



## **FUNDAMENTOS TÉCNICOS**

### **POSICIÓN DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE**

### **ACERCA DE LAS TERAPIAS REPARATIVAS PARA CURAR LA HOMOSEXUALIDAD**

#### **I. INTRODUCCIÓN**

El Colegio de Psicólogos de Chile A.G., ha elaborado el presente documento de trabajo que aborda las terapias reparativas de la homosexualidad, comprendiendo los supuestos teóricos e ideológicos que la sustentan. Por lo tanto, en el desarrollo que se expone a continuación, se encuentran las bases que dan origen a la postura ética que el Colegio ha adoptado, teniendo como objetivo convertirse en un aporte para los Psicólogos, Psicólogas y estudiantes de Psicología. Estos fundamentos técnicos tienen como objetivo facilitar la reflexión, el examen crítico y analítico de los discursos que atraviesan y guían el quehacer profesional, no sólo desde los principios éticos que rigen a la Psicología, sino también desde el compromiso que las ciencias humanas tienen con la construcción de una sociedad más justa e inclusiva. Respecto a la terminología utilizada en este documento, se hablará indistintamente de “Homosexualidad” y “Homosexual”, como así también se hará mención a la sigla LGBTI para referirse a las personas “Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales”; esto con el fin de dar cuenta de la dimensión histórica y política de los conceptos, y de las distintas comprensiones y formas con que nuestra disciplina ha nombrado e intervenido el deseo sexual, la orientación sexual y la identidad sexual a lo largo del último siglo.

Se realizará una breve revisión histórica de las principales definiciones y conceptos con que se ha caracterizado a la homosexualidad, evidenciando la connotación patológica que ésta tuvo durante gran parte del siglo XX desde disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología. En la actualidad, la Psicología utiliza conceptos tales como *diversidades sexuales*, *minorías sexuales*, o la sigla *LGBTI*, con el fin de alejarse del sesgo patologizante con que se clasificó desde un inicio a las orientaciones sexuales no heterosexuales. Algunos conceptos más contemporáneos

tales como *orientación sexual e identidad sexual* también serán definidos.

Posteriormente, se analizará la terapia reparativa de la homosexualidad, en relación a sus supuestos teóricos y técnicos. Se realizará una presentación sobre el estado actual de las terapias reparativas en el contexto nacional y la postura de los organismos internacionales de salud mental y Derechos Humanos con respecto a esta temática. También se examinarán las limitaciones de las terapias reparativas y sus consecuencias en las personas que son sometidas a estas intervenciones. Finalmente, se presentarán algunas conclusiones y reflexiones.

### **Aspectos Metodológicos**

Para emitir el comunicado "Posición del Colegio de Psicólogos de Chile A.G. sobre las terapias reparativas para curar la homosexualidad", el Colegio de Psicólogos de Chile A.G., a través de su Comisión de Género y Diversidad Sexual, realizó un riguroso estudio desde enero a abril de 2015, que incluyó la revisión y análisis de literatura y estudios nacionales e internacionales respecto de la orientación sexual y las terapias reparativas. Lo anterior supuso también la incorporación de principios del Código de Ética profesional, la asesoría de expertos nacionales en relación al objeto de estudio y la postura de diversos organismos de Derechos Humanos.

Paralelamente se realizó un estudio de los constructos teóricos que subyacen a estas terapias, sus resultados y efectos. Por último, se llevó a cabo una búsqueda de instituciones o profesionales que desarrollan estas prácticas en Chile. Respecto de esto último, cabe señalar que se intentó establecer contacto directo con representantes de estas instituciones para enriquecer el documento final, no obstante, éstos no accedieron a ser entrevistados.

## **II. HOMOSEXUALIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL**

### **Historia del concepto de "Homosexualidad"**

Historiadores sostienen que el "comportamiento homosexual" en particular (no la "identidad homosexual") ha estado presente durante todo el curso de la historia de la humanidad, siendo descrita como tal a partir de la antigua Grecia (Greenberg, 1998). Hasta antes de su invención por parte del saber científico, existían comportamientos sexuales entre personas del mismo

sexo, preferencias, modos de vestir y hábitos que eran interpretados dentro de un determinado código moral y/o jurídico-criminal (Figari, 2012). La figura del sodomita y el afeminado eran dos de los modos de existencia que adoptaban los hombres que incurrían en conductas sexuales con otros hombres, descripción que hasta ese momento no refería a la existencia de una "especie" humana o "categoría" de persona específica, sino más bien, a comportamientos, actitudes y costumbres que debían ser corregidas y/o sancionadas por los poderes fácticos predominantes de la época. Tal como sugiere Foucault (1978),

“La sodomía –la de los antiguos derecho civil y canónico– era un tipo de acto prohibido; el autor no era más que su sujeto jurídico. El homosexual del siglo XIX ha llegado a ser un personaje: un pasado, una historia y una infancia, un carácter, una forma de vida; asimismo una morfología, con una anatomía indiscreta y quizás una misteriosa fisiología (...) El sodomita era un relapso, el homosexual es ahora una especie” (p.43).

De hecho, el concepto clínico de "homosexualidad" fue introducido en un folleto médico alemán en 1869, y adoptado por el surgimiento del estudio científico de la sexualidad iniciado por el Psiquiatra Holandés Richard von Krafft-Ebing (Hammack, 2005). En el compendio denominado "Psychopathia Sexualis", Krafft-Ebing popularizó hacia el año 1886 el término "homosexualidad", como parte de un conjunto de perversiones sexuales que no tenían en el centro u objetivo primordial de la sexualidad, la reproducción, concebida esta última tanto como fenómeno natural, como un fin de la especie humana (Laqueur, 1990). Bajo esta concepción, la homosexualidad transitó desde la religión, que la establecía como "pecado", hacia la ciencia, que la consideró patología mental (Weeks, 1986). Con todo, la normalidad se centró en la sexualidad vigilada bajo el contrato matrimonial y se naturalizó con objetivos de procreación, siendo separada de fines meramente placenteros.

La ciencia, entonces, desde la Psiquiatría, explicó la sexualidad como hereditaria o congénita, estableciendo "anormalidades" médicas (Torres, Faraoni & Schnitzer, 2010). Posteriormente, la idea de que las conductas sexuales "anormales" eran un síntoma de "degeneración" fue dejada de lado gracias a los aportes del sexólogo Británico Havelock Ellis, quién por primera vez no representó a los "invertidos sexuales" como degenerados (Beccalossi, 2011). El trabajo de Ellis fue el elemento más importante en la constitución de una categoría separada de la homosexualidad, que modeló las identidades o la autodefinición de las personas homosexuales,

mujeres y hombres, a través del siglo XX (Weeks, 2000).

Sin embargo, la conformación diádica perversión / sexualidad normal (heterosexualidad) persistió hasta la década de los sesenta como un horizonte de lo erótico, por lo tanto, continuó comprendiéndose como un ámbito de la vida capturado por el saber médico (Tin, 2006). La desmedicalización de la homosexualidad, sólo se desplegó a partir de la segunda mitad del siglo XX luego de la Segunda Guerra Mundial, culminando con un hito inédito en la historia de la Psiquiatría: en diciembre de 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) desclasificó la homosexualidad de su Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM-III en su sigla en inglés). La eliminación de la homosexualidad de este Manual, se vio reforzada por la carencia de investigaciones que apoyaran su inclusión, y por las investigaciones que no pudieron sostener la teoría de que los homosexuales formaban parte de estereotipos sexuales psiquiátricos específicos.

### **Aproximaciones teóricas contemporáneas**

Las teorías biológicas, generalmente desde una aproximación esencialista, proponen que los factores hormonales, genéticos, y posiblemente inmunológicos actúan en gran medida durante la vida embrionaria o durante la primera infancia, y juegan un papel importante en la determinación de la orientación sexual (Balthazart 2011a). Por ejemplo, las personas "homosexuales", en promedio, estarían expuestas a condiciones endocrinas atípicas (diferentes niveles de testosterona: bajos niveles en hombres y altos niveles en mujeres) durante el desarrollo prenatal (Balthazart, 2011b).

Desde este punto de vista, LeVay (2011) propone que la orientación sexual es un aspecto bastante estable de la naturaleza humana, y que heterosexuales, gay y bisexuales han existido a través de muchas, si no todas, las culturas. Esto sugeriría que los factores biológicos (comunes a toda la humanidad) podrían ser los responsables de la aparición de diferentes orientaciones sexuales. En este sentido, LeVay (2011) considera que la orientación sexual "es un rasgo que nos predispone a experimentar atracción sexual hacia personas del mismo sexo (homosexual, gay o lesbiana), hacia personas del otro sexo (heterosexual), o hacia ambos sexos (bisexual)" (p. 1).

En contraste, la perspectiva del construccionismo social sostiene la premisa de que el concepto "homosexual" es un producto socio-histórico, y que no es aplicable universalmente (Epstein, 1992). De hecho, la concepción de la orientación sexual comprendida como una dicotomía "gay-heterosexual" es extremadamente rara; y pocas culturas exhiben patrones de la homosexualidad exclusiva (Hammack, 2005). Sin embargo, el "comportamiento" homosexual sería común en todas las culturas, y adquiere una gran variedad de "formas" sociales (Greenberg 1988).

Además, desde el construccionismo social, la heterosexualidad es un constructo entendido como paradigma de una sexualidad "normal" y se transforma en una tecnología de control sobre la sexualidad (Preciado, 2002; 2014). De allí que no exista la posibilidad de ser comprendido fuera de una matriz que tiene como centro la orientación heterosexual, reduciendo al cuerpo a zonas erógenas en función de una distribución asimétrica del poder entre los géneros. Lo anterior, según Foucault (1978), ha tenido efectos trascendentales en la redefinición de las prácticas homosexuales, puesto que se generan sujetos con una identidad definida en función de hitos vinculados al pasado.

Similarmente, Butler (1990; 1993) propone que las "categorías" de orientación sexual en nuestra cultura tienen su base en la "heteronormatividad". En este sentido, las teorías que describen los gays y lesbianas como de "género invertido" implícitamente reproducen la normatividad de la heterosexualidad. Basado en este modelo heteronormativo, la categorías de lesbiana, gay, bisexual, heterosexual, transexual, transgénero y travesti proporcionan la ilusión de pertenencia a una identidad particular con diversas prácticas sociales descritas, pero que en realidad restringen la comprensión del género o la sexualidad como una variable del comportamiento, sin explicar su variabilidad (Ingraham, 2006).

Por otro lado, desde la psicología del desarrollo, la "orientación sexual" generalmente es definida como un consistente y permanente patrón del deseo sexual hacia personas del mismo sexo, del otro sexo, o ambos sexos. Mientras que la "identidad sexual" representaría una concepción culturalmente organizada del yo, usualmente en nuestra cultura, conceptualizada como lesbiana/gay, bisexual o heterosexual, que incluye el sentido de pertenencia a grupos, relaciones sociales, preferencia de lugares a frecuentar, entre otros (Diamond, 2003).

Algunos investigadores del desarrollo de la identidad sexual, proponen que las categorías tales como gay, lesbiana y heterosexual no serían claramente definibles (Diamond, 2003). Vrangalova & Savin-Williams (2012) propusieron cinco categorías de clasificación de identidad (etiqueta de orientación sexual): heterosexual, mayormente heterosexual, bisexual, mayormente gay/lesbiana, y gay/lesbiana, con el fin de apreciar las distintas variaciones de la orientación sexual dentro de un continuo. En un estudio con un total de 16.833 participantes, Savin-Williams, Joyner & Rieger (2012) encontraron que un grupo significativo de personas (3,5% de hombres y 15,8% de mujeres) no se identificaron como exclusivamente heterosexuales y optaron por la categoría mayormente heterosexual. Por lo tanto, estos autores proponen que sería inconveniente reducir la variabilidad de la orientación sexual a categorías estáticas o muy reducidas.

### **Conceptos de Orientación Sexual e Identidad de Género**

Actualmente, se utiliza la sigla conocida como LGBTI para referirse a los grupos que componen las orientaciones sexuales no heterosexuales e identidades de género que no se corresponden con su sexo según lo socialmente esperado, a saber, la llamada "Diversidad Sexual". A continuación se presentan los siguientes conceptos, según el consenso establecido por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2009)<sup>1</sup>:

Orientación sexual: se refiere a la atracción, amor o erotismo hacia otra persona.

- a. Heterosexualidad: amor, atracción o erotismo hacia personas del sexo contrario.
- b. Homosexualidad: amor, atracción o erotismo hacia personas del mismo sexo.
- c. Bisexualidad: amor, atracción o erotismo hacia personas tanto del mismo sexo como del sexo contrario.

Identidad de género: Autodefinición y vivencia de un sujeto respecto de su sentimiento de ser

---

<sup>1</sup> Sin embargo, se cree prudente tener en cuenta lo explicitado en el párrafo anterior acerca de la orientación sexual entendida como una categoría variable y en un continuum flexible.

hombre, mujer o trans, sintiéndose perteneciente a un grupo social con quienes comparte un conjunto de discursos y prácticas.

Dentro de la Comunidad Trans (Transexuales, Transgéneros, Transformistas, Travestis e Intersexuales), se encuentran grupos que difieren entre sí pero que convergen en que su sistema sexo/género no se corresponde con lo esperado socialmente. Tal es el caso de una persona:

- Transexual: persona cuya identidad de género, es decir, su sentimiento de ser hombre o mujer, no se corresponde con el sexo biológico según las creencias sociales imperantes, y vive en disgusto con dicho sexo, incluso con cierta actitud fóbica hacia el mismo. Las personas transexuales suelen desear e intentar por todos los medios, llevar a cabo cirugías de reasignación sexual. Existen mujeres transexuales (personas que nacieron en cuerpos con pene, genitales asociados socialmente a lo masculino, pero presentan una identidad de género femenina, esto es, se sienten mujeres) y hombres transexuales (personas que nacieron en cuerpos con vagina, genitales asociados socialmente a lo femenino, pero presentan una identidad de género masculina).
- Transgénero: persona cuya identidad de género, es decir, su sentimiento de ser hombre o mujer, no se corresponde con el sexo biológico según las creencias sociales imperantes, pero no vive en disgusto con dicho sexo, gustando del placer que le brindan. Esto último, no implica, necesariamente, que no lleven a cabo cirugías de tipo secundarias tales como implantes mamarios u otros.

Es necesario señalar con respecto a las personas transexuales y transgéneras, que pueden ser personas femeninas, es decir, mujeres transexuales o transgéneras (sentirse mujer en cuerpo biológico de origen masculino) o pueden ser masculinos, es decir hombres transexuales o transgéneros (sentirse hombre en cuerpo biológico de origen femenino).

Las siguientes identidades también se encuentran dentro de la comunidad Trans:

- Travestis: personas que por placer sexual, suelen disfrazarse según características propias del género contrario. Lo realizan a escondidas.

- Transformistas: personas que con un fin artístico, llevan a cabo una transformación de la apariencia para asemejarse al género contrario, como una performance.
- Intersexuales: antiguamente, se le conocía a este grupo como “hermafroditas”, definición que se ha dejado de utilizar por la patologización o caricaturización que conlleva. Refiere a que por razones biológicas y cromosómicas, la persona se siente perteneciente a un género contrario a su sexo biológico.

Es interesante añadir que una persona Trans puede tener cualquiera de las tres orientaciones sexuales anteriormente definidas. Se hace esta aclaración por lo común que termina siendo el hecho de confundir el ser transexual o transgénero con ser homosexual, siendo que orientación sexual con identidad de género son dos aspectos distintos.

### **III. TERAPIAS REPARATIVAS**

#### **Contexto general**

La práctica de las terapias reparativas es una realidad de la que no se conversa ni se discute fuera de la polémica y la coyuntura noticiosa. Pese a que la condena pareciera ser generalizada, la práctica de este tipo de terapias -y la creencia que hace de la homosexualidad objeto de expectativas de cura y de cambio- continúa vigente en distintos contextos e instituciones, muchas de ellas vinculadas a los campos de la salud mental, la educación y la religión.

Se agrega a lo anterior el hecho que no existe en Chile ningún tipo de normativa que las sancione como ilegales, a diferencia de lo que ocurre en algunos estados de EE.UU y otros países que las han prohibido por ley. En estos casos, la norma legal opera como ente regulador de una práctica que es considerada como discriminatoria, iatrogénica y éticamente cuestionable, no solo por sus efectos perjudiciales sobre la salud mental de los pacientes, sino porque insiste en sostener una visión patologizante de la homosexualidad que fue superada en 1973, luego que la Asociación Americana de Psiquiatría dejó de considerarla como un trastorno psiquiátrico.

Debido al daño que causan sobre la salud física y mental de los pacientes, es que distintos



organismos internacionales se han pronunciado en contra de la existencia de las terapias reparativas y su promoción por parte de profesionales de la salud mental. Entre los referentes más importantes a nivel mundial de la Psicología, la Psiquiatría y los Derechos Humanos, destacan la Asociación Americana de Psicología (APA, 2009), la Asociación Americana de Psiquiatría (2000), la Organización Panamericana de la Salud (2011), la Asociación Británica de Psicología (2012), el Consejo del Reino Unido para la Psicoterapia (2014), entre otros.

Particularmente, acuerdos internacionales ratificados por el Estado de Chile, tales como la normativa sobre “Derechos Humanos, orientación sexual e identidad de género” (OEA, 2014) y la “Declaración sobre orientación sexual e identidad de género” (ONU, 2008) reconocen la grave situación de violaciones a derechos humanos que enfrentan las personas a causa de su orientación sexual e identidad de género, y, así mismo, condenan la violencia de la discriminación, instando a los Estados que hacen parte a investigar estas acciones a fin de asegurar que quienes sean responsables asuman las consecuencias judiciales correspondientes. Ambas declaraciones objetan la violencia, el acoso, la discriminación, la exclusión, la estigmatización y el prejuicio basado en la orientación sexual y la identidad de género.

Con todo, si bien Chile no dispone de una ley específica que las prohíba, se cuenta con códigos de ética claros respecto de estos temas, que hacen presente los mismos principios antes descritos. Estos códigos son los que rigen la práctica profesional de los Psicólogos y las Psicólogas, y son, también, los que están presentes en los programas de formación disponibles en las distintas escuelas de Psicología del país. Sin embargo, estos códigos de ética no serían vinculantes *per se* sobre quienes pretenden ejercer las “terapias” reparativas, vale decir, no impiden que personas, grupos e instituciones las practiquen y pongan a disposición de la sociedad. En relación a esto, resulta necesario señalar que esta situación política que se imprime en los colegios profesionales en Chile, tiene su origen en la dictadura militar (Lira, 2008), momento en que los Colegios Profesionales pierden sus facultades reguladoras en relación al ejercicio ético de la profesión, siendo además optativo para los y las profesionales el hacerse miembro del Colegio de su profesión, generando entonces, una atmósfera de relatividad respecto al ejercicio de las disciplinas.

Por tanto, aun cuando la denuncia y el rechazo sean las actitudes dominantes en los campos de la salud mental y los derechos humanos, la discusión continúa estando presente en el contexto nacional. El problema, lamentablemente, sigue siendo debatido exclusivamente en espacios académicos y/o socializado a través de los medios de comunicación. Esto, además limita en extremo las posibilidades de acceso a la información que muchos y muchas requieren para efectos del inicio de una relación de ayuda por motivos que derivan del reconocimiento de una orientación sexual homosexual.

### **Contexto nacional**

Lo primero a señalar, es que la historia de las terapias reparativas en Chile es más bien reciente. Según distintos medios de prensa y archivos de registro históricos (Movilh, 2004), el debate se remonta al año 2004 a propósito del desarrollo de un Seminario - “Homosexualidad hoy” – que organizó la Universidad de Los Andes y que contó con la presencia del Psicólogo holandés Gerard Van Den Aardweg, quien ofreció algunas perspectivas de análisis acerca de las posibilidades de cura de la homosexualidad.

Posteriormente, en el año 2010, la Organización Chilena de Estudiantes de Psicología (OCEP) denunció la difusión de este tipo de terapias en la formación universitaria, realizando manifestaciones que exigían al Colegio de Psicólogos de Chile A.G. explicitar su postura y determinar las respectivas sanciones a quienes las ejerzan. Más recientemente, en el año 2012, la ONG ISFEM y el Centro de Estudios para el Derecho y la Ética Aplicada de la Pontificia Universidad Católica de Chile, realizaron un seminario en donde se promovieron las terapias reparativas por parte de conferencistas nacionales e internacionales, evento que generó un gran debate a nivel nacional.

A raíz de los hallazgos que arrojó particularmente esta investigación, se constató que en Chile existen profesionales que adhieren a los planteamientos de la terapia reparativa -conocida, en la actualidad, como terapia AMS (atracción hacia el mismo sexo)- e instituciones que ofrecen dicho tratamiento para curar y/o cambiar la homosexualidad. No obstante, dado que funcionan habitualmente en el ámbito privado o no declaran explícitamente su práctica, resulta muy difícil conocer a cabalidad la totalidad de las instituciones y/o profesionales involucrados y la situación en regiones.

Muchas de estas instituciones legitiman su actuar a partir del Catecismo de la Iglesia Católica o desde una determinada interpretación de textos bíblicos de tradición cristiana, que pretenden regular el tipo de relación de ayuda que se ofrece. Esto no solo sería abusivo, sino del todo antiético. Aquello que regula la práctica profesional de quienes trabajan como Psicólogos o Psicólogas es, más bien, un código de ética profesional que no se legitima ni se autoriza el desde un tipo de carisma religioso particular, ni en alguna creencia que desconozca la dignidad y los derechos de toda persona, cualquiera sea su orientación sexual o identidad de género.

A pesar de que no se conoce a cabalidad de la cantidad de instituciones y profesionales que practican estos procedimientos, a partir del reporte de personas LGBTI se tiene certeza de que efectivamente las terapias reparativas se continúan realizando en nuestro país. Por ejemplo, un estudio realizado en el contexto de las marchas de orgullo gay del año 2011, reveló que en promedio un 38,6% de los/as asistentes (gay, lesbianas, bisexuales y transexuales) reconoció haber recibido algún tipo de atención psicológica a causa de su identidad sexual o de género. Específicamente, un 31,6% de estos/as participantes reportó que la atención psicológica recibida se orientó a reparar su orientación sexual (Barrientos, Díaz, Gómez y Muñoz, 2012).

Por otro lado, en los últimos cinco años, distintos estudios, encuestas de opinión e informes, muestran que las actitudes negativas hacia la homosexualidad han disminuido considerablemente. El último sondeo que realizó el Instituto Nacional de la Juventud (2014) muestra que, por ejemplo, la mayoría de los jóvenes encuestados piensa que la homosexualidad es una orientación sexual tan válida como cualquier otra, al mismo tiempo que estiman que los médicos no debiesen seguir investigando acerca de las causas de la homosexualidad con fines preventivos. Pese a los avances en estas materias, una mirada más profunda sobre el asunto revela que aún persisten condiciones de inequidad de trato hacia las personas LGBTI, en particular, respecto del no reconocimiento de sus derechos y condiciones de existencia.

En cuanto a nuestro campo disciplinar, es posible constatar que en las mallas curriculares no se incorporan miradas que cuestionen e interpeleen determinadas construcciones patologizantes respecto a las diversidades sexuales y a la población LGTBI. Patologización y psicologización,

en este sentido, pueden operar como herramientas que promueven o consolidan reduccionismos teóricos y homofobias sociales. Dadas las implicancias subjetivas y político-sociales que determinados dispositivos psicológicos instalan al amparo de un conocimiento que se valida desde el poder que se le confiere al saber “experto” del profesional de la salud mental, el esfuerzo por visibilizar e interrogar los supuestos que dan origen a determinadas prácticas y teorías debe ser promovido desde la más temprana formación profesional.

### **Premisas y supuestos de las terapias reparativas**

Joseph Nicolosi, uno de los principales exponentes del modelo reparativo, sostiene que la terapia reparativa surgió como respuesta a las presiones de tipo políticas que interrumpieron la discusión e investigación científica en torno a las causas de la homosexualidad y su eventual tratamiento, las cuales se habrían intensificado una vez que se desclasificó la homosexualidad como patología (Nicolosi, 1991; Cohen, 2004). En este contexto, lo reparativo apareció como alternativa ante el surgimiento de las terapias de afirmación gay que comenzaron a desarrollarse en Estados Unidos y se ofrecían como alternativa terapéutica a personas que, en razón de sus valores sociales y morales, no querían asumir sus sentimientos y conductas homosexuales (Nicolosi, 1991).

En términos históricos, las terapias reparativas son herederas de los resagos de la psicopatologización de la homosexualidad. Quienes defienden en la actualidad este tipo de terapia, operan al margen de los consensos y desconocen las decisiones que históricamente han sido confirmadas por las más destacadas organizaciones científicas a nivel mundial, las cuales, de manera categórica, han coincidido en dejar de considerar a la homosexualidad como un trastorno mental. Para ellos, dicha decisión fue una decisión de tipo política e ideológica y, por tanto, la deslegitiman y re-significan como motivada por un grupo de activistas homosexuales que habría realizado lobby político al interior de la Asociación Americana de Psiquiatría (Drescher, Shidlo, & Schroeder, 2002).

En coherencia con ello, los fundamentos teóricos de estas terapias han sido construidos en base a prejuicios y extractos arbitrarios de teorías psicológicas, que terminan por calificar a la homosexualidad como una orientación sexual anormal, asociada a un estilo de vida que generaría sufrimiento, excesos y aislamiento. Según estos autores, esto sentaría el deseo de

querer cambiar, junto a la creencia de que existe un “potencial heterosexual” que estaría presente de manera natural en toda persona (Van Den Aardweg, 1997; Nicolosi, 1991; Cohen, 2004).

Van Den Aardweg (1997) define la homosexualidad como un trastorno del desarrollo emocional, como una forma de neurosis autocompasiva. Nicolosi (1991) y Cohen (2004), por su parte, la comprenden como un síntoma que responde a necesidades emocionales tempranas que se explican como consecuencia de un déficit en el desarrollo de la identidad de género masculina. Esto supone la vivencia de un sentido interno de carencia de la propia masculinidad, que sienta las bases sobre las que se desarrollará la atracción homoerótica, proponiéndose, como regla causal, que la identidad de género determina la orientación sexual (Nicolosi, 2009).

En relación a las causas, estos autores destacan el hecho de que aquello que constituye el núcleo del desarrollo de la homosexualidad, es la retirada defensiva que experimenta el niño respecto al progenitor de su mismo sexo (Nicolosi, 1991; Cohen, 2004), cuyo efecto sería la inscripción de una herida afectiva que busca repararse en la adultez a través de comportamientos sexuales – adictivos – con personas del mismo sexo.

A juicio de estos autores, el estado de insatisfacción que produce el estilo de vida gay es comparado, por analogía, con el estado que produce la toxicomanía (Van Den Aardweg, 1997). Resulta evidente constatar cómo, en un primer tiempo, el foco de la intervención recae sobre la conducta sexual de la persona. El proceso es similar al que utilizan las terapias de adicciones y el movimiento de los doce pasos. De hecho, en distintas ocasiones, Van Den Aardweg (1997), Nicolosi (1991) y Cohen (2004), ejemplifican el proceso de cura con el camino que realizan los adictos, señalando que aquello que se interrumpe y modifica es la conducta, no así la condición. Esta observación también es confirmada por los testimonios de ex-gays (personas homosexuales que defienden las terapias reparativas tras someterse a ellas y experimentar un aparente cambio, definiéndose a sí mismos como ex-gay) y la reivindicación que hacen de su proceso de cambio, ejemplificándolo, muchas veces, con el modo en que se entiende el cambio en las personas que son alcohólicas. En palabras de algunos pacientes, el cambio es igualmente legítimo, aun cuando tras años de terapia, continúen experimentándose pensamientos, deseos y/o sentimientos homosexuales: “El alcohólico nunca estará

completamente curado de su deseo de tomar, pero un tratamiento satisfactorio le ofrecerá una vía efectiva de lidiar con una condición que le acompañará de por vida” (Nicolosi, 1991, p. 106).

En relación al proceso de curación, la función terapéutica requiere de la motivación del paciente por cambiar, y que ésta se sostenga en la convicción de que todo homosexual es un heterosexual latente (Nicolosi, 1991; Cohen 2004). Como condición de inicio para el tratamiento, el individuo se debe abstener de mantener comportamientos sexuales con personas de su mismo sexo y debe romper con su círculo de amistades homosexuales (Cohen, 2004). A nivel de las técnicas se incluyen, por ejemplo, el tratamiento aversivo, disciplinamiento en el rol de género masculino occidental, resignificación de la figura paterna a través del terapeuta, entre otros (Nicolosi, 1991; Ferrer, 2008).

Particularmente en Chile, algunos autores han planteado que biológicamente los homosexuales serían hipersensibles, siendo bebés que lloraban más de lo habitual por un déficit en la regulación de sus estados emocionales (Ferrer, 2008). De manera similar, otros autores chilenos han señalado que la homosexualidad “es una desviación: no es normal o es antinatural” debido a que se escapa del orden natural de la procreación (Chomali, Carrasco, Ferrer, Johnson y Schnake, 2008, p. 58). De hecho, Schnake (2008), en una tesis del Centro de Estudios de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, propone un modelo preventivo de la homosexualidad aplicable a pacientes pediátricos. Se desconoce el alcance de esta propuesta y si este modelo está siendo aplicado en centros de salud.

## **Objeciones e implicancias de las terapias reparativas**

### ***1. La homosexualidad no constituye una patología mental.***

El Colegio de Psicólogos de Chile A.G., ratifica que la homosexualidad no constituye una enfermedad o patología mental y, en consecuencia, rechaza tajantemente la realización de cualquier tipo de terapia que busque cambiar la orientación sexual de un individuo, ya sea que ésta se defina como reparativa o se ofrezca como técnica de acompañamiento para personas que presentan atracción hacia los de su mismo sexo (terapias AMS).

En cuanto a las causas que se han dado como explicación a la orientación homosexual, se

rechaza que éstas se vinculen con determinada configuración familiar marcada por el eje ausencia/-presencia de figura paterna y/o materna, o alguna traumatización en el ámbito sexual. Tampoco existe evidencia de que la homosexualidad se relacione con bebés hipersensibles y/o con temperamento difícil de manejar. Por lo tanto, se considera que los supuestos de las terapias reparativas no tienen asidero científico alguno y tienden a reforzar estereotipos y la estigmatización de las personas homosexuales.

**2. Las terapias reparativas no han demostrado eficacia. En cambio, sí existe evidencia de los daños y perjuicios que producen en el ámbito de la salud mental.**

La terapia reparativa carece de evidencia científica y coherencia interna en su fundamentación teórico-conceptual (APA, 2009). En efecto, los estudios sobre terapias reparativas son escasos e insuficientes, y aquellos que existen presentan serios problemas metodológicos. Sólo se reporta un estudio publicado de tipo experimental con grupo control, realizado por Taylor en el año 1974, que arrojó como resultado que la terapia reparativa no cambiaba la orientación sexual homosexual (APA, 2009).

Los cambios que reportan algunos individuos luego de participar en intervenciones reparativas son más bien en su identidad, conductas y valores, y no en relación a la atracción sexual por personas del mismo sexo (APA, 2009; 2010). Específicamente, no se ha mostrado efectividad en disminuir la atracción por el mismo sexo o incrementar la atracción por el sexo opuesto a partir del uso de terapias reparativas (APA, 2009). Tampoco existe evidencia de que la enseñanza y el refuerzo de conductas estereotípicas normativas de género en la infancia o adolescencia pueda alterar la orientación sexual o la identidad de género (APA, 2009).

Más allá de la falta de efectividad de este tipo de intervenciones, el punto central de análisis es la psicopatologización de las personas LGBTI y la violencia específica que estos discursos y prácticas acarrearán (APA, 2010). De hecho, existe evidencia de que la terapia reparativa influye negativamente en la salud mental de las personas, generando efectos tales como: culpa, homofobia internalizada, baja autoestima, trastornos de la función sexual, consumo problemático de alcohol y drogas y suicidio (APA, 2009). Además, es preocupante que estas intervenciones puedan incrementar el auto-estigma, el estrés como minoría, y, últimamente, el estrés de niños/as y adolescentes (APA, 2009).

Algunos individuos con atracción sexual por el mismo sexo experimentan estrés psicológico y conflictos debido a la percibida irreconciliabilidad de su orientación sexual con sus creencias religiosas y/o ideológicas. En estos casos es importante brindar aceptación y soporte a la persona consultante así como también reconocer la importancia que la fe puede tener para los individuos y comunidades creyentes, sin embargo, y al mismo tiempo, es necesario reconocer y legitimar la orientación sexual, sea cual sea, desde fundamentos científicos (APA, 2009).

Intervenciones terapéuticas con niños/as y adolescentes debieran basarse en la aceptación completa del ser humano, no emitiendo juicios con respecto a su orientación sexual, siendo esperable también un análisis crítico y profundo del por qué de su malestar o deseo de no ser homosexual o lesbiana -cuando éste exista- tomando en consideración para ello el contexto de desarrollo familiar, la aceptación o rechazo de figuras paternas y maternas en la infancia y actualidad, la estigmatización en la escuela, y violencia social. Así, la psicoterapia debiera orientarse al desarrollo de una autoestima saludable, facilitar el alcance de los hitos del desarrollo apropiados (incluyendo el desarrollo de una identidad positiva), y reducir el estigma sexual internalizado (APA, 2009).

Las intervenciones familiares que reducen el rechazo e incrementan la aceptación del niño/a y el/la adolescente pueden ser de ayuda. El incremento del soporte social para niños/as y adolescentes a través de escuelas y comunidades para incrementar la aceptación y seguridad, también son importantes y ayudan a reducir el estrés, la baja autoestima y sentimientos depresivos (APA, 2009).

Es importante reflexionar que el tratamiento del sufrimiento de la persona homosexual de manera individual carece de sentido, toda vez que no es azaroso que este sufrimiento se presente en homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales. No es azaroso que sean personas homosexuales las que en sufrimiento, deseen poder cambiar su orientación sexual y convertirse en heterosexuales. No es azaroso tampoco, que las personas heterosexuales no consulten por un sufrimiento similar, solicitando poder ser homosexuales o lesbianas. Esto ocurre desde un fenómeno social que valida la heterosexualidad y violenta, castiga o invisibiliza las demás orientaciones sexuales e identidades de género.



Resulta evidente, entonces, que sean las personas homosexuales, lesbianas y bisexuales quienes quieran poder ser heterosexuales, si en la sociedad en la que viven son rechazados por su orientación sexual, hostigados desde la niñez o incluso, rechazados por sus familias. La solución no pasa por reforzar los estereotipos de anormalidad que ya sufren estas personas y realizar tratamiento individuales que además no cumplen lo que prometen, sino más bien, el desafío pasa por educar a la sociedad completa en cuanto al respeto de las diferentes formas de ser de las personas, y visibilizar que existen más orientaciones sexuales que la heterosexual, siendo todas normales y debiendo todas tener los mismos derechos. ¿Se presentarían personas homosexuales, bisexuales o lesbianas, que sufrieran por su orientación sexual y quisieran convertirse en heterosexuales, en una sociedad que acepta y respeta la diversidad sexual,? Lo más probable es que no.

### **3. Implicancias epistemológicas y políticas de la terapia reparativa**

El trabajo de elucidación crítica respecto de lo que invisibilizan los supuestos que fundamentan las terapias reparativas, permite apreciar que se asientan sobre ideas conservadoras, en la mayoría de los casos, ligadas a determinados sectores de la Iglesia Católica y/o Evangélica, quienes desde diferentes ámbitos de la sociedad civil, de la academia y del mundo de la ciencia, afirman la relación exclusiva entre sexualidad y reproducción, y reivindican un determinado orden que sería ciego de sus propios intereses políticos e ideológicos. Para ellos, el avance en los derechos de las diversidades sexuales aparece como una amenaza, precisamente porque interrogan los fundamentos que han servido de base a la construcción de una sociedad que reproduce las desigualdades entre hombres y mujeres, y que priva de ciudadanía a las expresiones de la sexualidad no heterosexual (Morán y Vaggione, 2012). Quienes promueven las terapias reparativas, aseguran que el origen de la homosexualidad no puede hallarse en explicaciones genéticas, sino psicológicas y sociales, las cuales actuarían como desviantes durante la temprana edad. Por tanto, la terapia podría “reparar” a la o el sujeto dañado. Desde esta perspectiva existiría una esencia de ser humano o humana, a la vez que un sentido único de trascendencia que se materializaría en la procreación.

Las terapias reparativas se hacen parte de un discurso médico y psicológico que se instala desde un saber/poder en nombre del cual se generan dispositivos de control, que obliga a que

las personas homosexuales se asuman y acepten como “anormales”. La confidencialidad del espacio terapéutico deja fuera del control cívico y profesional los posibles atropellos a la dignidad y los derechos de las diversidades sexuales. Se ejercen prácticas propias del siglo XVIII y XIX, en la que se anula la autonomía de las personas y se asume que la queja de la o el paciente homosexual tiene como origen su deseo, y no las dificultades sociales propias de una cultura heteronormativa en la que este deseo emerge.

#### **IV. CONCLUSIONES**

##### ***1. Fundamentación en el ejercicio ético profesional de los Psicólogos y las Psicólogas***

El posicionamiento del Colegio de Psicólogos de Chile A.G., está orientado tanto por los principios establecidos en el Código de Ética Profesional (1999), como por principios emanados de los Derechos Humanos:

- a. Artículo 1: Respeto por los Derechos y la Dignidad de las Personas. El psicólogo/a se compromete a respetar y adherir a los principios establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. En particular, respetar la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, confidencialidad, auto-determinación, diversidad y autonomía. Asimismo, respetar las diferencias individuales, culturales, de género, etnia, religión, ideología, orientación sexual, condición socio-económica, u otras.
- b. Artículo 17: En relación a los Derechos Humanos. Los psicólogos/as deberán tener presente que el Código de Ética hace propios los principios establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos y que su actuación profesional debe mantenerse dentro de los marcos de esta Declaración.

##### ***2. La responsabilidad ética y profesional de psicólogas y psicólogos***

La heteronormatividad dominante se reproduce a través de diferentes mecanismos orientados a legitimar una sola manera de organizar la vida y la expresión de la sexualidad. Quienes se apartan de la norma, suelen ser objeto de coerciones que, muchas veces, desembocan en crímenes de odio. Es esto lo que precisamente debiera alarmarnos como profesionales de la

salud mental: la patologización y los prejuicios en contra de la homosexualidad. Es contra estos aspectos a los que estamos llamados a luchar y no contra las personas LGBTI, siendo que la erradicación de los prejuicios, la homofobia y las ideas caricaturescas que sostienen crímenes de odio posteriores, forman parte del deber ético del ser Psicólogo o Psicóloga.

No es aceptable que profesionales de la salud mental estén al margen o se resten de este debate ante una neutralidad aparente. Tampoco lo es que quienes defienden estas terapias lo hagan sin saber siquiera en qué consisten, pero defendiendo una postura de libertad del consumidor, considerando a la Psicología un bien de consumo y no sus implicancias profundas en la vida de los seres humanos y las sociedades. Ello es una postura éticamente irresponsable y alejada de la sensibilidad hacia los Derechos Humanos que todo Psicólogo y Psicóloga debiese tener.

Los Psicólogos y Psicólogas están llamados a realizar acciones hacia las sociedades en las que viven, para que los y las ciudadanas gocen de entornos que les permitan desarrollar una buena calidad de vida y salud mental. De ello, no estamos y no podemos estar ajenos. Se debieran realizar acciones concretas y trabajo educativo permanente teniendo siempre en cuenta que cuando se habla siendo Psicólogo o Psicóloga, se habla desde un lugar de poder y las palabras tienen un efecto especial en las personas. Es por esto, que es inaceptable que profesionales del gremio y, más aún, docentes se proclamen homofóbicos u homofóbicas, realicen comentarios con connotaciones negativas hacia la homosexualidad y más todavía, intenten convertir a una persona homosexual en heterosexual. Las acciones deben ser sociales, en pro de que puedan existir con los mismos derechos y la misma validez social todas las personas, heterosexuales, homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales, en un ambiente que los y las valide, y les permita desarrollarse plenamente.

### **3. La responsabilidad del Estado y la sociedad civil**

La transformación de discursos y prácticas sociales, y específicamente la erradicación de dispositivos terapéuticos orientados a curar la homosexualidad u otras formas diversas de manifestación de la sexualidad, implica la acción del Estado como garante de los Derechos de las y los seres humanos a no ser discriminados en virtud de su orientación sexual y el derecho a vivir su sexualidad libremente. “Un Estado que no es garante, que no ampara, no es un

Estado ausente, sino una presencia activa que produce desamparo” (Fernández, 2014) y sufrimiento. En este sentido, urge que el Estado de Chile prohíba las terapias reparativas que afectan a niños/as, adolescentes y adultos LGBTI. Además, deben implementarse leyes, programas de educación y políticas públicas orientados a reducir el hostigamiento y estigmatización de la población LGBTI. En definitiva, el estado debe asumir un rol activo en la protección de los derechos de la población LGBTI tal como lo realizaría con cualquier sector de la población que se vea desfavorecido y vulnerado en sus derechos por circunstancias sociales y culturales.

Hacemos también un enfático llamado a las instituciones escolares, profesores, padres, madres, apoderados, a rechazar las terapias reparativas y no acudir a ellas. Advertimos a los padres, madres y apoderados de niños o adolescentes LGBTI, que ponen en serio riesgo a sus hijos al rechazarlos por su orientación sexual y más aún, llevándolos a este tipo de terapia, creyendo, erróneamente, que los están ayudando.

#### **4. Reflexiones finales**

Sabemos que con este posicionamiento del Colegio de Psicólogos de Chile A.G., se salda una deuda que estaba pendiente, ya que desde hacía muchos años que la Psicología en Chile debiese haber rechazado fuertemente las terapias reparativas, con las implicaciones de sanción ética para quienes las realicen. No es de sorprender entonces que producto de esta investigación, se hayan detectado centros dedicados a “ofrecer” la reparación de la homosexualidad y que lo promueven abiertamente, como también, docentes de carreras de Psicología que enseñan? estas terapias, junto con discursos homofóbicos y erróneos acerca de las personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales, formando nuevas generaciones de Psicólogos y Psicólogas que perpetuarían el sufrimiento de estas personas, en vez de luchar por combatir las ideas que causan su dolor.

La facultad que tiene el Colegio de Psicólogos de Chile A.G. para sancionar conductas anti éticas sólo es atribuible a quienes estén colegiados o colegiadas, lo cual coarta nuestro campo de acción ante este serio problema. Es por esto, que instamos a que el Estado prohíba las terapias reparativas, por el sufrimiento y problemas en la salud mental de quienes se someten a ellas, y pueda investigar y sancionar a quienes desde el sesgo religioso realizan estas acciones,

independiente de si estén colegiados o no. Mientras tanto, seguiremos llamando a una educación de calidad en la formación de futuros Psicólogos y Psicólogas, que tengan por lo menos nociones básicas de orientaciones sexuales e identidades de género a la luz de lo que ha producido la ciencia hasta el momento. Creemos que si existieran estos conocimientos, junto al desarrollo de un pensamiento crítico facilitado por los aportes de pensadores y Cientistas Sociales que han cuestionado y repensando la sexualidad humana, y que han hecho lo mismo con la Psicología y Psiquiatría como dispositivos de poder y de control sobre cuerpos que deben ser obligadamente heterosexuales, la enseñanza a favor de la terapia reparativa en estudiantes de Psicología sería rápidamente puesta en duda y rechazada.

Sostenemos que la educación universitaria debe separar muy bien ciencia de religión, no dando cabida a discursos que las yuxtapongan en pro de la libertad de enseñanza, puesto que un producto de dicha libertad es la promoción de las terapias reparativas, las que ponen en peligro inclusive la vida de las personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transexuales.

El Psicólogo y la Psicóloga tienen un deber ético que no pueden eludir y que tiene relación a que su trabajo no es individual ni tiene como único fin la ganancia de un salario, sino que debe tener como constante objetivo, la transformación de la sociedad orientada hacia el bienestar de todos y todas por igual, favoreciendo la creación de condiciones que aseguren la autonomía y legitimidad de las diversas identidades existentes.

Vivimos en una época en que la heterosexualidad es la regla y donde la sociedad pareciera estar hecha exclusivamente de y para heterosexuales, invisibilizando las demás formas de amar e, incluso, caricaturizando a quienes no son heterosexuales, transformándolos en objeto de burla y hostigamiento. Con este contexto de fondo, ¿cómo no van a existir personas LGBTI que se encuentren en profundo sufrimiento y que deseen convertirse en heterosexuales, ya sea para poder formar una familia, demostrar su amor en público o simplemente, para sentirse validados? Concluimos que es nuestra sociedad, entonces, la que requiere ser “tratada”, no la homosexualidad.

**Colegio de Psicólogos de Chile A.G.**

**Santiago de Chile, Junio de 2015**

**REFERENCIAS**

Asociación Americana de Psicología [APA]. (1998). *Respondiendo a sus preguntas sobre orientación sexual y homosexualismo*. Extraído de <http://www.apa.org/topics/sexuality/orientacion.aspx>

Asociación Americana de Psicología [APA]. (2009). *Appropriate therapeutic responses to sexual orientation*. Extraído de <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>

Asociación Americana de Psicología [APA]. (2010). *Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients*. Extraído de <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>

Asociación Americana de Psicología [APA]. (2011). *Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools*. Extraído de <http://www.apa.org/about/policy/orientation-diversity.aspx>

Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (Reparative or conversion therapies)*. Extraído de <http://www.psychiatry.org/file%20library/advocacy%20and%20newsroom/position%20statement>

[s/ps2000\\_reparativetherapy.pdf](#)

- Balthazart, J. (2011a). *The biology of homosexuality*. Oxford: Oxford University Press.
- Balthazart, J. (2011b). Minireview: Hormones and human sexual orientation. *Endocrinology*, 152(8), 2937–2947. <http://doi.org/10.1210/en.2011-0277>
- Barrientos, J., Díaz, J., Gómez, F. y Muñoz, F. (2012). Derechos, Política, Violencia y Diversidad Sexual. Segunda Encuesta Marcha de la Diversidad Sexual, Santiago de Chile 2011. Universidad Católica del Norte, UCN y Movimiento por la Diversidad Sexual, MUMS. Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM/IMS-UERJ). Extraído de <http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Derechos,%20politica,%20violencia%20y%20diversidad%20-%20segunda%20encuesta%20Santiago.pdf>
- Beccalossi, Ch. (2011). Sex, medicine and disease: From reproduction to sexuality. En J. Peakman (Eds.), *A cultural history of sexuality: Volume 5: Sexuality in the age of empire* (pp.101-121). Oxford: Berg.
- British Psychological Society (2012). *Position statement. Therapies Attempting to Change Sexual Orientation*. Extraído de [http://www.bps.org.uk/system/files/images/therapies\\_attempting\\_to\\_change\\_sexual\\_orientation.pdf](http://www.bps.org.uk/system/files/images/therapies_attempting_to_change_sexual_orientation.pdf)
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge.
- Chomali, F., Carrasco, M., Ferrer, M., Johnson, P. & Schnake, C. (2008). *La homosexualidad. Algunas consideraciones para el debate actual acerca de la homosexualidad*. Santiago, Chile: Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile. Extraído de <http://humanitas.cl/html/destacados/Estudio%20Homosexualidad.pdf>
- Cohen, R. (2004). *Comprender y sanar la homosexualidad*. Madrid: Libros Libres.
- Colegio de Psicólogos de Chile (1996). Extraído de [http://colegiopsicologos.cl/web\\_cpc/quienes-somos/codigo-de-etica-profesional/](http://colegiopsicologos.cl/web_cpc/quienes-somos/codigo-de-etica-profesional/)
- Colegio de Psicólogos de Chile (1999). Extraído de [www.colegiopsicologos.cl](http://www.colegiopsicologos.cl)
- Drescher, J., Shidlo, M. & Schroeder, M. (2002). *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives*. Nueva York, Estados Unidos: The Haworth Medical Press.
- Diamond, L. M. (2003). New paradigms for research on heterosexual and sexual-minority development. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(4), 490–498. [http://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204\\_1](http://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204_1)

- Epstein, S. (1992). Gay politics, ethnic identity: The limits of social constructionism. En E. Stein (Eds.), *Forms of desire: Sexual orientation and the social constructionist controversy* (pp. 239-294). New York: Routledge.
- Fernández, A. (2014). “Las violencias de género, hoy”. En Congreso Internacional de Grupo Operativo: “Intervención grupal y poder”, en mesa redonda: “Género y Poder” llevada a cabo en Biblioteca Nicanor Parra, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- Ferrer, M. (2008). *Percepción infantil de no ser aceptado como un factor predisponente a la homosexualidad*. Tesis de Magíster, Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Figari, C. (2012). La invención de la sexualidad: el homosexual en la medicina argentina (1880-1930). En D. Jones, C. Figari y S. Barrón, *La construcción de la sexualidad. Políticas y regulaciones sexuales en la Argentina* (pp. 19-44). Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality, Vol. 1, An introduction*. New York: Pantheon Books.
- Greenberg, D. (1988). *The construction of homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hammack, P. L. (2005). The life course development of human sexual orientation. An integrative paradigm. *Human Development*, 48(5), 267–290. <http://doi.org/10.1159/000086872>
- Ingraham, C. (2006). Thinking straight, acting bent. Heteronormativity and homosexuality. En K. Davis, M. Evans, & J. Lorber (Eds.), *Handbook of gender and women’s studies* (pp. 307-321). London: Sage Publications Ltd.
- Instituto Nacional de la Juventud. (2014). *Sondeo N° 1: percepciones en torno a la diversidad sexual. Jóvenes entre 15 y 29 años*. Extraído de [http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files\\_mf/sondeodiversidadsexual.pdf](http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/sondeodiversidadsexual.pdf)
- Laqueur, T. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los Griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra. (1994).
- LeVay, S. (2011). *Gay, straight, and the reason why: The science of sexual orientation*. New York: Oxford University Press.
- Lira, E (2008). Psicología, Ética y seguridad nacional: el rol de los Psicólogos. *Psykhe*. 17 (2).
- Morán, J. M., y Vaggione, J. M. (2012). Ciencia y religión (hétero)sexuadas: El discurso científico del activismo católico conservador sobre la sexualidad en Argentina y Chile. *Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar*, 2(1), 159. Extraído de <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/64>
- Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (2004). *III Informe anual DDHH minorías*



- sexuales chilenas*. Extraído de <http://www.movilh.cl/documentacion/informeddh2004.doc>
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative therapy of male homosexuality*. Nueva York: Jason Aronson.
- Nicolosi, J. (2009). *Quiero dejar de ser homosexual. Casos reales de terapia reparativa*. Madrid, España: Ediciones Encuentro.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2008) *Debate sobre los derechos homosexuales*. Extraído de [http://www.un.org/content/es/\\_vidout/video912.shtml](http://www.un.org/content/es/_vidout/video912.shtml)
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2013). *¿Qué son los Derechos Humanos?* Extraído de <http://www.un.org/es/rights/overview/>
- Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2014) *Derechos de personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex*. Extraído de [http://www.un.org/content/es/\\_vidout/video912.shtml](http://www.un.org/content/es/_vidout/video912.shtml)
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2011). *“Curas” para una enfermedad que no existe*. Extraído de <http://www.movilh.cl/documentacion/documentos/OPSCURAS.pdf>
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Opera Prima: Madrid.
- Preciado, B. (2014). *Testo Yonqui: Sexo, drogas y biopolítica*. Paidós: Buenos Aires.
- Savin-Williams, R., Joyner, K., y Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 103–110. <http://doi.org/10.1007/s10508-012-9913-y>
- Schnake, C (2008). *El rol del pediatra en la promoción de un desarrollo pleno de la identidad sexual del niño*. Tesis de Magíster, Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Tin, L. G. (2006). *La invención de la cultura heterosexual*. *Revista Litoral*. 37, 81-102.
- Torres, M., Faraoni, J. & Schnitzer, G. (2010). *Uniones del mismo sexo. Diferencia, invención y sexuación*. Buenos Aires: Ediciones Grama.
- Van Den Aardweg G. (1997). *Homosexualidad y esperanza: Terapia y curación en la experiencia de un psicólogo*. Pamplona, España: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- Vrangalova, Z., & Savin-Williams, R. (2012). Mostly heterosexual and mostly gay/lesbian: Evidence for new sexual orientation identities. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 85–101. <http://doi.org/10.1007/s10508-012-9921-y>
- UK Council for Psychotherapy (2014). Conversion therapy. Consensus statement. Extraído de: [http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/conversion\\_therapy\\_final\\_version.pdf](http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/conversion_therapy_final_version.pdf)
- Weeks, J. (1986). *Sexuality*. New York: Routledge.
- Weeks, J. (2000). *Making sexual history*. Cambridge, UK: Malden.

