conducta, el cual sostiene el carácter patológico e inmoral sostiene que las personas de la comunidad no ameritan ser protegidas como una minoría; ya que al estar “enfermos” lo que deben recibir es tratamiento (Drescher, 2002). Los profesionales psicoanalíticos que defienden esta última postura son en general aquellos que se han alejado del centro psicoanalítico, y han sido adoptados por fuerzas políticas y religiosas conservadoras, practicando dogmas y sofocando la disidencia (Drescher, 1998).

La psicoterapia parece aún estar entre los métodos más utilizados por profesionales de la salud mental como método para intentar cambiar la orientación sexual, la identidad y la expresión de género de una persona (Mendos, 2020). Aunque desde mediados del siglo

pasado se han ido actualizando a partir de los aportes del feminismo y la perspectiva de derechos y diversidad sexual (López, Forrissi & Gelpi, 2015), aún persisten algunos prejuicios negativos contra los pacientes LGBT+, aunque en formas más sutiles que las utilizadas en el pasado, como es caso de la escasa investigación sobre la salud y las necesidades de salud mental de estas poblaciones (Drescher, 2014).

Origen del movimiento “Ex-gay”

El mismo año que la APA quitó la homosexualidad de los manuales, en Estados Unidos nació el movimiento “Ex-gay”, una organización religiosa cristiana de corriente evangélica, promoviendo su propio contra-discurso, emergiendo como desafío directo a la despatologización de la homosexualidad y la nueva afirmación formal de la psicología de que la homosexualidad no era una enfermedad y la sexualidad no debía intentar ser cambiada (Wilkinson, 2013). El movimiento se formó con personas que eran parte de ministerios religiosos y se habían sometido a una o varias terapias de conversión, proclamando haber conseguido cambiar su identidad de género u orientación sexual gracias a las mismas, autodenominándose “ex-gays”. Una vez más las identidades trans que decían haber cambiado se auto colocaron bajo este término paraguas.

Desde entonces y durante casi tres décadas los ministerios de los que forman parte han reclamado que los hombres gays, las mujeres lesbianas, las personas trans y bisexuales pueden volverse heterosexuales/cisgénero a través de la terapia reparadora o de conversión (Cianciatto & Cahill, 2006). Con respecto a esto, Halderman (2004) plantea que la profundidad con que la identidad religiosa puede llegar a instalarse en la psique no debe ser subestimada. Para algunas personas, su identidad religiosa es tan importante, que es más realista considerar cambiar la identidad de género o la orientación sexual que abandonar la religión de origen; por ese motivo la afiliación religiosa puede ser un aspecto organizador central de la identidad, a la que el individuo no puede renunciar, incluso contra de su propio deseo.

Posteriormente, el grupo “*Gay and Lesbian Task Force*” con sede en Estados Unidos divide la actividad del movimiento “Ex-gay” en tres grandes olas: la primera desde 1973 hasta 1997, la segunda desde 1998 hasta 2002, y la tercera desde 2003 hasta la actualidad (Cianciotto & Cahill, 2006). La primera coincidió con el surgimiento de la poderosa “derecha religiosa” en los Estados Unidos y estuvo caracterizada por una gran proliferación de ministerios “Ex-gay” independientes, pero afiliados entre sí; el nacimiento de las grandes organizaciones del movimiento; y el desarrollo de una vasta literatura, entre la que se encuentra el libro de Charles Socarides (uno de los fundadores de *NARTH*): “*Beyond Sexual Freedom*” (Más allá de la libertad sexual). El primer movimiento “Ex-gay” llamado

“*Love in Action*”, surgió en el año 1973, en la ciudad de San Francisco (California) originado por Ken Philpott, John Evans y Frank Worthen. Para 1976, Worthen junto con Gary Cooper y Michael Busse, habían organizado doce ministerios evangélicos, que se reunieron en la primer conferencia de la que surgió el ministerio evangélico “*Ex-gay*” más grande a nivel mundial, existente hasta el día de hoy: *Exodus Internacional* (hoy en día *Exodus Global Alliance*, y *Exodus Latinoamérica* a nivel regional). Es relevante destacar que unos años más tarde, Gary Cooper y Michael Busse renunciaron al movimiento, lo denunciaron, y se casaron entre sí.

En el documental de *Praw Away* producido por Stolakis (2021) Michael Busse declaró que el movimiento comenzó como un grupo de apoyo en la iglesia local, sobre todo por la necesidad de sentirse acompañados en el proceso y para encontrar más personas con las que poder compartir el sufrimiento que les causaba la culpa por su homosexualidad o transexualidad; expuso que casi ninguno de los líderes tenía algún tipo de formación académica, en psicología o sexualidad humana, ni eran idóneos para hacer lo que hacían. Sin embargo, estos movimientos, coincidían en el estandar patologizante de la homosexualidad y en las teorías del origen *NARTH*. Creían que las personas con una “sexualidad anormal” debían haber sufrido traumas en la infancia, ya sea por abuso directo, abuso sexual, abuso físico por parte de los padres, o por una crianza inapropiada o tóxica, o simplemente por una mala relación con el padre o madre del mismo sexo; que de lograr resolverse haría que la heterosexualidad innata saliera a flote (Julie Rodgers, en Stolakis, 2021). Cabe destacar aquí, el claro enfoque de la teoría psicológica de Charles Socarides, utilizado para el abordaje religioso, y el hecho de que los discursos se retroalimentan de un lado al otro entre la rama de la psicología que creó la “terapia reparativa”, y los movimientos religiosos que adoptaron el mismo nombre para sus prácticas, probablemente porque los actores fundadores pertenecían a ambos campos en esos años donde *NARTH* y *Exodus* se abrazaban. Aunque las “terapias” de conversión del movimiento “*Ex-gay*” normalmente optan por métodos no tan clínicos, sino más bien por sesiones de consejo individual, grupos de apoyo, a veces acompañado de los doce pasos, oraciones, y conversión religiosa (Wilkinson, 2013).

Si bien los programas de la primera ola eran relativamente pequeños, surgieron junto con la corriente política y religiosa conservadora moderna (Cianciotto y Cahill, 2006). Yvette Cantu (ex vocera del *Consejo de Investigación Familiar*, una división de *Focus in The Family* (una de las principales organizaciones religiosas y políticas conservadoras cuya función es “promover los valores familiares tradicionales”) habló recientemente sobre su rol como analista política y denunció el gran poder que dicha organización manejó en la religión en Estados Unidos en esa época. Dijo que todos los líderes eran hombres blancos

heterosexuales, que buscaban un portavoz que “hubiera sido gay”. Expresó que cuando la reclutaron le dijeron que era “perfecta” porque “era joven, tenía un apellido hispano y no parecía gay”; según Yvette buscaban algo que despertara la indignación entre sus electores ya que eso los motivaría a donar dinero y a votar. Y la diversidad parecía ser algo que indignaba a la gente, sobre todo en materia de derechos. La derecha conservadora religiosa pensaba que los homosexuales y personas trans no necesitaban derechos específicos, que eso iba a “destruir a la familia tal como la conocemos”, “socavando los derechos de los cristianos” (Yvette Cantu, en Stolakis, 2021).

La segunda ola comenzó con el casamiento de John Paulk y Anne en 1998, dos autoproclamados “ex-gays” que ganaron la atención de los medios al aparecer en anuncios y en los principales periódicos de Estados Unidos. Si bien ellos y otros líderes religiosos afirmaron que actuaban por amor, las organizaciones que representaban perseguían activamente la creciente agenda política de derechos LGBT+ para negar y revertir las protecciones legales contra la discriminación basada en género y orientación sexual. Comenzó así una gran campaña publicitaria de personas “ex-gays” que se casaban diciendo que había cambiado gracias a la fe. John Paulk se convirtió en referente para el movimiento, gerente de la división *Focus in the Family* y presidente de la junta directiva de *Exodus Internacional*; hasta septiembre de 2020 cuando fue fotografiado saliendo de un bar gay en Washington (Cianciotto y Cahill, 2006). Posteriormente, John renunció a *Exodus*, se divorció y hoy en día es abiertamente gay. En su entrevista para el documental de Stolakis declaró que su objetivo cuando entró a *Exodus* era cumplir con el mandato de la iglesia: casarse y tener hijos; y que la institución le enseñaba que “en algún momento de sus vidas conocerían una mujer, entablarían una amistad, y con suerte después surgiría una atracción sexual”; relata que incluso llegó a pensar que realmente ya no era homosexual, porque creía que serlo implicaba solamente comportarse como tal, a pesar de no haber dejado nunca de sentir deseos por otros hombres (John Paulk, en Stolakis, 2021). De hecho una gran parte de las personas que se denominan “ex-gays” expresan modificaciones en su conducta o estilo de vida, sin embargo, no manifiestan haber percibido un cambio en cuanto a su identidad de género u orientación sexual.

La tercera y actual ola comenzó en 2003, en respuesta a la gran iniciativa legal que se estaba gestando con respecto al matrimonio entre personas del mismo sexo. Los líderes de las organizaciones “Ex-gay” se plantaron firmemente opositoras. La característica fundamental es el cambio de enfoque que parece tener el movimiento, ya que la estrategia se dirige menos a tratar de “curar” a los adultos y más en “prevenir el desarrollo”, enfocándose en los niños, los adolescentes y sus padres. Ejemplo de ello son *Groundswee*, una conferencia ambulante de *Ex-gay* para jóvenes lanzada en 2005; una serie de nuevas

publicaciones dirigidas hacia los padres advirtiéndoles sobre la “pre-homosexualidad” en niños; y el centro *Ex-gay* ambulatorio Refuge, parte de *Love in Action*, en Tennessee, para jóvenes de entre 13 y 18 años. Consecuentemente se ha observado un aumento en el número de padres que están llevando a sus hijos jóvenes a estos servicios para intentar cambiar su orientación sexual o su identidad de género aún en contra de su voluntad, dado que estas organizaciones les dicen que sus hijos están destinados a ser infelices y tener vidas cortas caracterizadas por la depresión, ira, abuso de sustancias y relaciones violentas en el hogar (Cianciotto y Cahill, 2006).

En 2013, el movimiento *Exodus International*, liderado por Alan Chambers, comenzó a desmoronarse luego de 37 años de existencia. Chambers expresó una disculpa pública a la comunidad LGBT+ por tantos años de haber sido juzgados por el movimiento y por la iglesia cristiana. El mismo Chambers, quién declaró ser gay, renunció a la creencia de que existe la capacidad de “curar” la homosexualidad, y confesó seguir sintiendo atracción por personas de su mismo sexo aún tras años de ser el principal referente del movimiento “*Ex-Gay*” más grande del mundo (Payne, 2013). El cierre de *Exodus Internacional* tuvo un impacto material principalmente dentro de Estados Unidos, sin embargo, para ese entonces, *Exodus Internacional* era de hecho un ministerio estadounidense miembro de un movimiento transnacional mucho más grande: *Exodus Global Alliance* que continúa apoyando y conectando a centenares de ministerios en todo el mundo y continúa defendiendo sus prácticas bajo el lema “el cambio es posible” (Jones, 2013).

Consecuencias en la salud integral de las personas víctimas

Un estudio cualitativo realizado por Muñoz (2021), que documenta la vivencia de las “terapias” de conversión sexual y los daños a la salud en un grupo de varones no heterosexuales tras acudir a las mismas, mostró resultados que abarcan: daño mental; daño físico; sufrimiento psíquico; devaluación emocional; depresión; aislamiento; ataques de pánico; ansiedad; aumento de peso; autolesiones; e ideación, planeación, intento y consumación de autoeliminación.

Muchas personas que se sometieron a “terapias” del ámbito psicológico atribuyen los efectos negativos al hecho de que el terapeuta los convenciera de que ellos habían “elegido” una orientación homosexual o una identidad de género, ya que generó en ellos la creencia de que eran responsables de tener que cambiar (Shidlo & Schroeder, 2002). Beckstead & Morrow (2004), documentan en sus estudios la internalización del fracaso y la frustración por no poder ejecutar este cambio; lo que generó en las personas usuarias un rechazo a sí mismas, en vez de rechazar las afirmaciones de sus terapeutas; ya que asimilaban la creencia de que no se habían “esforzado lo suficiente” o que no estaban lo

suficientemente “motivadas”, lo que dio lugar a sentimientos de desesperanza y sensación de autodesprecio.

Varios participantes que asistieron a “centros de conversión” de ministerios religiosos afirmaron mantener sentimientos de desesperación y una sensación de vulnerabilidad debido a los conflictos entre la identidad religiosa y la orientación sexual (Johnston & Jenkins, 2006); otros informaron una pérdida de fe y desconfianza en las instituciones religiosas, incluso afirman haber experimentado la sensación de que Dios quería que sufrieran (Shidlo & Schroeder, 2002). Muchos manifestaron haberse sentido aislados y rechazados en su propia comunidad. Incluso se reportan casos de personas que optaron por vivir el resto de su vida en abstinencia sexual y romántica a modo de intentar lograr una congruencia con sus creencias religiosas (APA, 2000). Se encontró que estas terapias a menudo aumentan el sentido de autodesprecio de las personas usuarias, debido al nivel de presión recibida para ajustarse a las normas de género y la incapacidad para hacer coincidir la identidad religiosa y sexual (Johnston & Jenkins, 2006). En otros estudios, los participantes informaron que se los alentaba a entablar relaciones heterosexuales, casarse y tener hijos, y muchos sintieron que habían fracasado al no poder cumplir con estas expectativas (Drescher et al., 2016). Esto también ha provocado disfunciones familiares y un mayor estrés para los cónyuges, parejas e hijos ya que muchas veces los mandatos religiosos no les permitían divorciarse (Beckstead & Morrow, 2004; Drescher et al., 2016). En ocasiones, el daño fue generado a partir del ejercicio de la propia práctica de adoctrinamiento, como ha sucedido con muchos líderes religiosos de movimientos “*Ex-gay*”, ya que son personas LGBT+ que reprimieron su identidad o su orientación y pretendieron pregonar desde su propia experiencia, llegando a casarse y formar familias heterosexuales y a exponerse públicamente como un elemento motivador para sus seguidores. Luego de realizado el proceso de sincerarse consigo mismos, no solo debieron lidiar con el autodaño causado, sino también el daño causado a los demás para los que fueron referentes, generando un movimiento de doble culpabilización (Stolakis, 2021).

Muchas personas además narran haber sufrido un daño significativo a nivel social e interpersonal en sus vínculos. Perdieron contacto con su familia de origen, ya que se perjudicó significativamente la relación con sus padres, debido a que tanto en los procedimientos de “terapia” brindados por profesionales como por instituciones religiosas se les indicó que ellos eran los culpables de su orientación sexual o su identidad de género; provocándoles odio, alienación, ira, y otras emociones y sentimientos negativos hacia ellos, incluso en los casos en que sus padres los habían animado u obligado a asistir (Shidlo & Schroeder, 2002; Ryan et. al, 2020). Otros perdieron vínculos sociales por ser motivados u obligados a dejar de relacionarse con personas LGBT+, o perdieron vínculos con personas

del círculo religioso cuando salieron del movimiento debido al rechazo de los mismos por abandonar la “lucha contra la homosexualidad”. Muchos destacan la interferencia en sus relaciones íntimas; sienten haber perdido oportunidades de amar y ser amados, de formar parejas a largo plazo, o añoran la pérdida del vínculo con alguien del mismo sexo que dejaron atrás, tanto por consejo terapéutico como religioso (Shidlo & Schroeder, 2002).

Existen testimonios de quienes fueron sometidos o se sometieron a prácticas de aversión, que informan una disminución de la atracción o pérdida total de la capacidad sexual independientemente del género de su pareja, lo que indica que experimentaron un nivel de condicionamiento tal, que ahora asocian cualquier tipo de excitación sexual con estímulos aversivos (Przeworski, Peterson & Piedra, 2021).

Las cifras de suicidio han sido ampliamente documentadas, guardando relación de potenciación cuanto más jóvenes son las personas sometidas a estas prácticas. Estudios científicos han demostrado que las personas trans que estuvieron expuestas a “terapias de conversión” antes de los diez años tenían cuatro veces más riesgo de intentos de autoeliminación a lo largo de su vida que aquellas personas trans que no fueron sometidas a ellas (Mendos, 2020). Al igual que se ha constatado en jóvenes y adolescentes que las posibilidades de intentar suicidarse luego de someterse a estas prácticas es superior a la de otros factores de riesgo (Fish & Russell, 2020). También es relevante destacar que a lo largo de la elaboración de esta producción teórica, se encontraron gran cantidad de relatos relacionados al intento o el acto de suicidio.

Otros efectos negativos directos registrados incluyen: despersonalización; problemas de ansiedad; insomnio; disminución de la autoestima; sentimientos de vergüenza; dificultades para mantener relaciones afectivas; disfunciones sexuales; aumento o surgimiento de homofobia internalizada; aumento de las percepciones distorsionadas sobre la orientación sexual; mayor vigilancia de las expresiones de género; interrupción del desarrollo de la identidad homosexual integrada; retraso del desarrollo (en el caso de niñas y niños), pérdida de confianza hacia los profesionales de la salud mental y al sistema de salud en general (Astaíza, 2016; Montoya, 2006; OPS 2012; Shidlo & Schroeder, 2002). Además de aumentar la posibilidad de consumo problemático de sustancias psicoactivas como forma de “escape”. Un estudio de Ryan et. al. (2020) muestra que los adultos jóvenes LGBT+ que reportaron altos niveles de rechazo familiar tenían 3.4 veces más probabilidades de haber probado sustancias ilegales en comparación con aquellos que no se sintieron rechazados. Intentar cambiar estos atributos aumenta potencialmente este riesgo, al profundizar el rechazo de la identidad, en vez de proteger a las personas que lo experimentan (Drescher et al., 2016).

Algunas reflexiones sobre la situación actual

Actualmente algunas de estas prácticas discriminatorias y violatorias de los derechos humanos continúan vigentes en un gran número de países. De hecho, se constata la falta de regulaciones y penalizaciones específicas (Méndez 2020). Estas ausencias normativas, facilitan el desarrollo de clínicas clandestinas y suelen coincidir en que se localizan en los países con menor cantidad de derechos reconocidos para las personas LGBT+. Shidlo & Schroeder (2002) reportan la existencia actual del uso de técnicas clínicas como: psicoterapia individual de tipo cognitiva conductual y psicoanalítica, condicionamiento aversivo, tratamiento psicotrópico individual de tipo clínico/religioso, grupal clínico y clínico/religioso, hipnosis, terapia de pareja y hospitalización psiquiátrica; e intervenciones no clínicas como: grupos de pares, “homosexuales anónimos”, realismo estético y programas residenciales religiosos. No encontrando evidencia de cambios significativos en los enfoques, a excepción de las técnicas de aversión, que sí parecen haber cambiado o disminuído notoriamente. Incluso existen aún más de setenta naciones con leyes que impiden la expresión pública de la diversidad; en algunos de ellos se continúa criminalizando y se castiga con medidas que van desde el encarcelamiento hasta la sentencia de muerte (Madrigal, 2020).

La oferta misma de estos procedimientos que suponen imbuir en una persona la idea de que tiene un “defecto” que debe cambiar, constituye una violación al primer principio ético de la salud, el de no maleficencia (OPS, 2012). Son prácticas discriminatorias en sí mismas, que atentan contra el derecho a la salud sexual y reproductiva; y violan derechos fundamentales, como el derecho a una vida digna, a la salud, a la identidad, a la integridad, a la no discriminación, a la libre expresión, a la información, entre otros. (Burgos, 2020; Cardona, 2020; INREDH 2012; UNODC, 2019). Por consiguiente, justifican la devaluación de toda la población LGBT+ y refuerzan los prejuicios sobre esta.

Se han reportado actos brutales de violaciones del derecho a la integridad, la no tortura y los malos tratos, como es el caso de muchas técnicas de aversión; o el de mujeres lesbianas que narran haber sufrido violaciones sexuales por parte de varones para “corregir” su orientación sexual; del mismo modo que varones homosexuales narran haber sido obligados a tener relaciones con mujeres (en ocasiones por sus propios padres que los han llevado con una trabajadora sexual, incluso a temprana edad, en la pubertad) (UNODC, 2019; OPS, 2012). Otros reportes surgen de experiencias en los centros de internación; como el caso de jóvenes que debieron soportar que se les hablase con un lenguaje degradante y grosero para producir humillación, utilizando palabras de modo peyorativo como: “maricón”, “anormal”, “sucio”, “pecador”, “enfermo”; o ser obligados a llamar de esta

forma a los propios compañeros a modo de infringir el “castigo” entre pares (Burgos, 2020; Madrigal, 2020; UNODC, 2019).

Varias personas narran haber sido medicadas de manera involuntaria, por medio de píldoras o inyectables, sin saber cuales serían los efectos de la medicación ni los riesgos de la misma; en ocasiones por sus propios padres o familiares (UNODC, 2019); violando su derecho a no ser sometidas a tratamientos médicos contra su voluntad o sin su consentimiento (Burgos, 2020). Se reporta un copioso número de casos aplicados sin consentimiento sobre todo en menores de edad, quienes parecen ser los más vulnerables/vulnerados. Estos son llevados por sus padres a centros donde los mantienen internados, permaneciendo incomunicados por meses (Rosales, 2019); violando no solo algunos de los derechos antes mencionados, sino también el derecho a la libertad y al del libre desarrollo de la personalidad (INREDH, 2012).

Casos similares también se dan en personas adultas por medio de coerción psicológica o chantaje emocional; ya sea por pertenecer a grupos religiosos; o por vivir en contextos donde su orientación sexual o identidad de género son vistos como una enfermedad, una desviación o un pecado; transdrediéndose los derechos de libertad individual y de autonomía (Madrigal, 2020). Hay personas que han sido sometidas a “exorcismos” por “guías” espirituales o religiosos, infiriendo que su identidad u orientación sexual se debe a que está “poseída” por algún tipo de espíritu que es necesario sacar. Referente a esto y a nivel nacional; según un estudio exploratorio llevado a cabo en Uruguay, se reportaron casos provenientes del campo religioso, incluso promovidos por familiares que atentaron contra el derecho a la libertad de conciencia y de religión, entre otros (Gelpi & Silveira, 2022). El mismo estudio sostiene que, algunas personas LGBT+, han buscado un espacio de consulta profesional presionadas por su entorno cercano, con el objetivo de que se pudiesen “corregir” lo que consideraban una desviación; afectando el derecho a la autonomía. Asimismo, se reportan violaciones al derecho a la salud integral, puesto que la mayoría de las personas participantes manifestaron haber experimentado tanto en el subsector público, privado, como en el ámbito particular del libre ejercicio de la profesión: microagresiones, experiencias de atención negativas y situaciones de violencia simbólica, como por ejemplo, derivaciones a especialistas en psiquiatría sin un motivo justificado. La población más vulnerada en los espacios de consulta parece ser la población trans, posiblemente por la falta de formación específica de los profesionales en diversidad de género (Gelpi & Silveira, 2022).

Los términos más usados en la actualidad para definir las prácticas que pretenden cambiar la orientación sexual, la identidad o la expresión de género de una persona son: “Terapias

de Conversión”, “Terapias Reparativas”, “Cura Gay”, “Terapias ex-gay”, “Terapia Crítica de Género”, entre otros (Mendos, 2020). Sin embargo, diversas organizaciones de la sociedad civil coinciden en llamar a estas prácticas como *Esfuerzos para Corregir la Orientación Sexual y la Identidad y Expresión de Género (ECOSIEG)*, haciendo énfasis en el término “esfuerzos”, ya que éstas se limitan a meros intentos retrógrados y nada éticos, que pretenden modificar algo que la misma ciencia ha demostrado que no se puede cambiar. El uso de la expresión “esfuerzos” resulta más adecuado y ha ganado aceptación en el ámbito académico, ya que refleja lo que realmente son estas mal llamadas “terapias” y sus objetivos; y se prefiere al uso de otras denominaciones inexactas como “terapias reparativas” o “de conversión”. “ECOSIEG” resulta un concepto más abarcativo en cuanto a la diversidad de población y técnicas utilizadas; visto que incluye todas aquellas prácticas de diferente índole que puedan provenir del área pseudopsicológica, pseudopsiquiátrica, religiosa u otra.

Si bien la denominación “terapias de conversión” es aún la expresión más común; sería beneficioso abandonar esos términos que crean desinformación. En vista de que la palabra “terapia”, de (origen griego) significa “curación”; y se refiere al tratamiento de una enfermedad o problema físico en particular. Por lo tanto, el uso del mismo aplicado a los esfuerzos que pretenden cambiar la orientación sexual, la identidad o la expresión de género de una persona; considera a priori, la existencia de una enfermedad, reforzando lo patológico (Mendos, 2020). Al utilizar esta denominación se corre el riesgo de legitimar prácticas no éticas y dañinas como si fuesen realmente terapia, además de promulgar el estigma, ya que no hay nada que curar; y en resumen, no solo no curan sino que las mismas causan dolor, sufrimiento y graves daños físicos y psicológicos (Madrigal, 2020).

Asimismo, los términos “conversión” y “reparativas” suponen la falsa creencia de que las personas LGBTQ+ pueden ser “cambiadas”, “convertidas”, “curadas” y funcionan como publicidad engañosa ofreciendo un servicio que no sólo está basado en todos los prejuicios antes mencionados, sino que no posee sustento científico. Hasta el momento no se cuenta con una sola investigación lo suficientemente fuerte como para demostrar evidencia de que sea posible cambiar con ningún tipo de terapia, práctica o intervención, la orientación sexual o la identidad de género de una persona (APA, 2000). Las pseudoterapias que dicen haber tenido éxito, fallan en distinguir el cambio interno del cambio en la conducta; ya que si bien algunas personas afirman haber logrado limitar la expresión de su orientación sexual o de género en cuanto a su comportamiento, su orientación sentida es un aspecto integral individual que no puede ser cambiado.

En un reciente estudio realizado por Fish y Russel (2020) que evalúa las consecuencias nocivas en población joven y adolescente de los ECOSIEG, se hace énfasis en que se ponga fin al uso de nominación de terapia “reparadora” o de “conversión” por parte de los científicos para describir estas prácticas, ya que las mismas no son terapéuticas, no son reparadoras y no ofrecen la posibilidad de conversión. Sugerir que las personas LGBT+ necesitan algún tipo de “reparación” o “conversión” es, de por sí, un acto degradante.

Discusiones contemporáneas sobre marcos regulatorios

Diferentes organismos internacionales se han pronunciado en contra tanto de estas prácticas como de su promoción. Uno de los primeros fue la Asociación Americana de Psicología (APA), en 1998, con su declaración que afirma la posición de la OMS al señalar que la homosexualidad no es un desorden mental ya que no hay ninguna evidencia científica que sostenga la eficacia de las “terapias reparadoras” para cambiar la orientación sexual o la identidad de género (APA, 1998).

En 2012, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) también se pronunció contra ellos; señalando que existen muchos testimonios sobre los daños graves a la salud mental y física que estos pueden causar; además de que representan una potencial amenaza para la salud y el bienestar de las personas LGBT+, y son prácticas violatorias de los derechos humanos. El documento hace un llamado a los gobiernos, a las instituciones académicas, a las asociaciones profesionales y a los medios de comunicación; a que expongan estas prácticas y promuevan el respeto a la diversidad (OPS, 2012).

En 2014, el Centro Nacional de Derechos de las Lesbianas (NCLR), lanzó la campaña *Born Perfect*, un programa con el objetivo de poner fin a la “terapia” de conversión en Estados Unidos. Más recientemente, ha publicado varias guías educativas en conjunto con la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA); la Campaña de Derechos Humanos (HRC) y el Instituto Williams de la Escuela de Derecho de UCLA, apelando a la prevención, para concientizar a padres y demás adultos sobre los daños causados en niños y adolescentes.

En 2015, la Asociación de Profesionales del Trabajo Social (NASW) emitió un informe en el que se pronunció contra las “terapias” de “conversión” o “reparativas”; resaltando que han sido desacreditadas y criticadas por las principales organizaciones médicas, psiquiátricas, psicológicas y profesionales de la salud mental, incluyendo la propia NASW; y que dichas prácticas aplicadas por profesionales del trabajo social y de la salud, violan varias de las disposiciones del código de ética de esta profesión. En el mismo adicionalmente aclara que si una persona recurre al servicio profesional con alguna incomodidad sobre su sexualidad,

se debe explorar el motivo de esa incomodidad, sin partir de la premisa de que la atracción hacia el mismo sexo es algo disfuncional (NASW, 2015).

En 2016, la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), se manifestó ratificando la inexistencia de evidencia científica que ampare dichos “tratamientos” agregando que estos además de ser potencialmente dañinos, pueden auspiciar un espacio donde florezcan los prejuicios y la discriminación. En el mismo documento, realizó un recordatorio a todos los psiquiatras, de que poseen la responsabilidad social de abogar por la reducción de las desigualdades sociales para todas las personas; y que no es ético tratar de curar, por medio de cualquier intervención, algo que no es curable.

En el año 2020, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) emitió un informe titulado *Práctica de las llamadas “terapias de conversión”*; elaborado por su experto independiente Víctor Madrigal-Borloz, donde se realizó una investigación de las diferentes prácticas no sólo de intervención religiosa y pseudoterapéutica, sino de todo tipo de técnicas, muchas de ellas propias de la cultura de cada país; describiéndolas como formas de tortura y convocando a las naciones de todo el mundo a unirse a la lucha contra las mismas (Madrigal, 2020).

En el mismo año, la Asociación Internacional De Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans E Intersex (ILGA World) publicó un informe detallado, donde se reportan las variadas y peligrosas formas que estas prácticas han tomado y siguen tomando a través del mundo, y se pone énfasis en mostrar los derechos que se violan y se busca desmontar los mitos creados por quienes las fomentan (Mendos, 2020).

Estas son solo algunas de las más relevantes, de las que incluso se tomó material para elaborar este escrito. Alrededor del mundo las instituciones de derechos humanos, las asociaciones de profesionales y diversas instituciones estatales e independientes están abogando por la erradicación a nivel mundial de estas prácticas, emitiendo declaraciones oficiales, buscando concientizar, educar e informar sobre la amenaza que representan para toda la sociedad.

En cuanto al marco legal; se encontró que en nueve países del mundo, incluyendo tres latinoamericanos, existe reglamentación que las prohíbe a nivel nacional. Otros están en proceso en este momento; y otros como Estados Unidos y España que poseen estados o comunidades autónomas tienen regulaciones prohibitivas en varios de sus estados. En Estados Unidos las prohibiciones están limitadas sólo a las prácticas aplicadas a menores de edad y los estados que tienen legislaciones son, por orden cronológico: New Jersey (año 2013), Oregón e Illinois (año 2015), Vermont (año 2016), Connecticut, Nevada, Nuevo

México y Rhode Island (año 2017), Delaware, Haway, Maryland y Washington (año 2018), New Hampshire, New York, Colorado, Maine y Massachusetts (año 2019) y Utah (año 2020). En España, las comunidades autónomas de Murcia y Madrid (año 2016), Andalucía (año 2017), Aragón y Valencia (año 2018) (Borrillo, 2022).

Los países que las prohíben en su totalidad son: Brasil (año 1999), Ecuador (año 2012), Malta (año 2016), Alemania (año 2020) y este año se sumaron Canadá, Francia, Nueva Zelanda y Grecia (Ulises 2022; Treisman, 2022). A nivel regional cabe destacar que Brasil fue pionero en prohibir la promoción y aplicación a nivel nacional tanto para menores como para adultos; aunque el alcance de la misma solo es aplicable a profesionales de la psicología con licencia. En Ecuador, además de abarcar a menores y adultos; se prohíbe que sean aplicados en cualquier centro de rehabilitación, independientemente de que sean provistos por un profesional o no, sin embargo no existe un marco legal que impida que cualquier proveedor que no esté vinculado a este tipo de centros no pueda aplicarlas (Mendos, 2020). Recientemente Chile se adhirió a la iniciativa con su publicación de la Ley 21.331 sobre el Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención en Salud Mental. El artículo 7 de la ley establece que *“el diagnóstico del estado de salud mental debe establecerse conforme dicte la técnica clínica, considerando variables biopsicosociales. No puede basarse en criterios relacionados con el grupo político, socioeconómico, cultural, racial o religioso de la persona, ni con su identidad u orientación sexual, entre otros. Tampoco será determinante el antecedente de la hospitalización psiquiátrica previa de la persona que se encuentre o se haya encontrado en tratamiento psicológico o psiquiátrico”* (Ley 21331, 2021). Sin embargo, no existe una norma que los vete o penalice expresamente (Urquiza, 2022).

En Colombia se encuentra en proceso un proyecto de ley que busca la prohibición, y en México se contempla una reforma a nivel nacional que incluye la penalización con sanciones de prisión a quien realice, imparta, aplique, obligue o financie cualquier tipo de tratamiento; la misma ya fue aprobada por el Senado y está a la espera de la votación de la cámara de Diputados (Telam Digital, 2022). Asimismo, México (al igual que Estados Unidos y España), ya posee estados que los han prohibido de manera independiente: Ciudad de México y Estado de México (año 2020), Baja California Sur, Zacatecas, Yucatán, Colima, y Tlaxcala (año 2021) (Ávila, 2021).

En Uruguay, en la última década y media, se han promovido variadas normativas que protegen y garantizan los derechos de las personas integrantes de la diversidad sexo-genérica. Sin embargo, en la actualidad, todavía no existe ninguna normativa concreta que criminalice este tipo de prácticas. Lo más cercano es el Código de Ética vigente en el

campo de la psicología, los principios que rigieron la segunda reforma de salud y la actual Ley de Salud Mental, pero quizá estas normas no sean suficiente y se requiera de algo más específico en la materia.

Contrarrestar o reparar el daño desde la Psicología: Terapias con enfoque afirmativo

Actualmente, en el ámbito de la psicoterapia, han surgido otras formas de intervención que procuran que las personas LGBT+ vivan su vida de una manera más saludable y plena. Este enfoque terapéutico surge en el año 1982, creado por Alan Maylon; aunque él fue el primero en acuñar el término, los pioneros en desarrollar el concepto fueron los autores norteamericanos Donald Clark en 1977, en la primera edición de su libro "*Loving Someone Gay*" y Betty Berzon en 1979 en su libros "*Positively Gay*" (UNODC, 2019). En sus orígenes, este enfoque fue pensado para varones gays, pero posteriormente se extendió al resto de personas LGBT+ (UNODC, 2019).

La psicología afirmativa no es una corriente psicológica, sino un enfoque terapéutico, una posición ética/política/epistémica, que si bien utiliza medios psicoterapéuticos tradicionales, lo hace de manera crítica. Considera a la homofobia como variable patológica y la coloca en el centro de las intervenciones (Maylon, 1982); tanto en su cara sociocultural como internalizada, buscando hacer visible la negatividad provocada por la LGBTIfobia y la heterocisnormatividad a la que están expuestas las personas LGBT+ (Martínez et al, 2018). Asimismo, es respetuosa con el marco normativo de los Derechos Humanos y hoy en día es de las propuestas más elegidas por los profesionales de la salud mental a la hora de atender personas del colectivo LGBT+ que eligen transitar un proceso psicoterapéutico dado el efecto positivo que tiene sobre las personas que acuden a ella (UNODC, 2019).

El objetivo principal de la psicoterapia con enfoque afirmativo es acompañar a la persona usuaria a desarrollar su versión más auténtica a través de la integración de sus emociones, pensamientos y deseos, a las distintas áreas de su vida, logrando así desplegar una identidad LGBT+ positiva (Borges, 2009). También cumplen con el rol de servir a modo reparativo por parte de la psicología en pos de equiparar tantos años de daño, basados en los supuestos heterosexistas de los principales modelos de terapia teórica; los cuales han llevado a prácticas poco éticas, abusivas e incluso excluyentes de la población LGTB+ (Davies, 1996). En general, estos dispositivos, operan ayudando a transitar el proceso desde una postura afirmativa de la identidad, expresión u orientación sexual, desde una perspectiva de diversidad y derechos, reconociendo a las distintas identidades como una expresión y experiencia humana válida y positiva (Ardila, 2007).

Los profesionales de la salud que lo utilizan buscan entender tanto las dinámicas personales como las dinámicas sociales, los prejuicios negativos sobre la homosexualidad y formas de opresión a los cuales la comunidad LGBT+ está sometida. Más allá de la corriente teórica que empleen, trabajan para generar un efecto positivo sobre las identidades LGBT+; transmitiendo a quienes consultan un gran respeto por su sexualidad, integridad personal, creencias, cultura y estilo de vida (Borges, 2009). Con respecto a esto, Lebot (1999), afirma que, la postura cómoda del terapeuta con respecto a la diversidad sexo-genérica ayuda a normalizar y validar los deseos y sentimientos sexuales de las personas LGBT+ que consultan. La acción de animar a las personas a hablar sobre lo que desean crea a su vez un espacio para que la persona usuaria se permita sentir y naturalizar sus sentimientos y estar más cómodos con su "Yo".

Para que la terapia afirmativa sea exitosa, es importante que los profesionales que la utilizan tengan la capacidad de reflexionar sobre sus propios valores morales (Clark, 1977; Davies, 1996); el efecto que tiene sobre sí mismos vivir en una sociedad donde la norma es el binarismo, la heterosexualidad y la cisgeneridad; y a su vez entender los estereotipos, prejuicios y prejuicios negativos con los que todas las personas han crecido y han sido socializadas (Martínez et. al., 2018). De esa forma, se evitará cometer microagresiones de tipo homofóbico o transfóbico hacia la persona usuaria durante el proceso de consulta. De igual manera se debe ser autocrítico y si no se tuviese la capacidad o voluntad de entender la diversidad de una forma positiva y creativa; o se tuvieran creencias homofóbicas como: que la homosexualidad o la transexualidad es una enfermedad; que está asociada a las perversiones, o es antinatural; que es una experiencia inferior a la heterosexualidad; que es pecaminosa o va en contra de las normas de Dios, que la monogamia es la única forma deseable de relacionarse sexual o románticamente; que las relaciones homosexuales sólo pueden ser superficiales o de corta duración, que las paternidades homosexuales o transexuales no son equivalentes a la heterosexuales; o que la orientación sexual o la identidad de género son una cuestión de elección; el terapeuta deberá reconocer este hecho y puede optar por trabajar sus prejuicios en su propia supervisión; o de lo contrario, si no puede renunciar a estas creencias derivar a otro terapeuta más competente esta situación, ya que esto será preferible a que sus ansiedades, miedos o ambivalencias sean transmitidas a las personas usuarias (Davies, 1996). A su vez, a veces, estos prejuicios se hallan encubiertos y no son conscientes para el terapeuta, por lo que a pesar de sus buenas intenciones, pueden llegar a ser expresados de manera implícita (Martínez et. al., 2018); por eso es tan importante el autoanálisis del propio terapeuta respecto al ejercicio de su práctica profesional.

Asimismo, es beneficioso que el terapeuta muestre abiertamente a la persona usuaria su postura afirmativa en cuanto a la diversidad. Martínez et. al. (2018) señalan que existen diferentes maneras para mostrar el enfoque en el espacio terapéutico; destacan el uso de lenguaje inclusivo y de material visual que incorpore la diversidad como posibilidad, como por ejemplo: cuadros, afiches, banderas o calcomanías; que comuniquen una postura afirmativa y proporcionen el mensaje de que el espacio terapéutico es seguro para la persona y que el terapeuta será un aliado que reconoce y valida su identidad. También afirman que el terapeuta puede definir esta postura al presentarse, expresando que respeta y reconoce la legitimidad de la diversidad sexo-genérica; o al momento de establecer el encuadre terapéutico, explicitando que se pretende brindar un espacio seguro para tratar temas referentes a la misma. Otra ocasión propicia puede darse cuando surjan temáticas acerca de la diversidad; en dicho caso el terapeuta puede tomar esa oportunidad para explicitar su enfoque de trabajo, naturalizando (sin minimizar el sufrimiento) la temática, haciendo saber que posee la preparación y reconoce la importancia de la misma. Jhonson (2012) expresa que el abordaje del tema desde el propio terapeuta, además de proporcionar una ocasión para mostrar el enfoque afirmativo y brindar información clínica; es una oportunidad de vincularse y construir una alianza terapéutica con la persona usuaria.

Es crucial que los terapeutas se informen sobre los estilos de vida y cultura que existen dentro de la comunidad (Clark, 1977); y es deseable que se involucren en las luchas sociales a favor de la diversidad sexo-genérica para entender en profundidad las problemáticas de la población LGBT+ (UNODC, 2019). Martínez et.al. (2018) recomiendan también estar en conocimiento de espacios e instancias de encuentro de la comunidad LGBT+, de centros comunitarios y agrupaciones afirmativas de género; así como estar en contacto con médicos o psiquiatras que estén familiarizados con estas realidades; a fin de tender una red en caso de necesitar derivación o apoyo. El abordaje multidisciplinar es especialmente relevante para la práctica del enfoque afirmativo; por lo que también es recomendable evaluar cuáles son los aliados que pueden encontrarse en la familia, en el instituto educativo (para el caso de que el consultante sea un estudiante), y en el ámbito social y comunitario (Martínez et.al.,2018); y animar a la persona usuaria a establecer su propio sistema de apoyo, buscar espacios que le permitan crear vínculos donde se respete y se fomente su identidad (Davies, 1996).

Lo más saludable sería que este tipo de enfoque sea empleado tanto con personas LGBT+ como con personas que no pertenecen a dicha comunidad, fomentando la eliminación del heterocissexismo y binarismo de género (UNODC, 2019) y sirviendo como herramienta educativa a nivel cultural también para todas las personas, incluidas aquellas que no se identifican como LGBT+.

Es relevante destacar en este apartado la existencia del enfoque afirmativo en nuestro país. En Uruguay, desde 2014, existe el Centro de Referencia Amigable (CRAm). Se trata de un servicio universitario gratuito, brindado por estudiantes y docentes, que surge a partir de un convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y el Ministerio de Desarrollo Social. El espacio brinda consulta, orientación y atención psicológica a la población LGBT+ y sus familiares, enfocado desde un paradigma de derechos humanos que contempla la perspectiva de género y diversidad. El CRAm brinda un espacio amigable y libre de discriminación, donde se garantiza el reconocimiento de la identidad, la expresión de género y la orientación sexual de las personas usuarias en los espacios de consulta (Gelpi, 2019). Además, desde el año 2018, en la regional norte de esta casa de estudios, se encuentra disponible para la comunidad el Centro de Atención en Psicología Afirmativa (CAPA), el cual está contemplado en el convenio antes mencionado. Ambos servicios aplican la psicología afirmativa, producen conocimiento clínico específico y forman recursos humanos desde esta perspectiva.

Consideraciones finales

Vivimos en una sociedad en la que aún en pleno siglo XXI, muchas personas LGBT+ continúan siendo víctimas de discriminación y estigmatización, tanto a nivel social, institucional como familiar. Las relaciones homosexuales siguen siendo ilegales en varios lugares del mundo, mientras que en otros, se les prohíbe el acceso a los beneficios sociales, al matrimonio, a la homoparentalidad, entre otros. Además de las situaciones de discriminación que a veces se deben enfrentar a la hora de buscar vivienda o en el momento que se ejerce el derecho a la educación o las persistentes dificultades de acceso a empleo formal, las personas LGBT+ también sufren crímenes de odio/prejuicio violentos todos los días, que de momento no parecen tender a desaparecer. Los niños y niñas aún se crían escuchando en el barrio, en la casa o en la escuela las palabras “puto” o “maricon” “marimacho” o “machona”, a manera de insulto cada vez que alguna de sus inocentes acciones se aleja de los comportamientos que a lo largo de la historia han sido asignados para cada género (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2015). La ciencia, la religión y la sociedad en general, han sido y siguen siendo en parte muy insistentes en recordarnos lo que debemos ser/hacer a partir de qué configuración genital tenemos al nacer, e incluso se han encargado de decidir por nosotros...¿Pero a qué costo? Claramente es necesario un cambio de paradigma, una manera diferente de mirar las cosas, y un compromiso, no sólo desde el ámbito estatal, sino en el seno mismo de la sociedad, para visibilizar y trabajar sobre las heridas de la homofobia social, para facilitar el

desarrollo de una identidad LGBT+ saludable y promover/garantizar vidas dignas, vidas vivibles.

Los campos de la medicina, la psiquiatría, la psicología y la sexología, con su imposición de saberes hegemónicos; han tenido un papel protagónico en la formación de un discurso heterocisnormativo patologizante de la sexualidad y el género; partiendo de las primeras teorías explicativas de la sexualidad y los experimentos físicos-psíquicos realizados a las personas LGBT+, creando categorías diagnósticas en los manuales de psiquiatría tanto para la orientación sexual como para la identidad de género. La psicología en particular, se hizo cargo en su momento de reproducir esos discursos, creando desde el ámbito psicoanalítico las mal llamadas “terapias reparativas” o “terapias de conversión; a través de actores que se vincularon con creencias que provenían de otros campos que nada tienen que ver con la ciencia, como el discurso moral heterocisnormativo, o movimientos religiosos evangélicos. Fomentando así la consolidación del estigma y la homo-lesbo-transfobia que forman parte de las sociedades. Si bien hoy en día la APA se ha posicionado en contra y colabora en la lucha contra los ECOSIEG, desafortunadamente aún existen profesionales que abogan por “reparar” o “cambiar” la orientación sexual, la identidad o la expresión de género de una persona, aún con toda la evidencia del peligro que estas prácticas representan.

Por otra parte, desde la psicología, actualmente han ido surgiendo nuevos paradigmas que respetan los derechos humanos y permiten brindar una atención en salud mental más amigable a las personas LGBT+, como es el caso del enfoque afirmativo, que se extiende a modo de rizoma y muestra nuevos horizontes positivos para la psicología y la diversidad.

La religión cristiana, continúa siendo un desafío, sobre todo por ser tan antigua como poderosa; y porque tratar de cambiar sus creencias estaría violando la propia libertad religiosa, a pesar de que algunas de sus prácticas violan principios fundamentales de los derechos humanos. Sin embargo, cabe destacar que en muchos sectores en el seno mismo de la religión cristiana evangélica y católica, se han ido gestando nuevos pensamientos y discursos que apoyan y promueven la diversidad. Esto se debe en parte, a la educación en materia de sexualidad que ha ido ganando terreno y a la existencia de la propia diversidad sexo-genérica dentro de la religión, que va tomando otra mirada desde nuevas formas de autoreconocerse y dar otra lectura a las escrituras sagradas.

En el marco de la regulación a nivel mundial, los Estados parecen estar tomando conciencia sobre todo en los últimos años, gracias a los movimientos de los colectivos LGBT+ y las luchas feministas que pregonan activamente la defensa de los derechos de la comunidad. Asimismo, queda un largo trecho por recorrer, ya que se encuentran muchas leyes

inconclusas o que dan lugar a vacíos legales; como aquellas que promueven la diversidad pero no son claras en ciertas prohibiciones de determinados dispositivos; las que no abarcan a toda la población ya que se limitan sólo a los menores o personas declaradas incapaces; las que no contemplan todos los tipos de ECOSIEG existentes y todos los ámbitos donde estos pueden producirse; y aquellas que prohíben pero no sancionan, funcionando más como una exhortación que como una prohibición en sí. Del mismo modo que aún existen naciones con fuertes componentes culturales homo-lesbo-transfóbicos, donde se está muy lejos de cualquier avance y contrariamente se rigen con leyes que criminalizan cualquier manifestación de la diversidad sexo-genérica.

En cuanto a la elaboración de esta producción, como se mencionó en la introducción, gran parte de la literatura encontrada aborda más la orientación sexual (sobre todo masculina), que la identidad y expresión de género, planteando las teorías explicativas y las intervenciones como si fuesen algo homogéneo. Es recién en textos casi actuales que se encuentran los términos ECOSIG y luego ECOSIEG (que incluye la expresión de género), el cual además de negar el término “terapia” y denunciar que estas prácticas no son más que esfuerzos, de alguna forma permite una mirada desde el presente a las prácticas realizadas en el pasado, que en realidad incluyeron orientación sexual, identidad y expresión de género. Cabe resaltar que la evidencia de los intentos de cambios de identidad y expresión se puede deducir desde las primeras técnicas documentadas; y se encontró más explícitamente dentro del relato del ámbito de las intervenciones religiosas del cristianismo evangélico. Muchas técnicas usadas en los internados religiosos se basaron, y se basan, en buscar cambiar la expresión de género de las personas, realizando actividades heterocisnormativas que se adhieren a roles de género tradicionales. Por ejemplo, para intentar “corregir” tanto a los varones gay como a las mujeres trans, se ha utilizado: el corte del cabello, la obligación de utilizar vestimenta masculina, la prohibición del uso de alhajas, la obligación de jugar al fútbol, y clases para usar una voz más fuerte o un lenguaje violento o despectivo; en tanto para las mujeres lesbianas y varones trans, se usaron talleres de enseñanza sobre cómo utilizar maquillaje, como peinarse, vestirse y adoptar un “lenguaje más femenino” (Stolakis, 2021).

A modo analítico, el hecho de que una gran cantidad de producción de teorías en el pasado se centran en la masculinidad, podría explicarse a la mirada hegemónica androcéntrica y patriarcal en occidente que, como describe Connell (1997), históricamente ha estado más enfocada al rol del “macho” biológico que debe comportarse como tal a modo de sostener la dinámica cultural que legitime el patriarcado y garantice el poder dominante de los hombres. En cuanto a los vacíos referentes a la identidad y expresión de género, posiblemente se deban a que ambas son categorías que se han descubierto más recientemente en la

historia y se trataron durante años dentro de la categoría “homosexualidad”, por lo cual la mayoría de la bibliografía histórica remite al desconocimiento de la diversidad en esa época y la creencia errónea de que todo se reducía a “desviaciones” del orden sexual.

Asimismo, abordar este fenómeno desde el presente, buscando no invisibilizar la diversidad de género, pero sin cambiar los aspectos formales de la historia, presentó uno de los mayores desafíos de este trabajo académico. Así como lo fue tratar de ordenar y separar las intervenciones formales, no formales y las particulares del campo de la psicología, dada la continua mezcla en la bibliografía encontrada de intervenciones provenientes de diferentes campos (médico, psiquiátrico, psicológico, religioso y cultural) colocadas bajo el nombre de “terapias de conversión” o “reparativas”.

Para finalizar, se resalta que la exposición de este trabajo, a través de su recorrido histórico y retomando algunos aspectos de discusiones actuales, buscó mostrar la gran deuda que tiene pendiente el campo de la salud, visibilizar su responsabilidad científica y social para poder tomar medidas reparatorias. Es una invitación a quien lo lea a reflexionar sobre el tipo de formación que se ofrece en el campo de la salud y qué lugar se le otorga en los sitios de educación formal a los temas relacionados a los derechos humanos y diversidad sexo-genérica. Estos debates se consideran de interés para la sociedad en general, para la salud, para la psicología, y para nuestra Facultad en particular, ya que pese a los claros avances, aún continúan egresando de ella profesionales con un conocimiento insuficiente/escaso en esta materia. Lo que, como se expuso a lo largo de esta producción, potencialmente puede derivar en una mala práctica clínica (o en otro ámbito) que vulnere derechos ya consagrados.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association [APA] (2018). *Reiterates Strong Opposition to Conversion Therapy*. APA Official Actions. <https://www.psychiatry.org/getattachment/3d23f2f4-1497-4537-b4de-fe32fe8761bf/Position-Conversion-Therapy.pdf>

American Psychiatric Association [APA] (2000). Commission on Psychotherapy by Psychiatrists.. Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). *Am J Psychiatry*. 2000 Oct;157(10):1719-21. PMID: 11183192.

Ardila, Rubén. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 36 (1), 67-77. Recuperado el 15 de octubre de

2022, de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100006&lng=en&tlng=es.

Astaíza Martínez, A. F. (2016). Situación actual de los tratamientos psicológicos para la homosexualidad. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 8(2), 173–194. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a10>

Ávila M. (19 de octubre de 2021). *Tlaxcala, CDMX y más estados mexicanos que prohíben las terapias de conversión*. Blog WEB El Sol de Puebla. Recuperado el 5 de octubre de: <https://www.elsoldepuebla.com.mx/republica/que-estados-mexicanos-prohibe-n-las-terapias-de-conversion-7363035.html>

Beckstead, A. & Morrow, S. (2004). Las experiencias de los clientes mormones con la terapia de conversión: la necesidad de un nuevo enfoque de tratamiento. *The Counseling Psychologist*, 32 (5), 651–690. <https://doi.org/10.1177/0011000004267555>

Borges, K. (2009). *Terapia afirmativa: uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. Edições GLS.

Borrillo, D. (2022). Terapias de conversión sexual y Derechos Humanos. *II Congreso Internacional LGTBI de Andalucía 2022*, Consejería de Igualdad de la Junta de Andalucía, Junio 2022, Málaga, España. fhal03745648

Burgos, O. (2020). La Prohibición de las “Terapias de Conversión”: Un Asunto de Derechos Humanos. *Rev. Jurídica U. Inter. PR*, 55, 257.

Cardona, L. (2020). ECOSIG: Esfuerzos por corregir la orientación sexual y la identidad de género. *Violencia Contra Lesbianas*. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-06/L_Violencia_contra_lesbianas.pdf

Chiquer, L. Cottais, C. Kasanga, Dc. Ouattara, N. Pavard, J. (2020). Las “terapias de conversión” a través del mundo: una tortura aún poco conocida. *Generation for Rights Over the World*. growthinktank.org. [online] Oct. 2020.

- Cianciotto, J., & Cahill, S. R. (2006). *Youth in the crosshairs: The third wave of Ex-gay activism*. National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute.
- Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Chile (2015). Posición acerca de las terapias reparativas para curar la homosexualidad. Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2018/02/Referencias-Tecnicas-Terapias-Reparativas-Revision-final-04-Junio-2015.pdf>
- Comité Científico de la Fundación Iguales. (2012). *La Homosexualidad nunca debió haber sido incluida en las clasificaciones internacionales de las enfermedades*. Recuperado de: <https://iguales.cl/la-homosexualidad-nunca-debio-haber-sido-incluida-en-las-clasificaciones-internacionales-de-las-enfermedades/>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (2015). Violencia contra personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex en América [online]. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>
- Connell, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. En Teresa Valdés y José Olavarría (eds.) *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO-Chile, pp. 31-48.
- Clark, D. H. (2009). *Loving someone gay*. Lethe Press.
- Davidson, A. (2001). *La aparición de la sexualidad*. Barcelona: Alpha Decay.
- Davies, D. (1996). *Pink therapy*. McGraw-Hill Education (UK).
- Davison, G. (1976). Homosexuality: The ethical challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(2), 157. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.44.2.157>
- Drescher, J. (1998). I'm Your Handyman: A History of Reparative Therapies. *Journal of homosexuality*. 36. 19-42. https://doi.org/10.1300/J082v36n01_02
- Drescher J. (2002). Ethical issues in treating gay and lesbian patients. *The Psychiatric clinics of North America*, 25(3), 605–viii. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(02\)00004-7](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(02)00004-7)

- Drescher J. (2002). Ethical issues in treating gay and lesbian patients. *The Psychiatric clinics of North America*, 25(3), 605–viii. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(02\)00004-7](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(02)00004-7)
- Drescher, J., Schwartz, A., Casoy, F., McIntosh, C. A., Hurley, B., Ashley, K., Barber, M., Goldenberg, D., Herbert, S. E., Lothwell, L. E., Mattson, M. R., McAfee, S. G., Pula, J., Rosario, V., & Tompkins, D. A. (2016). The Growing Regulation of Conversion Therapy. *Journal of medical regulation*, 102(2), 7–12. <https://doi.org/10.30770/2572-1852-102.2.7>
- Fernández, M & García-Vega, E. (2012). Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (113), 103-119. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000100008>
- Fish, J. N., & Russell, S. T. (2020). Sexual Orientation and Gender Identity Change Efforts are Unethical and Harmful. *American journal of public health*, 110(8), 1113–1114. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305765>
- Foucault, M. (1976). Historia de la sexualidad. Volumen 1. La voluntad de saber. *Curso en el Collège de France, 1977*.
- Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos [INREDH] (2012). Análisis del hábeas corpus: caso de privación de la libertad en clínicas o centros terapéuticos de “deshomosexualización”. Recuperado de http://www.inredh.org/archivos/boletines/habeas_corpus_final.pdf
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. *Tomo VII Obras completas*, Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- Freud, S. (1920). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. *Tomo XVIII Obras completas*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- Gelpi, G. (2019). *La intervención psicológica con usuarios LGBT+ en el Centro de Referencia Amigable*. Facultad de Psicología UDELAR. Montevideo, Uruguay.

- Gelpi, G. & Silvera N. (2022). *Las experiencias de atención psicológica de las personas LGBT+ en la ciudad de Montevideo*. Facultad de Psicología UDELAR. Montevideo, Uruguay.
- Gonzalez, A., Yesuron, M. R., & Rostagnotto, A. J. El Síntoma Como Disidencia: Hacia La Despatologización De Las Diversidades Sexuales. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(3), 91-104. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Guasch, O. (2007). *La crisis de la heterosexualidad*. Editorial Laertes. Barcelona, España,
- Haldeman, D. C. (2004). When sexual and religious orientation collide. *The Counseling Psychologist*, 32(5), 691–715. <https://doi.org/10.1177/0011000004267560>
- 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. *Salud & Sociedad*, 1(2), 136-144. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2010.0002.00007>
- Johnston, LB y Jenkins, D. (2006). Las lesbianas y los hombres homosexuales aceptan su orientación sexual después de la terapia de conversión y los ministerios ex-gay: un estudio cualitativo. *Trabajo Social en Salud Mental*, 4 (3), 61–82. https://doi.org/10.1300/J200v04n03_04
- Jones R. (20 de diciembre de 2013). The Transnational Ex-Gay Movement. *Association for Women's Rights in Development [AWID]*, Recuperado el 3 de octubre de: <https://www.awid.org/es/noticias-y-an%C3%A1lisis/el-movimiento-transnacional-ex-gay>
- Lebolt, J. (1999). Psicoterapia afirmativa gay: un estudio fenomenológico. *Revista de Trabajo Social Clínico*, 27 (4), 355–370. <https://doi.org/10.1023/A:1022870129582>

Ley 21331 (2021) Del Reconocimiento Y Protección De Los Derechos De Las Personas En La Atención De Salud Mental. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>

López, P.; Forrasi, F., & Gelpi, G. (Coord.) (2015). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de la salud*. MSP, Montevideo, Uruguay.

Madrigal V. (2020) *Práctica de las llamadas “terapias de conversión”*. Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Asamblea General de las Naciones Unidas. <https://undocs.org/es/A/HRC/44/53>

Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J., Rosenbaum, C., Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+*. Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental. Centro de Estudios en Psicología Clínica & Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP). Santiago, Chile.

Maruzza, C. (2020). (Des)patologización trans* en la formación de psicología. Investigación e intervención en salud. (cap 12, p. 277-305). En Sustas S., Tapia S., Venturiello M. P (Cooomp.) *Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes*. Buenos Aires, Argentina.

Malyon, A. K. (1981-1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 7(2-3), 59–69. https://doi.org/10.1300/J082v07n02_08

Menasse, A. (2018). El cuerpo sexuado en proceso de creciente medicalización. *RevIISE - Revista De Ciencias Sociales Y Humanas*, 11(11), 109-120. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/232>

Méndez, M. Á. (2020). Las terapias de conversión: una legislación pendiente en el Congreso. *Pluralidad y Consenso*, 9 (42), 146-159.

- Mendos, L. R. (2020). *Poniendo límites al engaño: Un estudio jurídico mundial sobre la regulación de las mal llamadas terapias de conversión*. ILGA World. <https://ilga.org/es/terapias-conversion-estudio-juridico-poniendole-limites-engano%E2%80%9393ILGAWorld-febrero-2020>
- Montoya, G. (2006). *Aproximación bioética a las terapias reparativas*. Tratamiento para el cambio de la orientación homosexual. *Acta Bioethica*, 12 (2), 199-210. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200009>
- Olvera-Muñoz, O. (2021). Terapias de conversión sexual y daños a la salud: la vivencia de varones no heterosexuales. *Alternativas cubanas en psicología*, 9(26), 149-155.
- National Center for Lesbian Rights [NCLR] (2016). *World's Largest Psychiatric Association Condemns Conversion Therapy*. Recuperado de <https://www.nclrights.org/about-us/press-release/worlds-largest-psychiatric-association-condemns-conversion-therapy>
- National Center for Lesbian Rights [NCLR] (2018). *Ending conversion therapy in child welfare*. Recuperado de: http://www.nclrights.org/wp-content/uploads/2018/07/Conversion_Therapy-Juvenile_Justice-July_2018.pdf
- National Association of Social Workers [NASW], (2015). Sexual Orientation Change Efforts (SOCE) and Conversion Therapy with Lesbians, Gay Men, Bisexuals, and Transgender Persons: NASW position statement. <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=IQYALknHU6s%3D&portalid=0>.
- Ojeda Güemes, T. (2015). *El lugar de la cura en la terapia reparativa con personas homosexuales. Análisis crítico de las condiciones de emergencia del dispositivo reparativo y sus implicancias sobre el trabajo clínico con personas homosexuales*. (Tesis de Magister) Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2012). *“Curas” para una enfermedad que no existe*. Disponible en el sitio web de la OPS: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Curas-enfermedad-OPS-TR.pdf>

- Payne, E. (8 de julio de 2013). Group apologizes to Gay community, shuts down “cure” ministry. *CNN*. Recuperado el 10 de setiembre de: <https://edition.cnn.com/2013/06/20/us/exodus-international-shutdown/index.html>
- Peidro, Santiago. (2021). La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. *Revista de Bioética y Derecho*, (52), 221-235. Epub 25 de octubre de 2021. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2021.52.31202>
- Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81.
- Robinson, C y Spivey, S. (2022). *La Alianza para la Elección Terapéutica y la Integridad Científica*. World Religions and Spirituality Project. Recuperado el 10 de setiembre de: <https://wrldrels.org/2022/04/11/20291>
- Rosales V. (2019). La terapia de deshomosexualización en menores de edad pertenecientes a la comunidad LGBT+: un tratamiento vulnerador de derechos humanos. En: *II Congreso Iberoamericano Interdisciplinario de la Familia e Infancia* (p. 37).
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159-173.
- Soriano, S. (2002). Origen y causa de la homosexualidad. *Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, 56, 71-82.
- Stolakis, K. (Director), (2021). *Pray Away: La cruz dentro del clóset* [Documental]. Netflix Originals.
- Shidlo, A. y Schroeder, M. (2002). Cambio de orientación sexual: informe de un consumidor. *Psicología profesional: investigación y práctica*, 33 (3), 249–259. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.249>

- Télam Digital (13 de octubre de 2022). *El Senado mexicano aprobó la prohibición de "las terapias de conversión sexual"*. Recuperado el 15 de octubre de: <https://www.telam.com.ar/notas/202210/607767-senado-mexico-prohibicion-terapias-conversion-sexual-lgbtq-diversidades-disidencias.html>
- Treisman R. (16 de febrero de 2022). New Zealand just became the latest country to outlaw conversion therapy. *National Public Radio*. Recuperado el 1 de octubre de <https://www.npr.org/2022/02/16/1081139566/new-zealand-ban-conversion-therapy>
- Ulises E. (16 de mayo de 2022). Países que prohíben las "terapias de conversión". *Homosensual*. Recuperado el 1 de octubre de: <https://www.homosensual.com/lgbt/paises-que-prohiben-las-terapias-de-conversion-ecosig/>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2019). *Nada Que Curar. Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG*. México: UNODC, COPRED, YAAJ & UNAM. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2019/GUIAECOSIGFINAL-compressed.pdf>
- Urquiza N. (marzo de 2022). No es terapia, es tortura: "Sobreviví a una práctica de conversión". *Pousta*. Recuperado el 5 de octubre de: <https://pousta.com/terapia-conversion/>
- Vieira M. & Rocha, A. (2020). "Terapias de Conversão": Histórico da (Des) Patologização das Homossexualidades e Embates Jurídicos Contemporâneos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228550>
- Wilkinson, A. K. (2013). *Sin sanidad, no hay santidad: las prácticas reparativas en Ecuador* (Tesis de maestría), Quito: FLACSO Sede Ecuador.
- Wittig, M. (1992). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Editorial EGALES.