

Revisión de la Terapia Teparativa: Parámetros y fundamento para el cuidado ético

(Por Christopher H. Rosik, Ph.D
Psicólogo Clínico)

(Reimpreso por permiso: *El Diario de Cuidado Pastoral*,
Primavera 2001, pp. 47-67.)

Resumen:

Observa que se están haciendo esfuerzos dentro de ciertas asociaciones de asesoramiento profesional para oponerse y prohibir intentos de modificar sentimientos y conductas homoeróticas sobre bases éticas. Resume varios factores que pueden motivar la persecución de la terapia reparativa y revisa los datos que sugieren que el cambio es resultado de un tratamiento viable. Propone, basándose en un análisis de los datos de la investigación, una estructura ética dentro de la que la terapia reparativa pueda practicarse legítimamente.

La práctica de la terapia reparativa implica intervención psicológica y/o pastoral para promover el cambio en la orientación sexual de hombres y mujeres homosexuales. Examinando la historia de las disciplinas psicológicas y pastorales, es sólo en las últimas décadas cuando se ha cuestionado el intento de cambiar la homosexualidad no deseada.

Durante este tiempo, los esfuerzos por marginar a los especialistas de la terapia reparativa dentro de sus profesiones han crecido cada vez con más estridencia. Los oponentes, no satisfechos con los resultados de la censura universitaria, están intentando añadir un nuevo arma, potencialmente más devastador: La censura ética. Particularmente precedente en este esfuerzo es el intento de considerar la terapia reparativa no ética, incluso cuando es buscada libremente por los pacientes. Si tienen éxito, tales esfuerzos podrían conducir a estos consejeros a perder a sus miembros en las asociaciones profesionales y a ser investigados por las autoridades del estado.

El objetivo de este artículo es primero resumir las acusaciones que han sido dirigidas contra la terapia reparativa y luego describir varias consideraciones que mandan una reevaluación de tales asuntos. Las cuestiones propias de los riesgos asociados a la conducta homosexual, la posibilidad de cambio, y lo relacionado con los asuntos del tratamiento serán examinadas. También será presentado un estudio del caso, que destaca algo de estas consideraciones.

EL CASO ÉTICO CONTRA LA TERAPIA DE REORIENTACIÓN

Existe un número de líneas de razonamiento que prohibirían éticamente el tratamiento de personas homosexuales insatisfechas que están buscándole cambio. Estos argumentos se romperían esencialmente en dos argumentos principales. La primera

objección ética es que los esfuerzos por cambiar la orientación homosexual son inapropiados dado que ya la homosexualidad no es considerada un desorden mental. Como consecuencia, no se debería ver como indeseable. El segundo argumento importante es que la terapia reparativa refuerza los prejuicios y la estigmatización de la homosexualidad. Algunos van tan lejos como para indicar que debido a la homofobia social nadie busca la terapia reparativa de forma genuinamente voluntaria.

En apoyo de estos argumentos, se hace referencia a los códigos éticos de las organizaciones profesionales asociadas, tales como la Asociación Americana de Consejeros de Pastoral (AAPC) y la Asociación Psicológica Americana (APA). Los argumentos son que los que llevan a cabo la terapia reparativa actúan de forma no ética 1) promoviendo la discriminación, 2) careciendo de la familiaridad con la investigación científica actual y los desarrollos profesionales, y 3) no actuando para conseguir el bienestar del individuo.

Prácticamente, una perspectiva así apoya la afirmación de Murphy de que carece de ética para los trabajadores de la salud mental trabajar con pacientes homosexuales a menos que éstos tengan una visión positiva de la homosexualidad.

EL CASO PARA EL TRATAMIENTO ÉTICO DE LA ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL

Precondiciones para el cuidado ético

Los especialistas de la terapia reparativa están agradecidos a estos principios éticos, aunque pueden tener una comprensión algo diferente de cómo tales principios van a cumplirse en el contexto del tratamiento de la homosexualidad no deseada. Los doctores de la terapia reparativa deberían oponerse a la estigmatización social y a la obstrucción de los derechos civiles básicos de los homosexuales.

Además, está claro que sólo deberían ser tratados los pacientes que no se sienten satisfechos con su orientación sexual y que libre y activamente buscan cambiar su orientación. Los pacientes que busquen fortalecer de una forma u otra su homosexualidad deberían ser referidos a consejeros que orienten afirmativamente, donde el objetivo del asesoramiento es la aceptación y la adaptación a una identidad sexual gay o lesbiana. Como se discutirá ampliamente posteriormente, también se necesita obtener el consentimiento informado que toma en consideración los resultados del tratamiento de la terapia reparativa.

Estas consideraciones éticas, desafortunadamente, no van a aplacar, con toda probabilidad, a los que ven la terapia reparativa como homofóbica o implícitamente no volitiva. La creencia de que los individuos no pueden elegir libremente buscar el cambio de su orientación sexual tiene que ver con una remarcable baja visión de la condición humana.

Por supuesto, cada situación debe evaluarse en sus propios términos para determinar si una coacción manifiesta podría ser parte de la motivación del paciente para buscar el tratamiento. Sin embargo, requiere una concepción extremadamente determinista de la naturaleza humana para negar que puede haber algunos individuos

que libre y voluntariamente busquen la terapia reparativa fuera de la moral profundamente mantenida y/o las convicciones religiosas.

Abundan ejemplos de individuos que desafían a las expectativas sociales debido a ese tipo de creencias (por ejemplo, objetores conscientes de la guerra, líderes de los derechos civiles). Así no es difícil imaginar que algunos individuos pidan la terapia reparativa principalmente como respuesta a su moral y a sus creencias religiosas más que debido a los efectos de la estigmatización social.

La cuestión para ver si la terapia reparativa es homofóbica o no también necesita ser dirigida. Un problema central es que las definiciones de homofobia tienden a mezclar las informaciones prescriptivas, morales y valorativas con puntos descriptivos, emocionales y de conducta. Esto sugiere que homofobia a menudo funciona como un término de persuasión moral más que como de descripción científica. El éxito general de esta estructura en influir en el cambio de las costumbres culturales hacia la homosexualidad se puede esperar que se multiplique más allá de los intentos a lo largo de estas líneas.

De hecho, esto ya se puede ver en el relativamente nuevo concepto de bifobia, definido como actitud negativa hacia la bisexualidad. Desafortunadamente, aquí el término se define de tal forma que dar a entender cualquier desaprobación moral o religiosa de la conducta bisexual es equivalente a fobia.

A la luz de estos intereses, está claro que la literatura que relaciona la homofobia con la adhesión a la creencia religiosa tradicional acerca al sujeto de forma demasiado simple. Esto tiene implicaciones para evaluar la ética de la terapia reparativa, en que la investigación ha indicado que el factor principal que distingue a los que practican las terapias de reorientación de los que no, es su posición moral con respecto a la aceptación de la homosexualidad. Parece falso prejuizar la ética de los doctores de la terapia reparativa sobre la base de una definición de homofobia que exige la cuestión moral.

Además, es difícil pasar por alto la ironía en una estrategia que denuncia a la terapia reparativa porque la homosexualidad no es un desorden psiquiátrico, mientras que simultáneamente exige esfuerzos para educar estos asesores para reducir su homofobia, un “desorden” que nunca ha sido incluido en el Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM).

FACTORES EN LA BÚSQUEDA DEL CAMBIO

La viabilidad ética de la terapia reparativa depende en parte del establecimiento de consideraciones razonables que conduzcan a algunos individuos a buscar el cambio. Aunque la siguiente lista no es exhaustiva, describe varios factores que con frecuencia influyen en el seguimiento del tratamiento de la terapia de reorientación.

Convicción Moral / Religiosa. Como decía más arriba, los valores morales y/o religiosos mantenidos profundamente son una fuente potente de motivación para el cambio de conducta. Probablemente muchos individuos que buscan el cambio de su orientación sexual lo hacen como respuesta al sentimiento religioso personal y a la creencia moral. A pesar de algunos esfuerzos revisionistas contemporáneos, la tradición moral histórica Judeo-Cristiana ha juzgado la conducta homosexual como que no alcanza el ideal bíblico para la conducta sexual. Como veremos más tarde, los códigos éticos de las organizaciones profesionales de asesoramiento mandan respeto para esos valores y creencias, y dadas ciertas condiciones, se debería demostrar este respeto a los pacientes que busquen la terapia reparativa.

Además de las motivaciones morales y religiosas, otros factores pueden también influir en que los individuos busquen consejo para cambiar la atracción hacia el mismo sexo. Se citan con frecuencia los intereses de salud, incluyendo el miedo a la enfermedad y a la muerte prematura.

Enfermedad. Los hombres homosexuales en particular corren un riesgo significativo de padecer enfermedades de transmisión sexual, tales como el SIDA, además de otras condiciones médicas principalmente asociadas con el sexo anal. Las estadísticas epidemiológicas sugieren que la incidencia del SIDA entre hombres homosexuales de 20 a 30 años de edad es aproximadamente 430 veces más alta que para la población masculina heterosexual en general. La educación de sexo seguro en esta población, aunque fuese posible la total obediencia, está lejos de suprimir el riesgo mientras la incompatibilidad fisiológica implicada en el contacto sexual anal coloca el stress severo en el tejido rectal y no se utilice el preservativo. El sexo anal receptivo con dolor se ha encontrado que es un problema para toda la vida en el 61% de los hombres homosexuales en comparación con los hombres heterosexuales, en los que no tiene lugar.

De forma no sorprendente, otro estudio descubrió que entre los hombres homosexuales que afirmaban haber tenido contacto sexual anal en un periodo de tres meses, el 18% había experimentado al menos que un preservativo se rompía o se rasgaba mientras lo practicaban. Como el sexo anal receptivo parece tener lugar más tarde en el desarrollo del estilo de vida gay que otras conductas sexuales, se deduce que cualquier cambio en la orientación alcanzado por un paciente con experiencias homosexuales limitadas podría limitar la exposición a tales riesgos para la salud.

Estudios recientes sugieren también que la conducta sexual de alto riesgo está en aumento, especialmente entre los hombres gays más jóvenes. El hecho de que tal conducta sexual esté en movimiento ascendente en las ciudades tolerantes con los gays, como San Francisco, sugiere que las prácticas sexuales inseguras no pueden ser interpretadas completamente como un efecto de la homofobia social. Otro factor que contribuye puede ser que algunos gays persigan la conducta sexual de alto riesgo (por ejemplo, tener una relación deliberadamente peligrosa o tener un contacto sexual anal sin protección) precisamente porque acrecienta su placer sexual.

Longevidad. El Sentido común y alguna investigación sugieren que los asuntos de salud narrados arriba podrían reducir la esperanza de vida entre los homosexuales. Los epidemiólogos han estimado que el 30% de todos los hombres homosexuales de veinte años de edad serán HIV- positivos o morirán de SIDA a más tardar cuando

lleguen a los 30 años de edad. Un examen de 6,737 obituarios revelaba que las personas homosexuales tenían vidas más cortas que sus semejantes heterosexuales, y las estadísticas indicaban que el declive en la longevidad asociada con la epidemia del SIDA reducía esta figura por el 10%. Los gays vivían sus 40 y tantos y esta figura declinaba a los primeros 40 o a finales de los 30 si el SIDA intervenía. El promedio de vida de las lesbianas es de 50 años de edad. El estudio complementario más reciente sobre estas estadísticas afirmaba que el promedio de edad de muerte de SIDA entre los gays ha aumentado no más de cerca de dos años.

Promiscuidad sexual. La cuestión de los índices de fidelidad sexual en comparación entre las poblaciones heterosexuales y homosexuales no ha sido investigada con amplitud desde que la homosexualidad fue desclasificada en el DSM. Antes de ese momento, la promiscuidad entre los gays era dada por supuesta de forma considerable. Mientras que esta área de investigación ha dejado de estar en boga desde entonces, algunos estudios recientes continúan haciendo el nexo entre orientación homosexual y promiscuidad sexual. Un estudio relativamente reciente afirmaba que la media de compañeros sexuales de los hombres homosexuales era de 42.8 en la vida frente a 16.5 para los hombres heterosexuales. Las lesbianas indicaban 9.4 compañeras sexuales en la vida frente al 4.6 para las mujeres heterosexuales. Otro estudio averiguó que 63 hombres que habían tenido sexo con hombres expuestos a la infección de sífilis afirmaban haber tenido un total de 740 compañeros sexuales durante un periodo de seis meses, de los que 653 se encontraron en lugares anónimos, tales como baños, bares o clubs. Cincuenta de estos 63 hombres tenían al menos un compañero anónimo. Estas tendencias pueden incluso ser más pronunciadas entre la juventud. En una muestra de estudiantes adolescentes, los que afirmaban haber tenido seis o más compañeros sexuales en los tres meses anteriores tenían 10.29 veces más probabilidad de afirmar ser gay, lesbiana o bisexual.

Estas diferencias pueden ser enmascaradas a veces por una tendencia aparente, particularmente entre los gays, a definir las relaciones comprometidas o principales en términos emocionales más que en términos sexuales. Blumstein y Schwartz averiguaron que el 79% de las parejas cerradas de homosexuales masculinos afirmaban al menos un incidente de no monogamia en el año anterior. Los índices de comparación para las lesbianas, heterosexuales casados, y heterosexuales en cohabitación, eran 19%, 10% y el 23% respectivamente. Otros estudios han encontrado índices comparables de no monogamia entre parejas de hombres comprometidos.

Comparando los datos desde 1980 y 1992, Bringle encontró diferencias consistentes entre hombres homosexuales y heterosexuales incluso después del ataque de la epidemia del SIDA. Los hombres de ambos grupos estaban implicados en relaciones románticas menos exclusivas, tenían significativamente más relaciones románticas y tenían compañeros que veían con más frecuencia a los demás sobre una base romántica que a su contrapartida heterosexual. Además, los hombres homosexuales tenían menos deseo de exclusividad sexual y se mostraban más dispuestos significativamente a aceptar relaciones sexuales adicionales de sus compañeros que los hombres heterosexuales.

La promiscuidad puede ser una opción aceptable para muchos en el estilo de vida gay pero plantea riesgos evidentes para la salud y un serio conflicto emocional entre individuos con moral tradicional y creencias religiosas. Así, no es inusual que tal

combinación de inquietudes se declare cuando un individuo se presente para la terapia reparativa.

Suicidio. Ha habido alguna indicación de que los homosexuales tienen mayor riesgo de suicidio, aunque se han producido datos inconsistentes, especialmente cuando se estudia a los adolescentes. En las muestras adolescentes, la orientación sexual no ha estado siempre unida al suicidio y el suicidio en la juventud gay, lesbiana y bisexual no ha estado unido de forma concluyente a una historia de abuso u hostigamiento. Sin embargo, la mejor investigación diseñada y controlada en esta área ha afirmado recientemente un riesgo sustancialmente acrecentado de conducta suicida para los hombres homosexuales y la juventud gay, lesbiana y bisexual en comparación con sus contrapartidas heterosexuales. McBee y Rogers revisaron la literatura pertinente y llegaron a la conclusión de que los gays y lesbianas corren mayor riesgo para la conducta suicida mientras que otro análisis reciente encontró que los hombres homosexuales y bisexuales corren 13.9 veces más el riesgo de intento de suicidio serio que los hombres heterosexuales.

De interés particular es un estudio de Remafedi, Farrow y Deisher de 137 hombres gays y bisexuales de 14 a 21 años de edad. Los autores descubrieron que los que sufrieron intentos de suicidio tendieron a adoptar una identidad bisexual u homosexual en una edad más joven. Además, el 75% de todos los que sufrieron intentos de suicidio, a la primera vez seguía una auto-calificación como gay o bisexual, indicando que la probabilidad de intentar el suicidio disminuye con el avance de la edad en el momento de la auto-calificación. Los autores concluyeron que cada año de retraso en la autoidentificación disminuye las posibilidades de intentos de suicidio más del 80%. Se han comunicado estadísticas similares en un estudio reciente y esta tendencia podría crear problemas de responsabilidad a iglesias, agencias de asesoramiento y escuelas que preconizan la identificación y afirmación temprana de identidades gay, lesbiana o bisexual entre adolescentes que posteriormente se suicidan.

Victimización. La investigación ha sugerido que los gays y lesbianas experimentan mayores niveles de victimización (por ejemplo, la coacción sexual) que sus contrapartidas heterosexuales, aunque esta tendencia parece aplicarse más a los jóvenes, y se necesitan nuevos estudios, ya que en algunos libros se desconoce si el que lo perpetra es del mismo sexo. Se encontró en un gran estudio de homosexuales masculinos que el 27.6% afirmaba haber sido asaltado sexualmente o haber tenido sexo en contra de su voluntad. Un tercio indicaba haber sido forzado a tener actividad sexual contra su voluntad por hombres con los que habían tenido anteriormente o, estaban teniendo en la actualidad, actividad sexual consensuada. Una encuesta representativa nacional de 16.000 adultos descubrió que los entrevistados que vivían con un compañero íntimo del mismo sexo tenían significativamente más probabilidad que los entrevistados que estaban casados o que vivían con una pareja del sexo opuesto, de haber sido violados cuando niños o adultos, de haber sido asaltados físicamente en la infancia por cuidadores adultos y de haber sido asaltados físicamente ya siendo adultos por todo tipo de perpetradores, incluyendo a su propia pareja. En conjunto, la violencia prevalecía más entre parejas del mismo sexo masculinas que entre parejas del mismo sexo femeninas o parejas heterosexuales. En los adolescentes, Garofalo y sus colegas afirmaban que la juventud gay, lesbiana y bisexual tenía más probabilidad que sus semejantes heterosexuales de haber sido victimizados. El contacto sexual contra la propia voluntad fue expresado por el 32.5% de la juventud gay, lesbiana y bisexual

frente al 9.1% de los adolescentes heterosexuales. Un contraste del 26.9% a 7.4% se encontró para el hecho de mantener relaciones sexuales antes de la edad de los 13 años. Sin embargo, no está claro desde esta investigación si este contacto sexual vino de un adulto o de un semejante, colocando una limitación de interpretación sobre las averiguaciones.

Mientras se producen más investigaciones con claridad, los aspectos de la subcultura parecen apoyar la idea de un aumento del riesgo de victimización, especialmente entre gays.

Las fantasías del hombre fuerte sexualmente, el placer de “ser poseído” y la excitación de sexo dirigido por la fuerza son muy comunes en las culturas y la pornografía gays. Todas estas fantasías sexuales colectivas normalizan el abuso sexual y la violación de gays por gays, proporcionando motivación, justificación y normalización al ataque. Es difícil ver cómo se puede alcanzar un clima de intolerancia hacia la agresión sexual cuando la agresión sexual es uno de los fundamentos de las fantasías sexuales del colectivo.

La discusión de estos factores no sería completa sin alguna mención de los dos acercamientos interpretativos divergentes encontrados en la literatura. La perspectiva tradicional tiende a localizar los orígenes de las conductas de riesgo físico en las dinámicas psicológicas inherentes a la adaptación homosexual. Los acercamientos más contemporáneos suelen ver esta conducta como la consecuencia de la interiorización de la homofobia que resulta de la estigmatización social. Como en la mayoría de los debates polarizados, alguna combinación de estas perspectivas está probablemente en juego. Porque tales asunciones que se sobrearquean son extremadamente difíciles de investigar científicamente, es bastante probable que no se resolverá este debate por medio del esfuerzo científico. Más bien, cualquier respuesta puede ser asumida para reflejar el alcance moral de la comunidad científica y su cultura circundante.

A pesar de los orígenes de estos riesgos y los límites sobre los que se puede generalizar para la población homosexual en general, muchos individuos que buscan la terapia reparativa parecen venir de subpoblaciones para los que estos riesgos son una motivación real para cambiar. El interés religioso y/o moral adicional da normalmente ímpetu añadido para seguir dicho tratamiento.

LA POSIBILIDAD DE CAMBIAR

Cualesquiera que sean las motivaciones que conduzcan a un individuo a buscar la terapia reparativa, un caso ético para este tratamiento no se puede hacer sin indicación de que el cambio en la conducta y en la orientación sexual puede ser posible. Esta área de estudio permanece en gran controversia pero existe la evidencia en varios frentes de que el cambio significativo se puede alcanzar en muchos casos.

INVESTIGACIÓN SOBRE EL CAMBIO

Antes y un poco después de la desclasificación de la homosexualidad del DSM en 1973, existía un gran número de estudios que sugerían que el cambio en la orientación sexual puede tener lugar. Al mismo tiempo que esta investigación no era con frecuencia sofisticada en diseño y de esa forma limitada en su generalización, no

debería ser desestimada con ligereza. Pocos trabajos de literatura científica y clínica acumuladas durante varias décadas han sido desechadas de forma tan rápida como lo ha sido esta investigación desde la mitad de los años 70. Esto insinúa con bastante fuerza la enorme implicación de las influencias sociopolíticas en el proceso.

Throckmorton ha revisado esta literatura además de los pocos estudios más recientes y llegó a la conclusión de que existe apoyo para la efectividad de los acercamientos que buscan modificar los patrones del despertar homosexual. Por ejemplo, los acercamientos psicoanalíticos obtuvieron índices de cambio a la exclusiva heterosexualidad del 18% al 44% con índices para los cambios en orientación que tienden a ser incluso más elevados. Los pacientes con alguna experiencia heterosexual anterior y con motivación para cambiar parecen ser los que tienen más probabilidad de beneficiarse de la terapia reparativa.

Un reciente estudio de Nicolosi, Byrd y Potts entrevistaba a 882 pacientes comprometidos con la terapia reparativa. De los 318 pacientes que afirmaban tener exclusivamente orientación sexual del mismo género antes del tratamiento, el 18% después del tratamiento se encontraba exclusivamente heterosexual y el 17% casi completamente heterosexual. Sólo el 13% afirmaba permanecer exclusivamente o casi exclusivamente gay o lesbiana siguiendo el tratamiento. La información autonarrada sobre estos individuos también revelaba mejoras significativas en auto-aceptación, estabilidad emocional, depresión y espiritualidad.

Un par de estudios recientes examinaban específicamente los intentos motivados por la religión de cambiar la orientación sexual. En un estudio, 248 individuos afirmaban experimentar más heterosexualidad que lo que ellos recordaban experimentar a la edad de 18 años. Al año siguiente, 140 de estas personas fueron entrevistadas otra vez y el 60.8% de hombres y el 71.1% de mujeres expresaba éxito en la conducta, definido como la abstención de contacto homosexual. El éxito se asociaba a una fuerte motivación religiosa y salud mental positiva. Los autores también afirmaban que no se encontraba que la terapia fuese un factor significativo en el éxito de los participantes. Análisis adicionales sugerían que los beneficios de la terapia reparativa puede que no se experimenten hasta bien metidos en el proceso de la terapia. Esto se mantiene en el estudio de Nicolosi, Byrd y Potts donde el promedio de tiempo en que los participantes habían recibido terapia era de 3.4 años.

En los lugares científicos actuales ausentes de polémica, el consenso general es que los orígenes de la homosexualidad son complejos e incluyen influencias del desarrollo y del ambiente. Estas influencias aparecen posteriormente evidenciadas fuertemente en la investigación sobre los hermanos y los patrones de orden de nacimiento entre hombres homosexuales. Numerosos estudios han afirmado que los hombres homosexuales tienen orden posterior de nacimiento y un gran número de hermanos mayores que los heterosexuales. Al mismo tiempo que se han ofrecido las reacciones inmunes maternas como una explicación de esta averiguación, esta teoría parece carecer de apoyo biológico directo y no se deberían descartar las interpretaciones psicosociales. La orientación del orden de nacimiento es también consistente con la implicación de las experiencias del desarrollo y de la familia en los orígenes de la orientación sexual.

Estas influencias son dirigidas comúnmente en la psicoterapia y en el cuidado pastoral y no se suele creer que sean estrictamente determinantes de una personalidad presente y del funcionamiento de la conducta. El potencial para el cambio en una orientación homosexual, por lo tanto, no debería ser presuntamente descartado.

Mientras que es inexacto afirmar que no hay trabajo científico que apoye la terapia reparativa, es verdad que contribuciones recientes a esta literatura son bastante escasas. Las razones para esta escasez destaca de nuevo el impacto del área social y político que rodea esta área de investigación. Modernos estudios que examinan la conducta homosexual desde un punto de vista de la no-afirmación o la terapia reparativa desde una posición favorable vienen exclusivamente de organizaciones privadas y practicantes. Esto se debe en gran parte al dominio de una perspectiva favorable moral y socialmente sobre la homosexualidad dentro de las universidades seculares y agencias de gobierno.

Así estas instituciones, que se diseñan para consolidar y conducir la investigación, no van simplemente a sancionar cualquier estudio de la homosexualidad que pueda realizarse fuera de la posición afirmativa. Un académico que elija investigar la homosexualidad en este ambiente estaría cometiendo un suicidio vocacional investigando hipótesis o publicando averiguaciones de naturaleza no afirmativa. Además, incluso cuando dicha investigación fuera a ser dirigida, intentar publicarla en la amplia mayoría de los diarios profesionales altamente considerados es una tarea de Hércules. Las organizaciones publicadoras y sus revisores de manuscritos afiliados son normalmente comprometidos con una perspectiva afirmativa y probablemente no sean receptivos a estudios que no sigan esta línea. A la luz de estas influencias cubiertas sobre el esfuerzo científico, la sugerencia de que existe poca investigación contemporánea para apoyar la terapia reparativa puede ser tan exacta como engañosa.

TRATAMIENTO DEL DESORDEN DE IDENTIDAD DE GÉNERO (GID).

Con relación a la posibilidad de cambio en la homosexualidad adulta existe el tratamiento actual de GID. GID se diagnostica generalmente en niños y adolescentes. Según la DSM-IV, GID implica “una fuerte y persistente identificación con el género opuesto” acompañada por “la persistente disconformidad con su sexo o el sentido de inadecuación con el rol de ese sexo” por parte del niño.

Este diagnóstico es cada vez más polémico en parte porque un número significativo de hombres y mujeres homosexuales adultos relatan historias de conducta precoz de género opuesto que quedarían incluidas en la descripción del GID. Existe así una tensión inherente en la DSM con respecto a un desorden mental de la infancia que en muchos casos es un precursor del desarrollo a una orientación sexual desclasificada para adultos. Con toda probabilidad, las revisiones posteriores de la DSM suprimirán el diagnóstico del GID para solucionar este problema, aunque esto se deberá en mayor parte a la presión social y política como contrarios a la investigación empírica extensiva sobre la eficacia del tratamiento.

En realidad, lo que la investigación limitada que existe sobre GID es consistente tanto con un factor de desarrollo en el origen de la homosexualidad como con el prospecto de modificación de orientación sexual. Zucker y sus colegas aportaban

recientemente datos que sugieren que los niños a los que se atribuyen problemas en su identidad de género tienen un retraso de desarrollo en la adquisición de constancia de género. En una revisión de la literatura de 10 años, Bradley y Zucker afirmaban que los hijos con GID percibían sus relaciones con sus padres como distantes, negativas y conflictivas.

Esto refleja la distante relación padre-hijo narrada frecuentemente entre los hombres homosexuales y es consistente con algunas teorías del desarrollo que proponen una exclusión defensiva más que una identificación con el padre como factor causativo. El tratamiento de los niños y adolescentes con GID implica trabajar con estos jóvenes y con frecuencia con sus padres también.

Bradley y Zucker indican que la terapia puede ser efectiva al modificar los sentimientos del género opuesto. Además, el tipo de tratamiento sugerido, que implica la desaprobación de la conducta del género opuesto y que incrementa las oportunidades de desarrollar habilidades del mismo sexo y amistades de acuerdo teóricamente con el acercamiento realizado de las formas más profesionales de tratamientos de reorientación para homosexuales adultos. Los relatos anecdóticos indican que incluso el Desorden de Identidad de Género en los adultos puede remitir durante más de diez años y sugiere que la frecuencia de la remisión permanente bien puede estar bajoestimada. Claramente, estas averiguaciones sugieren el potencial para el cambio en al menos algunos homosexuales adultos que buscan la terapia reparativa.

CAMINOS HACIA EL LESBIANISMO

Mientras que los hombres homosexuales con frecuencia narran haber sentido atracción homoerótica precozmente en la adolescencia, los relatos de las mujeres homosexuales parecen describir un proceso más fluido, flexible y consciente de autoidentificación como lesbianas. Un subgrupo significativo de lesbianas percibe que su orientación sexual es una elección entre varias opciones. En un estudio, el 58% de las muestras de 90 mujeres en parejas lésbicas afirmaba que habían elegido la orientación de su actual pareja sexual.

Destacando el impacto de los valores religiosos en esta área, el 33% de un grupo de comparación de parejas heterosexuales y ninguna de las parejas lesbianas citaron la educación de la familia y la religión como razones para su elección de relación. En general para estas mujeres, la evaluación consciente de preferencia sexual era un componente importante en el proceso de identificar la orientación sexual.

Otro estudio de Diamond encontró que la mayoría de las jóvenes lesbianas en su muestra continuaba experimentando atracción sexual por los hombres y demostraba la capacidad para experiencias subjetivas de cambio en las atracciones sexuales. Casi el 40% de las participantes narraba cambios en sus atracciones sexuales durante el tiempo en que ellas no atribuían cambios en la consciencia.

Múltiples caminos a la autoidentificación lesbiana puede incluir necesidad práctica, valores políticos y estructuras oportunistas. A la inversa, sigue que la convicción religiosa y la creencia moral pueden incrustar los intentos de restablecer la identificación heterosexual entre estas mujeres.

Otra averiguación que merece la pena mencionar en este sentido es la frecuencia con la que las lesbianas relatan sus matrimonios heterosexuales anteriores. Una revisión de la literatura narraba un índice de prevalencia de entre 25% a 50%. Un estudio reciente de 6935 lesbianas autoidentificadas encontró que el 77.3% tenía uno o más compañeros sexuales masculinos de por vida y el 70.5% se había comprometido en contacto sexual vaginal. En conjunto, estos datos que indican fluidez y elección como ingredientes importantes en la autoidentificación lésbica deberían sostener la idea de que el cambio o el retorno a la orientación heterosexual es una posibilidad real si se quiere.

OTRAS INFLUENCIAS PARA EL DESARROLLO

Como decía anteriormente, las influencias presumidas del desarrollo en el origen de una orientación homosexual son con frecuencias focos de tratamiento en la terapia reparativa. El potencial para el cambio se basa en parte sobre la asunción de que las heridas del desarrollo pueden existir y que, como realidades emocionales y espirituales, pueden ser también sujetos para la modificación. Mientras sólo un factor en cualquier camino causativo a la atracción hacia el mismo sexo, dos experiencias del desarrollo comúnmente citadas en relación con esto son el abuso en la infancia y las relaciones conflictivas con el padre.

Varios estudios han relatado significativamente índices más elevados de abuso sexual en la infancia entre homosexuales en comparación con los adultos heterosexuales. Mientras que los números de las muestras tienden a ser pequeños, las averiguaciones son remarcablemente consistentes. Por ejemplo, Bramblett y Darling encontraron que el 54% de su muestra de hombres adultos que habían sufrido abuso se percibían como heterosexuales, el 14% como gays y el 32% se percibía a sí mismos bisexuales.

En contraste, en un grupo de control de no víctimas de abusos el 88% afirmaba ser heterosexual, el 12% gay y ninguno se autoidentificó como bisexual. Los autores advierten que no estaba claro si las enormes proporciones de los hombres víctimas de abusos en la infancia habían sido gays antes del abuso o como su consecuencia. Sin embargo, la edad media en la que tenía lugar el abuso narrado era de 10 años con un alcance de 4 a 14 años, notablemente similar al promedio de la edad del primer contacto homosexual relatado en una gran muestra de individuos que persiguen la terapia reparativa. Generalmente, este no es un periodo en el que transpira la autoidentificación de orientación sexual.

Se ha sugerido que entre los hombres tales estadísticas podrían ser respondidas también por los chicos “prehomosexuales” (cuya orientación se asume que ya ha sido determinada en el útero) en los que tiene mayor interés, o menos aversión a interacción sexual con otros hombres. Dado el hecho de que se está hablando de niños de un promedio de 10 años de edad, tal razonamiento parece acercarse peligrosamente a culpar a la víctima.

Consistente con estas averiguaciones sobre el abuso sexual infantil, un estudio de Cameron y Cameron tomó al azar unas 5,182 muestras de adultos y descubrió que las relaciones sexuales incestuosas durante la infancia fueron narradas de forma

desproporcionada por entrevistados homosexuales. El 35% de los hombres homosexuales de otro estudio narraba una historia de abuso sexual frente al 5% de un grupo heterosexual.

Mientras se carecía de un grupo de comparación, el estudio más grande para examinar específicamente el abuso sexual autonarrado entre hombres homosexuales y bisexuales afirmaba algunos índices de predominio sin comparación en las muestras heterosexuales. Entrevistando a 1,001 participantes, los autores afirman que el 93% tuvieron contacto sexual con un compañero mayor o más poderoso durante la infancia o la adolescencia. El 37% narró haber sufrido contacto sexual bajo coacción con un compañero mayor o más poderoso antes de los 19 años de edad. El autor del abuso era un hombre en el 94% de los casos. La fuerza estaba implicada en el 51% de estas historias y el 33% implicaba sexo anal. Un estudio reciente más pequeño de 110 gays latinos y bisexuales encontró una tendencia similar. La mitad de las muestras narraban historias de abuso sexual en la infancia con un asombroso promedio de frecuencia de alrededor de 25 incidentes de abusos antes de la edad de 16 años.

Las revisiones de la literatura sobre el abuso sexual también parecen consistentes con estas tendencias. La investigación ha acusado índices más elevados de homosexualidad y bisexualidad entre los hombres víctimas de abusos frente a los hombres adolescentes, jóvenes y adultos. Los chicos adolescentes víctimas de abusos, particularmente abusos por parte de hombres, tenían hasta 7 veces más probabilidad de autoidentificarse como gay o bisexual que sus semejantes que no habían sufrido abusos. Las mujeres con historias de abusos sexuales tienen más probabilidad de tener experiencias homosexuales en la adolescencia o madurez que las que no han sufrido abusos.

Debería advertirse que las limitaciones en la metodología de la investigación colocan los límites potenciales en la generalización de estas estadísticas. Sin embargo, la consistencia de estas averiguaciones, incluso cuando tales datos no son el foco principal del estudio, sugiere que las experiencias de abuso en la infancia podrían constituir una importante influencia del desarrollo sobre la orientación sexual para una porción significativa de hombres y mujeres homosexuales.

Otra influencia del desarrollo que es teóricamente importante para muchos que realizan la terapia reparativa es la calidad de la relación entre padre e hijo. Estudios en esta área han sido poco frecuentes desde los años 70. Las revisiones de esta investigación narran que una mayoría abrumadora de estudios fracasan al intentar encontrar hombres homosexuales que se refieran a sus padres en términos positivos o afectivos. En vez de eso, consistentemente relatan una relación antagónica. El estudio más reciente de Phelan comparaba a 30 hombres homosexuales y 30 heterosexuales que consideran el recuerdo de la conducta de sus padres hacia ellos. Una vez más, las averiguaciones indicaban que los homosexuales recordaban que sus padres habían sido significativamente más hostiles y menos amantes y atentos que los de sus semejantes heterosexuales.

Tales factores del desarrollo aparentes en los hombres y mujeres homosexuales adultos se considera que tienen implicaciones de tratamiento entre los terapeutas de reorientación, creando una posibilidad genuina de aumentar la atracción hacia el sexo opuesto. Incluso el reciente informe del desarrollo de orientación sexual de Bern,

mientras se minimizan las influencias de la familia y se enfatizan los factores relacionados con sus semejantes, permite que ocurran cambios en orientación sexual durante la vida. La teoría es también instructiva en que revela la perspectiva moral subliminal que considera la conducta sexual que debe estar presente para evitar el apoyo de la terapia reparativa cuando se les da importancia a las influencias del desarrollo. Específicamente, se asume la equivalencia moral de la conducta homosexual y heterosexual, una conclusión decididamente no científica.

Nuestra comprensión de la formación de la atracción homoerótica está muy lejos de estar concluida. Es exacto decir que cualquier dato pertinente para la causalidad es probable que sea complejo, variante y sujeto para interpretaciones divergentes basadas en presuposiciones morales. Las averiguaciones de las cuatro áreas mencionadas arriba no son diferentes. Sin embargo, al menos dan fuerte crédito a la posibilidad de éxito en el tratamiento en la terapia reparativa. Negar esto por completo es revelar las propias anteojeras ideológicas.

LA CUESTIÓN DE LA CONSISTENCIA

Dado el espectro de la censura ética para los que practican la terapia reparativa, se necesita perseguir otra línea de investigación. ¿Están las asociaciones de profesionales que apoyan la censura dispuestas a aplicar dichos patrones a otras áreas de asuntos comparables para los que los pacientes buscan cuidado terapéutico y pastoral? Un primer ejemplo de esto es el de las personas con sobrepeso que piden ser ayudadas con la reducción de peso.

La situación de tales personas es muy paralela a la de los gays y lesbianas descritos por los defensores de la censura. Los notables parecidos incluyen: 1) Tener sobrepeso no es un desorden mental, 2) El sobrepeso se enfrenta a una estigmatización social regular, 3) El peso está considerado que está determinado fuertemente por la influencia genética, y 4) La eficacia a largo plazo de la pérdida de peso y programas de dieta es cuestionable en el mejor de los casos y puede de hecho ser nociva para muchos individuos.

Es bastante probable que el apoyo científico para las últimas dos consideraciones está mucho más establecidos en el caso de tener sobrepeso que para la homosexualidad y la terapia reparativa. Por ejemplo, estudios de la adopción, gemelos y familia sugieren que los factores genéticos explican el 30-90% de la variación en el índice de la masa del cuerpo y sólo 10-52% para la homosexualidad masculina. Considerando la investigación advertida antes, parece también improbable que los riesgos de la salud de la obesidad son significativamente más que los asociados con la conducta homosexual. Bien pueden ser menos.

Si las asociaciones como la AAPC adoptan las afirmaciones de posición que censuran éticamente o se oponen a la terapia reparativa, la consistencia mandaría una postura ética similar hacia los esfuerzos pastorales y psicológicos para promover la pérdida de peso. Ofrecer ideas psicodinámicas o espirituales para explicar la condición de sobrepeso o consentir al paciente que demanden el tratamiento de pérdida de peso serían motivos para la censura. Solamente se permitiría afirmar acercamientos de asesoramiento al peso actual del paciente. Una ausencia de consistencia a este respecto

implicaría de nuevo motivos políticos e ideológicos (en oposición a motivos científicos y humanitarios) detrás de cualquier medida de condena ética a los tratamientos de reorientación.

Otra área de contención en el debate sobre la terapia reparativa pide la cuestión de consistencia. Específicamente, los altos índices de divorcio entre heterosexuales se citan con frecuencia como prueba de un doble patrón. El predominio de divorcio indica que los heterosexuales fracasan regularmente en sus relaciones primarias aunque esto no se atribuye a su orientación sexual. Además, las personas divorciadas ya no son discriminadas, incluso en la Iglesia; por lo tanto, el juicio tradicional contra la conducta homosexual también debería desaparecer. Ciertamente el índice de divorcios entre heterosexuales es lamentable y merece la atención en su propio derecho. Sin embargo, estos argumentos pierden el grado en el nivel del razonamiento moral. Si la heterosexualidad es considerada moral y/o religiosamente como ideal de la sociedad, entonces los índices de divorcio sólo demuestran la dificultad de conseguir el ideal y no son una justificación para la equivalencia moral de expresión sexual. Y al mismo tiempo que las personas divorciadas no sean juzgadas tan severamente como lo eran en un tiempo, para la mayoría de las personas el divorcio es todavía una tragedia y una ruptura del deseo de llegar a alcanzar el ideal de pareja para toda la vida. Las nociones de asesoramiento que afirman el divorcio o la homosexualidad como tragedias y como que no llegan a alcanzar el ideal heterosexual probablemente no ganen mucha resonancia dentro de la iglesia o culturas gays, respectivamente. La inconsistencia moral implícita en la analogía presenta tales argumentos menos que convincentes.

EJEMPLO DE CASO

El siguiente ejemplo destaca muchas de las consideraciones mencionadas anteriormente relativas a por qué los pacientes pueden buscar la terapia reparativa y cómo el cambio puede ser posible en la orientación sexual. El caso es uno de los varios conocidos para este autor. Mr. Jones (no es su verdadero nombre) es un hombre soltero de 36 años de edad que está contemplando ser ministro ordenado. Tiene dos hermanos mayores y una hermana menor.

Mr Jones afirmaba que ni a él y ni a sus hermanos les gustaba su padre ni pensaban que él les quisiera o que estuviese orgulloso de ellos. Describía a su padre como muy tenso e inepto en relaciones sociales. Su padre abusó físicamente del hermano mayor pero Mr Jones pudo evitar dicho trato. Recuerda que sus padres discutían con frecuencia y que se divorciaron eventualmente cuando él tenía 16 años de edad.

Mr Jones afirmaba que su primera experiencia sexual fue con un hombre ligeramente mayor. Él se sintió extremadamente culpable de este incidente. Sobre esta época él comenzó una relación sexual que empezaba y se rompía continuamente con una mujer que duró cuatro años. Sin embargo, luchaba con su atracción hacia el mismo sexo pero no actuaba debido a convicciones religiosas hasta varios años después.

En un punto, Mr Jones afirmó que llegó a “obsesionarse sexualmente” con dos hombres más jóvenes. Estas relaciones sexuales terminaron cuando Mr Jones comenzó a padecer síntomas del síndrome de fatiga crónica y los tomó como el SIDA. A pesar de

los resultados eventualmente negativos del HIV, esta experiencia ayudó a Mr Jones a decidir contenerse de entrar en la subcultura gay. Esta decisión tomó solidez posteriormente cuando uno de sus amigos murió de SIDA pocos años después. Ha tenido algún contacto con un ministro religioso que orientaba al cambio a individuos que luchan con los sentimientos homosexuales y afirma que fue una experiencia positiva para él.

Al mantener sus creencias religiosas, Mr Jones afirma que ve la expresión sexual fuera del matrimonio como pecado. Reconoce que todavía experimenta “tentaciones” relacionadas con la implicación homosexual pero ha tenido éxito con la castidad desde el momento de su miedo al SIDA. Narra que tiene encuentros semanales con otros hombres de su Iglesia que se mantienen responsables. Mr Jones también indica que cuando consigue intimidad emocional regular con otros hombres se siente notablemente más seguro de su identidad masculina.

Las pruebas psicológicas revelaron que, aparte de algunos asuntos generales de salud y susceptibilidad interpersonal moderada, Mr Jones estaba libre de psicopatología caracterológica o neurótica. Esto es consistente con las opiniones de que la homosexualidad no necesita ser un desorden mental en sí. También indica que una persona que exterioriza convicciones para no actuar bajo los impulsos homosexuales y que busca cambiar la orientación sexual no necesita posteriormente padecer de angustia psicológica.

Mientras que existe siempre una necesidad de cautela para no sobregeneralizar de un caso anecdótico, la historia de Mr Jones destaca la importancia de la religión, la moral y la salud en relación con la decisión de perseguir la modificación de la atracción hacia el mismo sexo y la conducta sexual. El asesoramiento que afirmaba que este hombre pensativo y profundamente religioso debería embrazar y actuar bajo sus sentimientos homosexuales parecería probablemente que habrían promovido la desesperación y el fatalismo.

UNA ESTRUCTURA ALTERNATIVA ÉTICA PARA LA TERAPIA REPARATIVA

Dadas las razones mencionadas arriba por las que la gente busca la terapia reparativa y la posibilidad del cambio en la orientación sexual para un número significativo de individuos, se puede construir una razón fundamental ética para tal asesoramiento.

El terapeuta de reorientación necesita considerar apropiadamente el prejuicio social, familiar y religioso, que puede impresionar en la decisión del paciente para buscar tratamiento. Después de dirigir tal examen y discutir con el paciente las opciones de tratamiento además de posibles resultados, muchos pacientes elegirán seguir la terapia reparativa. Declara que este *ipso facto* implica que la coacción homofóbica del terapeuta y o la homofobia interiorizada por el paciente contradicen la asunción del agente humano implicado en el mandato ético de conseguir consentimiento informado. Así los patrones éticos presumen un grado de autonomía y agencia humana que no puede considerarse suspendido simplemente cuando los pacientes buscan modificar su orientación sexual.

El principio ético relativo a la necesidad de respetar la dignidad de la persona, los derechos y su valor también debe ser considerado. El Principio Ético D del Código Ético de la Asociación Americana de Psicología y el Principio I del Código Ético de AAPC se centran en estos asuntos. El rasgo importante a tener en cuenta es que los terapeutas deben ser tan conscientes de las diferencias religiosas y de sensibilidad como lo son de las diferencias en la orientación sexual.

Permitir que los individuos accedan a la terapia reparativa demuestra la responsabilidad ética respetando la diversidad religiosa. Prohibir la terapia reparativa parece restringir la diversidad y endosa cierta discriminación a los individuos que quieren modificar los sentimientos y conducta homoeróticas. Yarhouse eleva las cuestiones críticas a todos los asesores en este respecto.

Si los psicólogos pasan por alto los valores de sus pacientes, ¿están diciendo que los psicólogos pueden respetar y ser tolerantes con la diversidad religiosa tanto como que los pacientes no hagan elecciones que reflejen realmente la enseñanza normativa de su religión? O ¿una forma de entender la diversidad (relacionada con la orientación sexual) toma precedencia sobre otras expresiones de diversidad (diversidad religiosa o cultural)?

Al dirigir el asunto ético de que la homosexualidad ya no es un desorden mental y por lo tanto no debería tratarse, se pueden ofrecer dos tipos de respuestas. Primero, la homosexualidad no necesita ser considerada un desorden para que se ponga en práctica la terapia reparativa. Las asociaciones profesionales de salud mental nunca han negado la terapia a las personas simplemente porque no narraban un desorden mental diagnosticable. De hecho, la existencia de V códigos, que incluyen uno para los asuntos espirituales y religiosos, implica que sólo lo contrario es normativo y no implícitamente carente de ética.

Una segunda respuesta es advertir que existe una condición de diagnóstico en el DSM-IV que puede ser el objeto apropiado de la terapia reparativa sin implicar que la homosexualidad refleje en general un desorden mental. La existencia de esta condición, Desorden Sexual –No Especificado De Otra Forma (número de código 313.82) por su definición proporciona una razón para una variedad de servicios cuando los asuntos relacionados con la orientación sexual, conducta y valores morales estén presentes.

Finalmente, se necesita prestar atención a los asuntos de que el asesoramiento a las personas especialistas en la terapia reparativa son carentes de ética al ignorar las últimas averiguaciones científicas y la literatura relacionada con la orientación sexual. La investigación reciente sobre la orientación sexual y la terapia reparativa, que sugieren orígenes complejos y la eficacia limitada del tratamiento, ciertamente debe ser reconocida en cualquier proceso de consentimiento informado.

Otros han sugerido de forma adicional que los probables pacientes de la terapia reparativa deberían ser informados de que el proceso de cambio puede ser difícil y largo. Sin embargo, estas consideraciones también necesitan ser templadas por una consciencia de las averiguaciones de la investigación y las implicaciones presentadas en el presente análisis.

Una revisión de los riesgos de la salud asociados y las averiguaciones que sugieren el potencial para el cambio en los sentimientos homoeróticos son igualmente importantes al capacitar a los pacientes para realizar elecciones totalmente afirmadas relacionadas con la terapia reparativa. Además, como se ha aludido previamente, el clima actual dentro de la mayoría de las instituciones capaces de conducir la investigación generalmente no se inclina a explorar la hipótesis que podría apoyar la teoría y la práctica de la terapia reparativa. Los esfuerzos de buena voluntad en el verdadero espíritu de la ciencia apoyarán y posibilitarán la investigación que consolida la terapia reparativa por sus terapeutas contemporáneos más que impedir la investigación legítima vía autorización ética.

Considerar los intereses potencialmente altos en relación con la enfermedad, la longevidad, y desilusión religiosa, una perspectiva científica no polémica y pastoral debería animar los esfuerzos de la investigación a determinar criterios específicos asociados con el éxito del tratamiento en la terapia reparativa.

Estas consideraciones sugieren que existe una estructura ética válida dentro de la cual se puede practicar la terapia reparativa. La terapia reparativa afirma la libertad humana para elegir la naturaleza de su terapia. Implica diversidad respetando los sistemas de creencia moral y religiosa de los pacientes cuando tales convicciones motivan el intento de cambio. De hecho, los mejores criterios para que los clientes utilicen al determinar el tipo de terapia a seguir puede ser bastante bien el acercamiento al tratamiento más consistente con sus valores y objetivos.

La elección de la terapia reparativa de ninguna manera tiene que implicar un desorden mental entre cualquier persona gay o lesbiana porque la condición tratada puede clasificarse utilizando un código V. Incluso así, una categoría de diagnóstico es legítimamente válida. Los terapeutas de reorientación pueden mostrar también sensibilidad a la información científica contemporánea sobre orientación sexual así como reconocer sus limitaciones su estado incompleto. Pueden también proporcionar un consentimiento informado más amplio en este asunto revelando datos científicos relativos a los riesgos para la salud que supone la conducta homosexual. Dentro de esta comprensión ética de la terapia reparativa, es bastante razonable determinar que los terapeutas de la reorientación pueden estar operando para mejorar el bienestar del paciente.

CONCLUSIONES

Las personas gays y lesbianas merecen ser tratadas con el mismo respeto y dignidad que cualquiera de la comunidad humana. En un marco de asesoramiento, esto se traduce en que se les conceda la libertad de seleccionar el tipo de tratamiento y de identificar los objetivos del tratamiento. Con frecuencia esto tendrá como consecuencia el seguimiento de un proceso de terapia de afirmación gay. Sin embargo, para algunos puede significar un intento de modificar la atracción hacia el mismo sexo y la conducta. No favorece nada a los derechos civiles de los gays y lesbianas prohibir éticamente la terapia reparativa. Más aún, una acción así castiga a una cantidad de personas homosexuales insatisfechas con intereses religiosos, culturales, y/o de salud negándoles

acceso a una forma de tratamiento que está lejos de que se demuestre su ineficacia y su peligro.

A la luz de la información mostrada en este estudio, la pregunta que se necesita hacer es si es más ético prohibir completamente la terapia reparativa y prevenir a algunos pacientes de consecuencias que pueden producirles alguna decepción o permitir tal terapia y posibilitar a los pacientes vivir en armonía con sus creencias religiosas y evitar exposiciones posteriores a riesgos serios de salud. La posición de este autor ha estado en apoyo de la última opción.

A pesar de los intentos de crear argumentos de “un don nadie” o de “culpa por asociación” sugiriendo que los terapeutas de reorientación existen al margen de sus profesiones, muchos, si no la mayoría de estos especialistas, son asesores pastorales profesionales y terapeutas que experimentan compasión genuina por las luchas verdaderamente difíciles afrontadas por los individuos gays y lesbianas. No tienen deseos de restringir ninguna elección de la persona de tratamiento pastoral y psicológico pero por varias razones religiosas, éticas y clínicas han elegido trabajar con pacientes que buscan modificar la atracción hacia el mismo sexo y la conducta.

La controversia actual sobre la terapia reparativa refleja una lucha sociopolítica llevada a cabo en el área de las ciencias sociales. Siempre se debe tener esto en mente cuando se evalúe la relevante literatura e investigación. El objetivo de este artículo ha sido subrayar el hecho de que, a pesar de la retórica hacia lo contrario, se puede realizar una razón éticamente legítima y científicamente bien fundada para el tratamiento de reorientación. Cuando cualquier asociación pastoral o psicológica profesional elige ignorar las consideraciones presentadas en este análisis y se opone o prohíbe la terapia reparativa, mucha gente entenderá correctamente esa acción más bien como una seria acusación de la misma asociación.