



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

El Lugar de la Cura en la Terapia Reparativa con Personas Homosexuales

Análisis crítico de las condiciones de emergencia del dispositivo reparativo
y sus implicancias sobre el trabajo clínico
con personas homosexuales

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos

Ps. Tomás Ojeda Güemes

Académico Patrocinante:
Dr. Esteban Radiszcz Sotomayor

– Santiago, Agosto de 2015 –

Con mucho cariño y admiración,
a quienes me han acompañado y han creído en este trabajo,
a quienes arriesgaron su palabra y sus vidas por su derecho a existir.

A mi familia, mis amigos y compañeros de camino,
de quienes he aprendido muchísimo,
a quienes les debo muchas de estas palabras.

A Sebastián.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	15
CONSIDERACIONES GENERALES RESPECTO DEL OBJETO, SU CONSTRUCCIÓN Y RELACIÓN CON EL SABER CIENTÍFICO.	
1. La invención del sujeto homosexual: Historización del concepto.....	15
1.1 Grecia y la valoración moral de los comportamientos sexuales entre hombres.....	16
1.2 La Edad Media: El sodomita y la criatura peligrosa.....	18
1.3 El individuo afeminado: La virilidad del conquistador español y la sexualidad burguesa.....	21
1.4 La construcción de la nación y las políticas sanitarias del siglo XIX.....	23
1.5 El individuo invertido y la invención de la homosexualidad.....	26
2. La liberación homosexual y el surgimiento de las identidades gay.....	28
2.1 Queers y Fairies: Un nuevo orden sexual.....	28
2.2 Un nuevo régimen de prohibiciones: la masculinidad heterosexual amenazada.....	31
2.3 Stonewall y el orgullo gay.....	33
CAPÍTULO II.....	38
LA HOMOSEXUALIDAD COMO OBJETO DE UNA TÉCNICA Y UN DISCURSO QUE SE PROPONE EXPLICARLA.	
1. La modernidad y sus instituciones político-científicas: Nuevos sentidos y formas de nominación de la sexualidad, los vínculos y el mundo privado.....	38

1.1	La sociedad psiquiátrica norteamericana.....	39
1.2	La implantación del psicoanálisis en Estados Unidos.....	40
2.	Psicoanálisis y Homosexualidad.....	44
2.1	El orden psicoanalítico y la reflexión de Freud sobre la homosexualidad.....	44
2.2	La institucionalización del psicoanálisis y la búsqueda del “verdadero Freud”.....	48
2.3	Precursos de la terapia reparativa.....	51
	- La homosexualidad como amenaza a la salud de la nación.	
3.	Inicios de una revolución.....	57
3.1	La salud mental en crisis: las <i>free clinics</i> y la emancipación de los excluidos.....	57
3.2	Hacia la despatologización de la homosexualidad: contexto previo.....	60
3.3	Concreción de una decisión: la homosexualidad no es un desorden mental.....	64
	CAPÍTULO III.....	67
	TERAPIAS REPARATIVAS PARA HOMOSEXUALES	
1.	La invención del dispositivo reparativo y del homosexual no-gay.....	67
1.1	Políticas del diagnóstico: nuevas formas de nominación.....	68
1.2	El impulso reparativo: sistematización de un modelo causal y un tratamiento.....	71
1.3	El saber religioso y su relación con la psiquiatría: surgimiento de una nueva alianza.....	74
2.	Principios operativos del modelo reparativo: Fundamentación teórica.....	76

2.1	Causas, explicaciones y conceptos.....	77
-	Lo innato, la genética y lo constitucional: problema para la bioética.	
-	Homosexualidad y complejo de inferioridad.	
-	Apego, temperamento y percepción: la excepción que se escapa de la regla.	
-	Estilo de vida gay: deconstrucción y revolución antropológica.	
2.2	Tecnología del cambio.....	86
-	El proceso curativo: itinerario de recuperación.	
-	Técnicas terapéuticas.	
2.3	Cambio terapéutico, cura y conversión.....	94
-	La contraparte: eficacia y disculpas públicas.	
CAPÍTULO IV.....		103
ANÁLISIS ÉTICO Y POLÍTICO DEL DISPOSITIVO REPARATIVO		
1.	Construcción epistemológica del modelo.....	103
1.1	Usos de la teoría, los conceptos y marcos de referencia.....	103
-	Los tres ensayos y la cuestión de la diferencia sexual.	
-	Los usos del psicoanálisis y la invocación del <i>nombre</i> de Freud.	
1.2	La homosexualidad como un problema normativo.....	109
1.3	Violencia y subjetivación: sujetos del insulto.....	115
2.	Psicoterapia y poder.....	119
2.1	La psicoterapia como tecnología de gobierno de las subjetividades.....	119
2.2	El problema del objeto y su especificidad.....	122
2.3	Un confesionario que no admite fallas ni fisuras.....	125
2.4	La identidad como una ficción.....	130
CONCLUSIONES.....		135
BIBLIOGRAFÍA.....		142

RESUMEN.

La presente investigación tiene como objeto desarrollar una perspectiva de análisis crítico a las condiciones sociales, políticas e históricas que posibilitaron la invención de un dispositivo denominado terapia reparativa, el cual se propone cambiar la identidad sexual de individuos que consultan en razón de sus “tendencias homosexuales no deseadas”.

Para ello, se proponen cuatro entradas posibles. Las dos primeras, a través de la historia. Los capítulos I y II revisan los principales hitos que han configurado la subjetividad del individuo homosexual a lo largo de la historia, de manera particular, aquellos que posibilitaron su invención en el campo de las ciencias y de la salud mental, analizando, también, las condiciones que hicieron posible su desclasificación como desorden psiquiátrico. Luego de ello, el capítulo III se introduce en el estudio de los principales antecedentes teórico-técnicos que explican la invención del dispositivo reparativo, específicamente, los conceptos que se utilizan para definir la homosexualidad y las nociones de cambio terapéutico. El cuarto capítulo interroga los supuestos epistemológicos que hacen de fundamento al dispositivo reparativo y sus condiciones de eficacia, problematizando el lugar político de la psicología en el debate actual acerca de los vínculos entre psicoterapia, homosexualidad y psicopatología.

Finalmente, se proponen ciertas orientaciones generales que permitan pensar la particularidad del trabajo clínico con personas homosexuales, discutiendo críticamente sus distintas modalidades y los alcances de esta investigación sobre otro tipo de terapéuticas.

Palabras claves: Terapia reparativa, Homosexualidad, Cambio terapéutico, Dispositivos de poder, Ética.

“Podemos intentar otra interpretación: preguntarnos sobre las condiciones en las cuales la vida se hace vivible. Tenemos que luchar por esas condiciones. La pregunta por la vida en abstracto responde a posiciones cercanas al humanismo y al individualismo liberal. Lo que yo propongo es pensar a la vida a partir de sus condiciones sociales y desde allí juzgar qué vida merece ser vivida”.

**Judith Butler, 2010.
Entrevista – Revista Ñ.**

INTRODUCCIÓN.

El nueve de octubre del año 2012 se realizó en Santiago de Chile un seminario¹ titulado “La no discriminación, sus alcances en la educación”. La actividad fue organizada por la Organización no Gubernamental de “Investigación, Formación y Estudios sobre la Mujer” (Isfem) y el Centro de Estudios para el Derecho y la Ética Aplicada de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La difusión de la jornada focalizó sus esfuerzos en visibilizar el debate público en torno a la recién aprobada Ley Antidiscriminación, y su posible impacto sobre la libertad de enseñanza y religiosa en temas vinculados con la vida, la familia y la sexualidad.

Días previos al seminario, los medios de comunicación señalaron que, entre los invitados, estaban los principales exponentes de un modelo terapéutico que se proponía “curar” la homosexualidad, más conocido como terapias reparativas o de “atracción no deseada al mismo sexo”. La información se filtró a través de correos electrónicos que circularon entre personas cercanas a la organización, bajo el entendido que podía ayudarles a comprender mejor la homosexualidad de sus hijos.

En cuanto supe del seminario me inscribí y confirmé mi asistencia. Cuando se filtró la información relativa a uno de los paneles de la jornada, las organizaciones de la sociedad civil que abogan por los derechos de la diversidad sexual denunciaron el hecho y fueron a protestar a la Universidad. Los organizadores del evento lograron identificar a quienes habían convocado a las protestas y no les permitieron el ingreso al seminario, pese a que no se requería inscripción previa. Mientras entraba al salón, visualicé un stock importante de libros de Richard Cohen² y una cantidad significativa de asistentes, en su mayoría psicólogos, educadores y religiosos. La jornada comenzó con la exhibición de un video que advertía acerca del deber de proteger la vida y combatir el avance de una *cultura de muerte* que amenaza con destruir a la familia y el orden social. Afuera, en el patio, las protestas continuaban con intensidad, y el sector colindante al seminario tuvo que ser vigilado por guardias de seguridad.

A continuación del primer bloque, se desarrolló el módulo sobre “La identidad de la persona”. La reflexión comenzó con el testimonio de Alberto Pérez, un “homosexual sanado” que compartió su experiencia de conversión con la audiencia, y motivó la necesidad de proteger este tipo de iniciativas con el fin de garantizar que quienes practican la terapia reparativa puedan continuar haciéndolo sin temor a ser denunciados.

¹ Las notas y citas textuales alusivas al seminario corresponden a apuntes personales.

² “Comprender y sanar la homosexualidad”.

Alberto nos advirtió acerca del poder adictivo que tiene la pornografía y su desilusión con el mundo homosexual. Tras leer el libro de Richard Cohen comprendió los motivos de su atracción al mismo sexo (AMS) y supo que “la mejor medicina” para sus heridas era restablecer el vínculo con su padre, perdonarlo y relacionarse con él desde otro lugar. Insistió en que “la homosexualidad es la fiebre de un problema más de fondo” y que “la orientación homosexual no existe”. Nos hizo participar en un *role playing* con el fin de comprender cómo era la relación con sus padres y cómo fueron cambiando las dinámicas familiares a medida que fue madurando en su proceso de cambio. Al terminar su testimonio, nos aconsejó acerca de nuestro rol como futuros padres: “los invito a que abracen a sus hijos [y se preocupen por ellos] ya que si no, otro hombre lo hará por ustedes”.

Luego del testimonio de Alberto, escuchamos la disertación del psiquiatra peruano Humberto del Castillo, representante del “Centro Integral de la Persona, Areté”. Al igual que Alberto, el doctor Castillo reforzó la idea de que la AMS es una herida afectivo-emocional y que los casos que ha podido acompañar “son de libro”. En esa línea, señaló que

los muchachos con AMS son fruto de madres sumamente sobreprotectoras, intensas. No se dan cuenta cómo van aportando al desarrollo de una AMS. La presencia del padre es fundamental... Esas madres que dicen que son padre y madre a la vez ¡están equivocadas! La mujer ha sido creada desde su naturaleza para ser madre. El padre es uno solo.

A continuación intervinieron las psicólogas María José Mantica de Fábrega (Italia), Desiree Carlson (México) y Marcela Ferrer (Chile). Durante las preguntas, el grupo de profesionales conminó a los asistentes a luchar contra el *lobby gay* y a financiar económicamente proyectos de investigación que busquen generar evidencia acerca de la efectividad de este tipo de terapias.

El mismo año en que se realizó el seminario aquí en Chile, La Organización Panamericana de la Salud (2012) sacó un comunicado público en contra de las terapias reparativas. Luego de la polémica suscitada tras la jornada, autoridades públicas, instituciones y agrupaciones de derechos humanos se pronunciaron en contra del seminario, destacando, entre otros, el Colegio de Psicólogos de Chile³, académicos de la Pontificia Universidad Católica

³ En junio del año 2015, el Colegio de Psicólogos de Chile emitió un Comunicado público en contra de las terapias reparativas, situación que fue valorada como un hito en la historia del Colegio. Disponible en: http://colegiopsicologos.cl/web_cpc/wp-content/uploads/2015/06/Comunicado-Posici%C3%B3n-del-Colegio-Psicologos-Terapias-Reparativas.pdf

y de la Escuela de Psicología de la misma universidad (Movimiento de Integración y Liberación Homosexual [MOVILH], 2012).

Gran parte de las reacciones que hubo antes y después del seminario, se sostenían en un principio de censura e interdicción que se autoriza a partir de las declaraciones que la Asociación Americana de Psiquiatría y de Psicología (1973; 2009) formularon respecto de la no patologización de la homosexualidad, y los efectos iatrogénicos que tienen dichas terapias sobre la salud mental de las personas. Al mismo tiempo, la contraparte presentó como evidencia las investigaciones que actualmente desarrollan la Asociación Nacional para la Investigación y la Terapia de la Homosexualidad (NARTH), los testimonios de ex-gays sanados, y los ministerios religiosos “Exodus International y Latinoamérica”, “Courage y Courage Latino”, el Grupo Juan Pablo II (responsables del consultorio virtual “Es posible la Esperanza”), entre otros. Estos, a su vez, autorizan su postura desde el Catecismo de la Iglesia Católica, las Sagradas Escrituras y/o los desarrollos teóricos de autores como Richard Cohen, Joseph Nicolosi y Gerard van Den Aardweg, instituyendo, con todo, un frente de resistencia que circula de manera pública y/o clandestina.

Ésta no ha sido la única vez que en nuestro país se ha discutido acerca de las terapias reparativas. Según distintos medios de prensa y archivos de registro disponibles en los sitios web de algunos colectivos, el debate se remontaría al año 2004 tras la realización de un seminario titulado “Homosexualidad hoy” organizado por la Universidad de Los Andes. El único conferencista del encuentro fue el psicólogo holandés Gerard van Den Aardweg, autor del libro “Homosexualidad y esperanza: Terapia y curación en la experiencia de un psicólogo”. Años más tarde, en diciembre del 2008, el Presidente del Colegio de Psicólogos de Chile declaró que las terapias reparativas son cuestionables desde el punto de vista científico y ético ya que atentan contra la dignidad de las personas (MOVILH, 2004; 2008). Sin embargo, dos años después, Leonardo Villarroel señaló que comprendía que instituciones de tipo confesionales enseñaran este tipo de terapias, ya que su enseñanza se enmarca dentro del proyecto educativo de la institución y resulta coherente con su ideario religioso⁴.

Junto a lo anterior, hubo distintas instancias de formación y discusión académicas que continuaron difundiendo los desarrollos de estas terapias, apareciendo distintas vocerías, comunicados y emplazamientos públicos de rechazo a las personas e instituciones que encabezaban dichas iniciativas. Ejemplo de ello fue la denuncia pública que hizo la

⁴ Entrevista realizada vía correo electrónico a Leonardo Villarroel, Presidente del Colegio de Psicólogos de Chile. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/32864762/Entrevista-a-Leonardo-Villarroel>

Organización Chilena de Estudiantes de Psicología⁵ en junio del año 2010, frente a una serie de situaciones que daban cuenta del desarrollo de seminarios de formación, investigaciones y literatura alusiva a la promoción de terapias reparativas para homosexuales, articulándose, así, un trabajo de resistencia colaborativo entre personas, instituciones y organizaciones sociales que visibilizaron, por primera vez, a los profesionales e instituciones involucradas en este tipo de prácticas.

En términos generales, la discusión en torno a los vínculos entre homosexualidad, psicoterapia y psicopatología no ha sido muy fecunda en términos académicos. Desde que la homosexualidad fue despatologizada, y desde que fueron proscritas las terapias reparativas, la investigación en torno al tema se ha visto interrumpida por el descrédito y el prejuicio del cual han sido objeto este tipo de prácticas, prevaleciendo una argumentación de tipo prohibicionista, que, en su estructura, sería igualmente normativa que la de aquellos que desean legitimarlas.

En cierto sentido, dicha argumentación introduce un principio de autoridad normativa que irrumpe violentamente en sus pretensiones fiscalizadoras. La terapia se prohíbe en nombre de la ciencia y la ética; quienes la defienden, recurren al mismo argumento para reivindicar su derecho a ofrecer este tipo de prácticas, apelando a otras fuentes y legitimando otras evidencias. Por tanto, la discusión tiende a cerrarse en sus posibilidades de apertura a discusiones más fecundas, que interroguen críticamente el “no” de la prohibición más allá de su no efectividad y del no cumplimiento de su promesa.

Con todo, sería una vía equivocada concluir que porque la sanción y el repudio son mayoritarios, el asunto estaría relativamente resuelto. La historia ha mostrado precisamente lo contrario: la invención de lo reparativo sigue produciendo conocimiento, investigaciones y prácticas que, en muchos lugares, se encuentran disponibles y operan con plena vigencia. El problema que ello supone para la psicoterapia, es que termina instituyendo un modo particular de entender la clínica, sus principios y orientaciones, que deja fuera la referencia al caso y los efectos de sujeción a contextos discursivos que terminan por hegemonizar las formas de existencia del sujeto homosexual.

Si bien la norma legal y los Derechos Humanos han permitido un desplazamiento de los significantes que han marcado la existencia de gays y lesbianas en lo social, estos no han sido concluyentes respecto de los efectos de regulación y/o prohibición de ciertas prácticas que continúan configurándolos como desviados e, incluso, negándoles su existencia en tanto sujetos. Esto último debe ser integrado en el debate acerca de las terapias reparativas, ya que la mera existencia de un seminario, una ley, un testimonio de sanación y/o una entrevista en la

⁵ Recuperado de http://ocepweb.blogspot.com/2010_08_01_archive.html

prensa, bastan para que dichos fantasmas sigan operando y produzcan todo tipo de efectos sobre la salud mental de las personas y las maneras en que la sociedad se aproxima a la homosexualidad.

Sin desconocer el aporte de las ciencias a la comprensión de la homosexualidad fuera del campo de la psicopatología, sorprende que las disciplinas que apuestan por validar un modelo de cambio y/o de cura de la homosexualidad sean las mismas que, hace más de cuarenta años, decidieron desclasificarla como enfermedad. La psiquiatría y la psicología han legitimado la invención del dispositivo a partir de sus propios principios y supuestos. Es ése el marco en el que se mueven los terapeutas, no es otro. Por tanto, pareciera ser que la manera en que se han construido los distintos modelos de atención terapéutica, es aquello que requiere mayor revisión y análisis crítico, ya que aun cuando se puedan prohibir por ley, las terapias reparativas se defenderán desde las disciplinas que posibilitaron su invención, utilizando al psicoanálisis, la bioenergética, la consejería y la terapia gestáltica, entre otros, como medios igualmente “útiles” en su cometido contra la homosexualidad.

Aun cuando el escenario en el que se inscribe el debate da cuenta de este tipo de paradojas, resulta relevante articular una argumentación crítica desde la psicología que no solo denuncie las malas prácticas, sino que se interroge a sí misma en sus usos y abusos. Las preguntas son de fondo y nos son para nada cosméticas o accesorias. Hace no mucho tiempo, nos alertamos como sociedad acerca del desarrollo de legislaciones *anti-gay* que buscan sancionar con penas de cárcel y/o de muerte a personas homosexuales, destacando, entre otros países, los casos de Nigeria, India, Jamaica, Rusia y los estados de Kansas y New Jersey en Estados Unidos. El año 2014, en Uganda⁶, la decisión involucró a la ciencia y demandó de ella un pronunciamiento acerca del origen de la homosexualidad. Para la legislación ugandesa, si se demostraba que la homosexualidad era una condición aprendida, entonces se justificaba someter a gays y lesbianas –e incluso a los que se sospechaba de serlo– a todo tipo de sanciones disciplinarias que busquen corregir aquel defecto; el año 2013, en Brasil⁷, la Comisión de Derechos Humanos de la Cámara de Diputados levantó una resolución que autorizó el tratamiento psicológico con fines curativos para la homosexualidad, restableciéndose una situación que antes fue prohibida por quienes presidían la Comisión en el gobierno anterior. Y así, suma y sigue.

⁶ Recuperado de: http://www.theguardian.com/world/2014/feb/10/uganda-president-decision-anti-gay-bill-law?CMP=tw_t_gu

⁷ Recuperado de: <http://www.elpais.com.uy/mundo/comision-brasil-terapia-curar-homosexualidad.html>

La argumentación que hay detrás de este tipo de legislaciones no es muy distinta de la de quienes están a favor de las terapias reparativas. En todos los debates aparece la pregunta por el origen de la homosexualidad, su carácter anormal y la posibilidad del contagio en relación a los niños y las niñas. Esto último cuestiona los límites del debate más allá de la psicología, pero la incluye en tanto es demandada a instituir un saber experto en torno al tema, que oriente acerca del bienestar de la población y de los individuos, decidiendo, incluso, sobre la vida y condiciones de existencia de las personas.

Hay, entonces, una demanda de tipo política que es evidente. La psicología no puede eludir su participación en el debate desde el lugar en que queda ubicada por los poderes políticos y económicos que inciden sobre el devenir de las sociedades. Cuando se pronuncia sobre estos temas, inevitablemente lo hace, también, respecto de las condiciones que hacen que una vida sea vivible. No solo es la condición de persona y ser humano la que queda en suspenso tras este tipo de debates, sino también aquello que se considera legítimo y deseable en cada cultura y sociedad. El derecho a existir no debiese supeditarse a una cuestión de tipo estadística ni a ningún tipo de estudio o investigación que se arrogue el poder de confirmar si dicha existencia será o no reconocida como vida legítima.

Lo que observamos en el debate actual acerca de las condiciones de existencia de las personas homosexuales no es muy distinta a las que observamos en otros momentos de nuestra historia como humanidad. Lo que evidencian los casos de algunos países africanos y los crímenes de odio que todavía nos asedian aquí en Chile, son situaciones que traen consigo algo del orden de la repetición, una reflexión inacabada que insiste en aparecer de manera similar a como lo hace el síntoma en su irrupción despiadada cuando menos lo pensábamos. Es una situación que tenemos que apreciar clínicamente, al mismo tiempo que nos interpela a tomar postura frente a situaciones que arriesgan la vida de otros en razón de su orientación sexual e identidad de género.

Este es el contexto en que se inscribe esta investigación. Antes que entrar a cuestionar el dispositivo reparativo en sus formas de presentación actual, el análisis que sigue discute sus condiciones de emergencia al mismo tiempo que aquellas que facilitaron la invención de un objeto que fundamentara su validez dentro del campo de la psicoterapia. En esto confluyen tanto factores de tipo socio-culturales como políticos, los cuales, a su vez, sitúan a la ciencia en una posición problemática respecto de su historia y la de los objetos que han sido foco de su atención.

Sin esta referencia a la historia y los contextos que han dado forma a la construcción del sujeto homosexual, no sería posible dar cuenta de la complejidad del fenómeno que la terapia

reparativa sitúa como problemático. No solo para la salud mental y la psicoterapia, sino también para la psicología y sus relaciones con el poder.

Con todo, la siguiente tesis pretende dar cuenta de los supuestos epistemológicos que hacen de fundamento al dispositivo reparativo, historizando el origen de algunos de sus conceptos y las condiciones sociales y políticas que posibilitaron su invención en el campo de la salud mental. Es, también, un ejercicio de análisis crítico que busca problematizar el lugar político de la psicología en la discusión precedente, y los modos de subjetivación resultantes que afectan la constitución del sujeto homosexual y sus formas de expresión contemporáneas.

En su relación con la psicoterapia, la investigación pretende tensionar los vínculos entre homosexualidad y psicopatología en su dimensión histórica, así como también problematizar el lugar que ocupa la libertad y el sufrimiento como índices de intervención dentro del contexto en que hoy se “regula” el campo de acción de la psicoterapia, particularmente, en referencia a lógicas de producción y de eficacia que serían propias del mercado y los estados liberales.

I. CONSIDERACIONES GENERALES RESPECTO DEL OBJETO, SU CONSTRUCCIÓN Y RELACIÓN CON EL SABER CIENTÍFICO.

“Quienes quisieran codificar los significados de las palabras librarían una batalla perdida, porque las palabras, como las ideas y las cosas que están destinadas a significar, tienen historia”

Joan Scott, 1996.

El género: una categoría útil para el análisis histórico.

“La historia gay, desde la época en que se inventó la homosexualidad como categoría, podría inscribirse en términos de este acto de desaparición y reaparición, casi como si la homosexualidad no fuera nada más que una reacción, la respuesta de un grupo social a su propia invención”

Leo Bersani, 1998.

Homos.

1. La invención del sujeto homosexual: Historización del concepto.

El concepto de sexualidad tal como lo conocemos hoy en occidente no es anterior a sus condiciones de producción históricas, cuyo eje articulador serían los pares binarios heterosexual/homosexual y hombre/mujer. Las categorías conceptuales que utilizamos para describir nuestra experiencia como individuos sexuados no nos sirven para interrogar a la historia y sus distintas fórmulas de nominación, ya que los significados y atribuciones con que la modernidad ha descrito a los individuos, sus cuerpos, preferencias y estilos de vida, no coinciden con las formas de organización existentes con anterioridad a la invención de la sexualidad como dispositivo de poder.

En este contexto, ¿qué significaba ser homosexual antes del nacimiento conceptual de la homosexualidad? ¿Cuáles eran las formas de reconocimiento que utilizaban los individuos para describir sus preferencias? ¿Cómo es que el placer y la práctica sexual entre personas del mismo sexo organizaron la economía libidinal de los individuos? Aun cuando estas preguntas suponen interrogar al pasado en sus formas de conceptualizar la sexualidad, no existen antecedentes suficientes que permitan declarar como superada la discusión en el presente. Tal como sugiere Leo Bersani (1998), la crisis definicional que caracteriza este fenómeno muestra que los regímenes políticos y epistémicos que sirvieron como recurso afirmativo a las

identidades gay emergentes en la década de los '70, son hoy impugnados en razón de una estrategia cuyos efectos serían más asimiladores que subversivos, desgayzantes, del lado de la adecuación social y del ocultamiento de la sexualidad homosexual.

No por desmitificar dichos sistemas se neutraliza el poder que ejercen, más bien se eliminan las condiciones que facilitarían la resistencia contra los regímenes hegemónicos de lo normal que motivaron la invención de las identidades gay contemporáneas. Si el sexo aparece como problemático al momento de las definiciones, resulta relevante comprender las razones de su ocultamiento en términos de la productividad política que tiene lo sexual y sus efectos sobre las formas de subjetivación propias de nuestra época (Bersani, 1998).

Con este propósito, conviene situar la discusión en dos momentos históricos diferentes que suelen ser invocados para explicar los motivos que dieron forma a una terapéutica específica que no existía como tal antes de su invención. El primero de ellos refiere a la construcción discursiva del sujeto homosexual en el campo del saber científico, y en el de las costumbres y prácticas socio-políticas anteriores a su despatologización en 1973; y el segundo, a la invención del “homosexual no-gay” y del individuo que experimenta “atracción no deseada a su mismo sexo”. En ambos casos, los antecedentes elegidos referirán a los principales acontecimientos desarrollados entre los siglos XVII y comienzos del siglo XX en Europa y Estados Unidos, registrando su asimilación e importación al contexto chileno.

1.1 Grecia y la valoración moral de los comportamientos sexuales entre hombres.

En su “Historia de la sexualidad”, Michel Foucault (2009; 2011) estudió los modos por los cuales los individuos son llevados a reconocerse como sujetos de una “sexualidad”, en tanto que experiencia históricamente singular y abierta a dominios de conocimientos diversos. Uno de sus intereses fue el desarrollo de un análisis crítico de las prácticas por las que los individuos se vieron llevados a ejercer sobre sí mismos una hermenéutica del deseo, en la que el comportamiento sexual fue una de sus dimensiones más observadas.

Además de la pregunta por las definiciones en torno al individuo homosexual, habría que agregar una anterior que cursaría en paralelo con aquella que propone Foucault respecto de los modos por los cuales los individuos son llevados a reconocerse como sujetos de deseo, a saber, las condiciones por las cuales el comportamiento sexual y la práctica de los placeres fueron instituidos como objeto de problematización, campo de interrogación ética y moral para el individuo y la sociedad.

Siguiendo sus planteamientos, no sería posible analizar la evolución de la experiencia de la sexualidad a partir del siglo XVIII, sin hacer antes un trabajo histórico y crítico que permita comprender cómo el individuo moderno ha hecho la experiencia de sí mismo como sujeto de una sexualidad. Con este propósito, Foucault estudió los modos en que las culturas griegas interrogaron a la sexualidad, sugiriendo que, con el cristianismo, la problematización del comportamiento sexual fue perdiendo su autonomía respecto de los dispositivos de poder pastoral y médico-jurídico que se desarrollaron a partir de la Edad Media (Foucault, 2009).

Al respecto, suele admitirse como cierta la tesis de que los griegos de la antigüedad aceptaban con mayor facilidad ciertos comportamientos sexuales que no eran reconocidos con tanta facilidad por los cristianos de la Edad Media y los europeos de la época moderna. A esto se agrega la idea de que no existía ninguna institución –pastoral o médica– que quisiera determinar lo que estaba permitido o prohibido, lo que era normal o anormal. Pese a ello, Foucault señala que, al igual que en otras sociedades, hubo filósofos, médicos y moralistas que decretaban lo que las leyes de la ciudad prescribían, lo que la costumbre y la tradición toleraba o rechazaba, agregando que respecto del uso de los placeres se desarrolló una reflexión moral que no buscaba codificar conductas en términos de lo permitido y lo prohibido, sino más bien estilizar una libertad, la que ejerce, en su actividad, el hombre libre. Y esto, por cierto, bajo ciertos criterios y parámetros (Foucault, 2009).

En este contexto, los lugares de problematización de la práctica sexual desarrollada por los griegos giraban en torno a la vida del cuerpo, la institución del matrimonio, la sabiduría y las relaciones entre hombres (Foucault, 2009). Respecto de esto último, los griegos no oponían como dos tipos de comportamientos distintos el amor hacia el propio sexo y la preferencia por aquel del otro. Las líneas divisorias no seguían dicha frontera, sino más bien aquella que existía entre un sujeto activo y otro pasivo, donde la actividad estaba representada por el hombre, y la pasividad por quien no lo es –la mujer– o quien todavía no lo es –el joven– (Zanotti, 2007).

Lo que hacía que un individuo deseara a un hombre o una mujer era el apetito que la naturaleza había implantado en su corazón hacia quienes son “bellos”, cualquiera fuera su sexo. La preferencia por los muchachos y las muchachas dependía más bien de un asunto de gustos antes que de una tipología que comprometiera la legitimidad natural de dicha propensión. Pese a esta “tolerancia”, no todo deseo resultaba bello y honorable, especialmente cuando se trataba de la relación entre individuos de sexo masculino: en estos casos, los placeres requerían de una forma moral distinta, una estilística propia y diferente de la que se necesitaba cuando se trataba de amar a una mujer (Foucault, 2009).

¿Qué tipo de relación es la que será problematizada? No cualquiera, una de tipo particular y privilegiada entre dos hombres “considerados como pertenecientes a dos clases de edad distintas y uno de ellos, muy joven, todavía sin terminar su formación y, por lo tanto, sin alcanzar su posición definitiva” (Foucault, 2009, p.178). Las relaciones sexuales entre hombres y adolescentes eran objeto de un tipo de ritualizaciones que, en su reglamentación, les daba forma, valor e interés. En esto destacan la práctica del cortejo y estrategias diversas que debían considerar los tiempos de la adolescencia, su libertad, capacidad de rechazo y consentimiento.

En relación al amor entre muchachos, el uso de los placeres fue problematizado a partir de un principio de isomorfismo entre relación sexual y posición social. En esto, la actividad sexual quedaba representada a partir del modelo de la penetración y de una polaridad que opone actividad y pasividad, replicándose las mismas categorías existentes en el campo de las jerarquías sociales: relación entre superior e inferior, el que domina y es dominado, el que vence y es vencido. A partir de este modelo, lo que se valora como honorable y con derecho pleno en lo concerniente al comportamiento sexual es el papel que le corresponde a quien en la pareja actúa del lado de la actividad, quien penetra y ejerce así su superioridad sobre el otro (Foucault, 2009; Zanotti, 2007).

Lo anterior releva como problemática las consecuencias que conciernen a la posición de quienes son los compañeros pasivos de esta actividad, los esclavos y las mujeres, siendo estas últimas inferiores por naturaleza y posición. Distinto es el caso de los hombres libres que consentían ser objeto complaciente del placer del otro: sobre ellos recaían todo tipo de burlas y sanciones (Foucault, 2009). Con todo, en un juego de valores regulado por dichos principios, la situación del joven libre es difícil ya que su posición de inferioridad no puede superponerse con la de los esclavos y las mujeres. De ahí lo que Foucault denomina la antinomia del muchacho: “Por un lado, al joven se le reconoce como objeto de placer (...) Pero, por otro lado, el muchacho no puede aceptar reconocerse como objeto en esta relación que siempre se piensa en forma de dominación” (p.203). Por tanto, la dificultad de concebir al joven como objeto de placer se “resolvía” con una serie de prescripciones y reticencias, destacando tanto aquellas que evocaban directamente a su papel en la relación sexual, como a las que referían a la posibilidad de que le resultara placentera.

1.2 La Edad Media: El sodomita y la criatura peligrosa.

Con el cristianismo ocurre un desplazamiento del foco de problematización iniciado por los griegos, ya que el argumento principal para sancionar el comportamiento sexual entre

individuos del mismo sexo comienza a ser la constatación de que en dicha relación no es posible la reproducción (Zanotti, 2007). En torno a esta restricción, la cultura occidental ha producido una serie de discursos teológicos, jurídicos y científicos para condenar las relaciones sexuales entre hombres, cuyos principales argumentos se sostenían en fuentes bíblicas, destacando las contenidas en los libros del Génesis y Levítico, y en la Carta de San Pablo a los Corintos. Aun cuando las referencias religiosas son anteriores, los distintos procesos políticos y sociales acontecidos en Europa durante el siglo X, inauguraron una nueva forma de ejercer el poder que romperá con la tolerancia exhibida por los griegos respecto de las relaciones amorosas entre muchachos. En esto, las convenciones medievales sobre la fe, el sexo y la reproducción articularán un discurso disciplinar sobre la sexualidad que será retomado por la medicina a partir del siglo XIX (Contardo, 2011).

Entre los siglos XI y XV, Europa enfrentó un proceso de urbanización que trajo como consecuencias transformaciones importantes en la convivencia y en las relaciones de poder. El resurgimiento de la vida urbana transformó los espacios de tolerancia para las minorías étnicas y religiosas, situación que impactaría, también, sobre el comportamiento sexual entre varones. Pese a que ni la Iglesia ni las leyes seculares habían emprendido ningún esfuerzo particular por sancionar públicamente dichas prácticas sexuales, las normativas internas de la Iglesia para controlar la actividad sexual de los clérigos –tanto la ejercida con prostitutas, monjas u otros clérigos del mismo sexo– dejaron de ser normas creadas para casos particulares, extendiendo sus alcances a la población general (Boswell, 1992, citado en Contardo, 2011).

La documentación histórica que realizó Óscar Contardo en su libro “Raro” (2011), muestra claramente que, a diferencia de lo que suele admitirse como cierto, los cambios de actitud hacia la sexualidad no ocurrieron en Europa sino en Medio Oriente, específicamente en el terreno ocupado por los cruzados cristianos en Tierra Santa. En respuesta a una situación de conflicto geopolítico, las autoridades convocaron a un Concilio en el pueblo palestino de Neplusa. Entre otros asuntos, se establecieron una serie de estatutos que sancionaban las relaciones sexuales entre hombres, introduciéndose por primera vez los castigos corporales y la hoguera. Una legislación tan severa se explicaba en razón de la escasez de mujeres cristianas y la predilección por mantener relaciones sexuales con varones atribuida tanto a los cruzados como a los enemigos musulmanes (Crompton, 2003, citado en Contardo, 2011).

Al respecto, Contardo (2011) señala que independiente de su veracidad histórica, uno de los efectos del Concilio sería la conformación de un rasgo cultural que continúa hasta hoy

con distintos matices: quienes aparecen como sospechosos de sodomía⁸ son los hombres guerreros y los clérigos. Del mismo modo, la identificación del sexo entre hombres como algo común en las instituciones militares y religiosas de la Edad Media, “es un signo de que la figura del ‘afeminado’ como estereotipo del sodomita fue un asunto posterior, más nítidamente asociado a la Edad Moderna” (p.57). Por otro lado, el Concilio también estableció una asociación entre la ocurrencia de desastres –naturales, bélicos y sociales– y la práctica sexual de una nueva minoría identificable en razón de sus costumbres. Dicha normativa consideraba, además, a la sodomía como un vicio foráneo, por lo que el sodomita era siempre el “otro”, el extranjero, aquel que amenaza el orden y que podría ser contagioso.

En adelante, los hombres que mantuvieran sexo con otros hombres serían considerados criaturas amenazantes y peligrosas, a quienes las instituciones de orden debían vigilar. Esta actitud encontraría su expresión en el código de los visigodos, conocido como “Fuero juzgo”, el cual habría inspirado la redacción del código legal llamado “Las siete partidas” en manos del rey castellano Alfonso X, quien estipuló que los hombres acusados de cometer actos de sodomía debían ser ajusticiados: castrados delante de la gente y luego suspendidos por las piernas hasta morir. Esta nueva normativa introdujo un nuevo orden de valoraciones sobre la práctica sexual entre hombres, calificándola de crimen y como acto contra la naturaleza. No solo se recurría al *Génesis* para fundamentar la sanción, sino que además se invocaba a la naturaleza como argumento para castigar la actividad sexual entre dos varones (Contardo, 2011).

El concepto de *naturaleza* consiguió relevancia en los discursos teológicos a partir del siglo XIII, apelándose a la idea de naturaleza como argumento para fijar una moral sexual que condenaba cualquier actividad sexual que no tuviera a la reproducción como fin exclusivo. El artífice de este nuevo discurso en torno a la naturaleza fue Tomás de Aquino, quien en su “Suma Teológica” estableció que existía solo un coito perfecto, a saber, el que se da entre un hombre y una mujer, cuyo fin era exclusivamente la procreación (Contardo, 2011).

A diferencia del lugar que ocupaba el placer en la cultura griega, en la obra de santo Tomás éste adquiere un valor accesorio, siendo el hombre quien ostenta el rol protagónico en la relación y quien, además, colabora activamente con la obra divina. La mujer, en cambio, queda emplazada en la periferia, como mera vasija, encargada de recibir la semilla de su compañero. No conforme con esto, Tomás de Aquino establece que existe solo un modo legítimo de

⁸ La especialización de la sodomía con este significado fue gradual. Se trataba originalmente de una categoría bastante amplia que comprendía una serie de actos considerados contra natura, los cuales abarcaban desde la actividad sexual entre hombres, hasta la blasfemia y la práctica sexual con judíos. Ser sodomita no significaba pertenecer a un tipo humano específico, sino más bien indicaba un estado de cosas diferente, inespecífico respecto de otras coordenadas que sí estaban presentes en los griegos, cuyo signo de reconocimiento involucraba a la conducta sexual del individuo (Zanotti, 2007).

organizar el vínculo sexual entre hombres y mujeres, instituyendo el matrimonio como institución privilegiada y exclusiva⁹, tipificando, además, los actos sexuales que considerará antinaturales: la sodomía, el bestialismo, la masturbación y toda clase de posiciones corporales no tradicionales durante el coito (Contardo, 2011).

La visión teológica del comportamiento sexual entre hombres tuvo su traducción popular entre quienes fueron testigos del espectáculo público de la muerte dolorosa y el castigo corporal. Si la autoridad establecía que los responsables de las pestes o desastres naturales eran los sodomitas, los herejes y las brujas, entonces estos debían ser sancionados por atentar contra Dios. Así es como entre los años 1250 y 1300 la actividad sexual entre hombres dejó de ser completamente lícita en gran parte del territorio europeo, penalizándose sus expresiones con la pena de muerte (Boswell, 1992, citado en Contardo, 2011).

1.3 El individuo afeminado: La virilidad del conquistador español y la sexualidad burguesa.

Con el descubrimiento de las Indias Occidentales en 1492, la península ibérica se transformó en imperio e incrementó su importancia entre los países europeos. Sevilla pasó a ser el puerto de embarque privilegiado para todos los que emprendían rumbo hacia el Nuevo Mundo, llevando consigo no solo su equipaje y cargamento de guerra, sino también sus ideas de conquista y ansias de grandeza. No solo era reconocida por esto, sino también por la presencia de una Cárcel pública donde servía, entre otros, el capellán jesuita Pedro de León (Contardo, 2011).

En su obra “Compendio”, Pedro de León incluye un anexo denominado “Apéndice de los Ajusticiados”, suerte de memorias penitenciarias que relatan su experiencia en la Cárcel Real de Sevilla. En dicho documento, el religioso describió las condenas y ejecuciones de quienes habían sido sentenciados por distintos crímenes, entre ellos, los que habían sido reclusos por la categoría jurídica *crimen nefando*¹⁰. Por sus testimonios, De León no solo constató la existencia de varones que practicaban el crimen nefando, sino que también fue testigo de la existencia de una red concertada de sodomitas que se identificaban unos con otros y que constituían entre sí una especie de comunidad. Lo inédito de sus descripciones, era que hasta

⁹ Estas ideas son las mismas que instituye la sociedad burguesa del siglo XVIII en relación a los fines de la sexualidad y la institución que la vuelve legítima. Esta nueva organización de los discursos y prácticas en torno al sexo, es lo que tradicionalmente se conoce como moral sexual victoriana.

¹⁰ En los reinos ibéricos la homosexualidad era considerada como el peor de los delitos contra las costumbres y la tradición, calificándola como pecado *abominable* o *nefando* (pecado que no se puede nombrar).

hace no mucho la sodomía era comprendida solo como una cuestión de actos sexuales anti natura, y no como rasgo de pertenencia a un tipo humano específico que podía, además, vincularse con otros que realizaban sus mismos comportamientos (Contardo, 2011).

Pedro de León se embarcó en la empresa de intentar comprender las razones de la existencia de sodomitas, concluyendo que una de sus causas era la ropa y las costumbres traídas de afuera, específicamente, las provenientes de Italia. Algunas de estas personas desafiaban públicamente lo que se suponía debía ser un hombre, por tanto, el foco de preocupación se desplazó sobre las fuentes de contagio del crimen nefando (Contardo, 2011). La asociación que estableció el religioso jesuita entre la vestimenta, la apariencia y la sexualidad, da cuenta de un giro en la comprensión de la sodomía ya que comienza a identificarse el pecado con el afeminamiento, entendido como los modos y costumbres de las mujeres. Ya no era solo una conducta: la sodomía “además se configuraba como una condición evidente que podía deducirse a través de la ropa y los modales. Era la semilla del ‘afeminado’ como foco de sospecha y repudio” (p.81).

Fuera de los límites de Sevilla, la conquista de las Indias occidentales daba cuenta de situaciones similares a las testimoniadas por Pedro de León, sin embargo el vicio no provenía de Italia ni de otros países europeos, sino que se encontraba presente en las mismas tierras americanas “descubiertas”. En la medida en que la conquista avanzaba, los cronistas describían un sinfín de avistamientos de nativos *amarionados* y *nefarios* que eran tolerados por los miembros de las distintas tribus del territorio. Las observaciones no fueron solo descriptivas, sino que también fueron connotadas como signo de inferioridad de la que los exploradores podían sacar provecho político: el *afeminamiento* de los nativos significaba imperfección, pecado y crimen contra el que había que luchar (Contardo, 2011).

La figura del sodomita experimentó modificaciones según las épocas y tradiciones culturales. Durante la Edad Media, los guerreros extranjeros y los clérigos eran los sospechosos; en el Renacimiento, la imagen de Ganímedes, joven amante de Zeus, fue el recurso más utilizado para representar a los sodomitas; y durante la conquista de América, los cronistas daban cuenta de la existencia de indígenas *mujeriles*, adictos a vestirse con accesorios y practicar el crimen nefando, contagiando a varios españoles con este vicio como si fuera una epidemia de sarampión o viruela (Contardo, 2011).

La relación entre sodomía y afeminamiento nunca había cobrado particular relevancia en Europa. Durante siglos, el afeminamiento fue una acusación típica contra los aristócratas ya que se le asociaba al lujo, la lujuria y el libertinaje, no al comportamiento sexual entre hombres. Es más, se pensaba que uno se volvía afeminado frecuentando a las mujeres, estando cerca de

ellas, compartiendo sus gustos y sensibilidades. En este contexto, interesa también observar la evolución que tuvo la palabra *viril*. En la antigüedad, lo contrario a viril recaía sobre la posición de los varones adolescentes, los que aún no eran “hombres”, mientras que a partir del siglo XVIII se instituyó el concepto *afeminado* como su opuesto (Zanotti, 2007).

El proyecto identitario que comienza a construirse a fines del siglo XVII, corresponde al de una sociedad burguesa secularizada que no se sostiene tanto en la religión y sus interdicciones en el plano sexual, sino más bien en la construcción de una clase social que se dispone a ejercer el poder en nombre de su superioridad moral y capacidad de autocontrol (Zanotti, 2007).

Una de las principales preocupaciones de la clase burguesa de principios del siglo XVIII fue proveerse de una sexualidad y constituirse, a partir de ella, como un cuerpo específico, un cuerpo de clase dotado de una salud, una higiene, una descendencia y una raza. Lo que ocurre aquí fue la autoafirmación de una clase más que el avasallamiento de otra; una protección y una exaltación extendida a los demás como medio de control económico y sujeción política (Foucault, 2011).

Hacia fines del siglo XVIII, tres grandes códigos regían las prácticas sexuales de los individuos: el derecho canónico, la pastoral cristiana y la ley civil, las cuales establecían las fronteras entre lo lícito y lo ilícito. Pese a sus diferencias y especificidades, todos centraban su atención en la alianza matrimonial y en el sexo de los cónyuges, estableciéndose una nueva norma basada en el modelo de la monogamia heterosexual. Ésta, a su vez, interroga a las “sexualidades periféricas” e instituye una dimensión específica del “contra natura” que, a partir de este período, modelaría una especie humana diferenciada, la de las perversiones, que cargaría con el estigma de la “locura moral”, la “aberración del sentido genésico” y del “desequilibrio psíquico” (Foucault, 2011, p.40).

1.4 La construcción de la nación y las políticas sanitarias del siglo XIX.

Siguiendo las ideas de Foucault, la distinción de la sexualidad como un campo específico del saber en torno al ser humano, responde al espíritu y a las condiciones socio-políticas de una época. La segunda mitad del siglo XIX fue la época en que varios países de América Latina materializaron una metáfora en torno al “orden” –tributaria del discurso científico europeo– que se instituyó como metarrelato secular en la construcción de los Estados liberales. La epistemología positivista subyacente, enlazada a las teorías evolucionistas y la

representación patológica de la sociedad, “constituyeron la operación ideológica para fundar un orden social coincidente con el interés de los sectores dominantes” (Figari, 2012, p.20).

A diferencia de lo acontecido en tiempos anteriores, el campo médico contribuyó a dar forma a los aparatos ideológicos que conformarían un Estado nacional en los jóvenes países latinoamericanos. En este contexto, la sexualidad estaría comprendida bajo su dominio semántico, por tanto, toda vez que el Estado se pronunciara en relación a este tema, desde el derecho, la justicia o la educación, lo haría recurriendo a la ciencia y los saberes médicos asociados (Figari, 2012).

En su versión local, Contardo (2011) sitúa el triunfo chileno en la Guerra del Pacífico como hito en la construcción de un relato patriótico en torno a la raza chilena, específicamente, en su vertiente masculina. Las figuras del hombre aguerrido, el roto chileno y la virilidad del mestizo local fueron las imágenes que reforzaron un emergente orgullo cívico de carácter reproductivo, que depositaba sus expectativas en las posibilidades de que el Estado fuera el garante de su desarrollo, libre de cualquier agente contagioso que lo debilitara.

Si el objetivo era construir una república, entonces había que intervenir. “La ciencia informada por los discursos de la evolución, patología social y eugenesia brindarían las herramientas correctivas en pos de alcanzar la nacionalidad utópica sobre la base del control poblacional” (Figari, 2012, p.22). El higienismo, por su parte, lograría trascender sus límites disciplinares y diseminarse en medio de los discursos sociales y el sentido común, instituyéndose una idea de “lo nacional” que estaría atravesada por la distinción entre lo normal y lo patológico, esta vez, desplazada al cuerpo social en su totalidad.

En Chile, los médicos de la capital querían formar parte de la construcción de la nación y aspiraban a tener un rol público a través del control de la criminalidad, estableciéndose, por reglamento, que los médicos de la capital serían los encargados de las pericias legales relacionadas con el examen de los cuerpos. De esta manera, la medicina selló una alianza de colaboración con la policía y la justicia “en el control de los elementos nocivos, los sujetos indeseables y las conductas inapropiadas” (Contardo, 2011, p. 150). Las ideas de limpieza social permearían los discursos legales y políticos, modificando el lenguaje y cambiando su referente de las fuentes bíblicas a las científicas. Si la homosexualidad era considerada una plaga divina, en ese tiempo se le consideró como epidemia social, como fenómeno que amenazaba el porvenir de la raza (Contardo, 2011).

Hasta el siglo XVII, la epistemología sexual se organizó en torno a lo que el historiador Thomas Laqueur (1994, citado en Preciado, 2008) denominó “sistema de semejanzas”. Éste interpreta la anatomía sexual femenina como una variación débil e interiorizada del único sexo

que tiene existencia ontológica, a saber, el masculino. Se trata de un modelo mono-sexual del que emergen dos expresiones político-sociales jerárquicamente diferentes: “el hombre, canon de lo humano, y la mujer, receptáculo reproductivo” (p.61). Según este modelo, la asignación sexual no solo depende de la morfología exterior de los órganos sexuales, sino también de la capacidad reproductiva de los individuos y su rol en la jerarquía social.

A partir del siglo XVIII, la epistemología sexual comenzó a comprenderse como un “sistemas de oposiciones”, en el que la anatomía sexual destaca por sus diferencias, justo en el momento en que la jerarquía social entre hombres y mujeres comienza a ser cuestionada. Al instituir la diferencia sexual como categoría no solo natural, sino trascendental, aparecen, también, las diferencias entre normalidad y perversión. El cuerpo, en su totalidad, se vuelve un objeto que es necesario corregir y mantener bajo control (Preciado, 2008).

Lo que empieza a desarrollarse hacia fines del siglo XIX es un proceso de modernización de la sexualidad que coincide con lo que Foucault denominó el paso de una sociedad soberana a otra de tipo disciplinaria. Lo central aquí es el desplazamiento de una forma de poder que decide y ritualiza la muerte, a otra que calcula técnicamente la vida en términos de población, salud e interés nacional. De esta forma, el sexo, la sexualidad y la raza emergen como ficciones somáticas que obsesionan al mundo occidental y que regulan el horizonte de la acción teórica, científica y política de la época. Surge lo que Beatriz Preciado (2008) denominó *sexopolítica*, es decir, aquella forma de acción del poder biopolítico que hace ingresar al sexo y la sexualidad en los cálculos del poder.

En este escenario, los dispositivos sexopolíticos que acompañan a la estética de la diferencia sexual y las identidades sexuales,

son técnicas mecánicas, semióticas y arquitectónicas de naturalización del sexo. Se agrupan aquí atlas de anatomía sexual... textos jurídicos sobre la penalización del travestismo o la sodomía, esposas que atan la mano de la niña masturbadora a la cama... películas de plata sobre las que se inscriben las imágenes fotográficas del ano dilatado del homosexual pasivo... Nos encontramos frente a sistemas duros y externos de producción de la subjetividad (Preciado, 2008, pp.62-63).

Con el advenimiento de la modernidad, surge, también, un tercer régimen de saber-poder que considera el impacto de las nuevas tecnologías del cuerpo en la construcción de la subjetividad. A este proceso, Beatriz Preciado (2008) le otorga un nombre, distinto del que le dieron Deleuze y Guattari (“sociedad de control”), a saber, el de “sociedad farmacopornográfica”. A diferencia de cómo funcionaba el poder en las sociedades disciplinares, las nuevas tecnologías del cuerpo (biotecnologías, cirugías, endocrinología) y de

la representación (fotografía, cine, televisión) ya no lo controlan desde afuera sino que entran a formar parte del cuerpo, se infiltran en él y penetran la vida cotidiana en su totalidad, incidiendo en las formas de producción del sujeto moderno en su relación con el cuerpo y su identidad como “ser sexuado”.

1.5 El individuo invertido y la invención de la homosexualidad.

La medicina de la segunda mitad del siglo XIX retomó el estudio de los casos de inversión de género desarrollados en Inglaterra y Holanda durante el siglo XVIII. El análisis se centró en el descubrimiento de los indicios de una subcultura de hombres que se reunían entre sí para vestirse como mujeres, escenificar matrimonios ficticios, inventarse apodos femeninos y practicar la sodomía. A estos hombres se les llamó *mollies* y sus puntos de encuentro *molly houses* (Zanotti, 2007).

Lo que antaño fue una mera cuestión descriptiva, terminó siendo indicador de una clasificación diagnóstica específica que situaba a la biología como causa explicativa: los invertidos son un tercer sexo biológicamente distinto del masculino y femenino, donde el deseo sexual y la relación hombre/mujer se invierten respecto de aquel destino que se suponía universal y presente en todos los seres humanos, a saber, aquel fundado en la diferencia y no en la semejanza¹¹ (Zanotti, 2007). El saber científico terminó con la tarea inconclusa de sus predecesores, tipificando con cuidado y rigor las supuestas diferencias anatómicas entre unos y otros, los estilos de vida, costumbres en cuestiones indumentarias, etc. “El objetivo era instituir un saber indiciario que permitiera reconocer a los invertidos a primera vista” (p.75).

Uno de sus principales inventores, fue el médico italiano César Lombroso, quien inició los estudios de antropología criminal y estableció una asociación entre criminalidad, aspecto físico y calidad moral, sentando las bases para que los herederos de esta tradición, situaran a la medicina como ente responsable de la identificación de sodomitas a través de diversos sistemas de detección física y anatómica. El médico francés Ambroise Tardieu fue uno de los pioneros en este cometido, identificando los signos inequívocos de inversión sexual¹² a través del examen minucioso de anos y genitales. A juicio de Tardieu, los sodomitas pasivos podían pesquisarse a través del estudio de su esfínter anal, mientras que los invertidos activos eran

¹¹ De ahí la denominación común en el lenguaje médico, de tipificar esta situación como “inversión del instinto genésico”, tanto en hombres como en mujeres (Figari, 2012).

¹² Tiempo después de publicado el libro de Tardieu, “Estudio médico legal sobre los atentados a la moral”, en 1869 Karl Westphal acuñó la expresión *conträre sexuellempfindung*, traducida acertadamente como “sensibilidad sexual contraria” o “inversión del instinto sexual” (Zanotti, 2007).

identificados por su miembro en forma de sacacorcho, puntiagudo y con el meato urinario desplazado, lo cual les impedía orinar en forma recta (Zanotti, 2007; Contardo, 2011).

El pensamiento de Ambroise Tardieu llegó a Chile a través del trabajo del doctor Federico Puga Borne, quien asumió la cátedra de “Medicina Legal e Higiene” de la Escuela Médica, en 1883. El doctor Puga familiarizó a sus alumnos con el examen y manipulación del cuerpo de quienes eran sindicados como criminales. De esta forma, “la medicina se apertrechaba con el instrumental necesario para tratar a estas criaturas a medio camino entre el crimen y la enfermedad” (Contardo, 2011, p.156).

En Europa, hacia fines del siglo XIX, muchas de las publicaciones y teorías en torno a la inversión sexual ampliaron sus alcances desde la inspección corporal, hacia la búsqueda de un origen que explicara las causas de su inversión. Este esfuerzo por dar caza a las sexualidades periféricas, implicaría una especificación de los individuos dentro de un nuevo campo de conocimiento, esto es, el de las perversiones sexuales. En este contexto, la palabra “homosexual” es introducida en la literatura médica por el psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing¹³ en su obra “Psychopathia Sexualis”, de 1886. Dicha categoría *libera* al invertido y al sodomita del campo de la criminología y lo introduce en el de la psiquiatría, construyéndose, así, la imagen de un individuo mentalmente perturbado (Foucault, 2011; Contardo, 2011; Figari, 2012). Establecer el orden sexual en torno a esta nueva figura, implicó un proceso que operó dialécticamente, es decir, mientras el “Otro” heterosexual construía al “otro” homosexual, a su vez, éste se constituía a sí mismo, instituyéndose, así, el par binario heterosexual/homosexual (Figari, 2012).

Tal como sugiere Foucault (2011), la categoría psicológica, psiquiátrica y médica de la homosexualidad se constituyó el día en que se la caracterizó, no tanto por un tipo de práctica sexual, sino por cierta cualidad de la sensibilidad sexual que admitía la posibilidad de invertir en sí mismo lo masculino y lo femenino. Esto no necesariamente implicó que la ciencia médica haya inventado un sujeto específico, sino que más bien lo que hizo fue articular las bases discursivas de una subjetividad que, en su origen, estaba sustentada en una formación ideológica (Figari, 2012).

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

¹³ Antes que Richard von Krafft-Ebing, el escritor húngaro Károly Mária Kertbeny fue el primero en acuñar los términos homosexual y homosexualidad. Esto, en el contexto de la formulación de un tratado político contra el párrafo 143 de la ley prusiana que criminalizaba el comportamiento homosexual masculino. Kertbeny presentó su teoría de que la homosexualidad era innata e inmutable, argumentando que era una variación normal de la sexualidad (Drescher, 2010).

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 (Foucault, 2011, p.43).

Una vez acuñado el concepto, la manera de describir a esta nueva especie humana determinaría un nuevo modo de tratarlos por parte de la sociedad: de aquí en adelante, más que personas, se trataría de casos clínicos. Establecido su carácter patológico y su jurisdicción dentro del campo de la psiquiatría, los médicos siguieron las clasificaciones de la época para tipificar la inversión u homosexualidad como enfermedad mental (Figari, 2012). Si la meta del médico forense era detectar al sodomita a través del examen corporal, la del psiquiatra era comprender el funcionamiento de la mente del homosexual para descubrir la causa y rectificar el instinto desviado. Tal como señalan algunos médicos de la época, se trata de personas enfermas cuyo destino no es la cárcel ni el agravio público. Su castigo era el manicomio (Contardo, 2011).

Durante la primera mitad del siglo XX, la medicina y la endocrinología contribuyeron a la elaboración de una política policial en torno a la figura del homosexual como un potencial criminal que debía ser vigilado. Sin embargo, en la medida en que la endocrinología no lograba curar la homosexualidad con sus hipótesis sobre los estados intersexuales y las bases químicas de la anomalía del instinto, la psiquiatría comenzó a ganar espacio, especialmente a través de los postulados de Freud y las ideas del psicoanálisis inglés (Contardo; Cornejo, 2011).

En Chile, el registro más antiguo de atención a pacientes homosexuales en una clínica psiquiátrica, data del año 1952 y corresponde a una publicación de los doctores Carlos Carrillo y Carlos Whiting, denominada "Un caso de homosexualismo" (Contardo; Cornejo, 2011). En términos clínicos, Whiting y Carrillo señalan que las expectativas de cura son más bien poco auspiciosas, en particular respecto de los casos de homosexualidad masculina, ya que la tarea de convertir a un homosexual en heterosexual es casi tan difícil como su cometido inverso (Whiting y Carrillo, 1952, citados en Contardo, 2011).

2. La liberación homosexual y el surgimiento de las identidades gay.

2.1 Queers y Fairies: Un nuevo orden sexual.

Entre los años 1890 y 1940, Nueva York fue testigo de la creciente visibilidad de un *mundo homosexual masculino* que se organizaba en distintos barrios y participaba en bailes

públicos y eventos sociales. Los hombres que formaban parte de dicho mundo crearon una cultura que se distinguía por su propio lenguaje y costumbres, la cual habría sido olvidada luego de la Segunda Guerra Mundial y los eventos que posibilitaron la conocida revuelta de Stonewall en 1969 (Chauncey, 1994).

Al respecto, George Chauncey (1994) desafía uno de los mitos que habría impedido la inscripción de la existencia de una cultura homosexual anterior a la conformación del movimiento gay. Según el autor, muchas personas piensan que los hombres homosexuales de principios del siglo XX habrían internalizado de manera acrítica la visión cultural dominante que los caracterizaba como enfermos, pervertidos e inmorales, agregando que esto habría incidido en que aceptaran sin mayor resistencia la vigilancia y control sobre sus vidas. Pese a esto, muchos de ellos celebraban su diferencia respecto de la norma, y algunos, incluso, se organizaron para resistir las *políticas anti-gay* de la época.

Muchos homosexuales resistieron el juicio médico que sugería tratarlos como enfermos mentales, y lo hacían oponiéndose a una de las fuerzas anti-gay más poderosas de la cultura estadounidense, a saber, el discurso científico. Algunos médicos reportaban su asombro al descubrir en sus entrevistas clínicas, que los invertidos rechazaban ser considerados como degenerados morales por la ciencia, la religión, la opinión popular y las leyes; más bien existía cierto nivel de acuerdo en el hecho de que los invertidos no veían nada malo en su homosexualidad (Chauncey, 1994; Eribon, 2004). Además de lo anterior, muchos homosexuales resentían ser tratados como mujeres y, algunos de ellos, despreciaban a aquellos que parecían adoptar un estilo más afeminado. Esto último abre un nuevo campo de exploración que permitirá comprender cuáles fueron los términos elegidos para organizar las diferencias entre los sexos, y cuáles fueron las formas de nominación que normaban los intercambios entre hombres que presentaban “intereses homosexuales”.

El binarismo hetero-homosexual sería una creación reciente en la cultura norteamericana, que supuso como antecedente la existencia de un régimen sexual previo que se organizó en torno a categorías conceptuales que luego fueron transformadas. Una forma de introducir las diferencias entre dichos esquemas conceptuales, implica revisar los cambios en los términos vernáculos usados para caracterizar a los hombres homosexuales activos, y, en particular, la forma en que la palabra *gay* pasó a significar *homosexual*. En este recorrido, resulta fundamental destacar que el uso de uno u otro concepto responde, más bien, a una razón de tipo estratégica, es decir, que cada término era invocado para posicionar al sujeto dentro de un determinado contexto cultural y para negociar sus relaciones con otros hombres (Chauncey, 1994).

La palabra *gay* surgió como un término codificado dentro del contexto del tipo de relaciones que se establecían entre dos clases de hombres: aquellos conocidos como *fairies* y aquellos caracterizados como *queers*¹⁴. Según refiere Gershon Legman (1941, citado en Chauncey, 1994), *fairy* y *queer* eran los términos más utilizados por las personas *normales* para referirse a los homosexuales durante la primera mitad del siglo XX. Por su parte, el discurso médico y criminal empleaba términos técnicos como invertido, pervertido y degenerado para describir a los homosexuales, utilizando, también, la palabra vernácula *fairy*. Con todo, la mayoría de los términos vernáculos utilizados por las personas “normales” para referirse a los *fairies*, resaltaban la centralidad de la “afeminación” como cualidad de su carácter y manera de ser (Chauncey, 1994).

Entre los años 1910 y 1920, los hombres que se identificaban por su interés homosexual en vez de su status de género afeminado, se llamaban a sí mismos *queer*. Pese a lo que muchos pensaban, dicha palabra fue caracterizada positivamente por sus defensores ya que admitía la posibilidad de ser diferente respecto de la norma, en este caso, la normalidad estadística del interés sexual de los hombres por las mujeres. La palabra *queer* supuso un nuevo marcador de diferencias, en este caso, respecto de aquellos hombres que eran abiertamente femeninos. Los *fairy* expresaban públicamente aquello que los *queers* habían suprimido, precisamente, para no ser reconocidos. Su homosexualidad se desplegaba en espacios privados o a través de signos que eran difícilmente reconocidos por los *hombres normales*. Aun cuando rechazaban a los *fairy* como estrategia de sobrevivencia, debían lidiar con los referentes que la misma cultura les devolvía toda vez que caracterizaba su deseo por otros hombres como algo propio de las mujeres (Chauncey, 1994).

Los *fairy* terminaron por hegemonizar la manera en que eran representados los hombres homosexuales en el espacio público. El estilo extravagante de los *fairy* –y el estereotipo afeminado que los caracterizaba– permitió que algunos *queer* pasaran por *hombres rectos*¹⁵. La sociedad no sabía de la existencia de una subcultura de hombres gay que no calzaba con la imagen pública de los *fairy*, situación que facilitó que muchos homosexuales pudieran vivir sus vidas en secreto y protegidos del acoso policíaco al que eran sometidos los *fairy* en sus lugares de encuentro. Pese a ello, muchos hombres *queer* creían que el comportamiento afeminado de los *fairy* era responsable de la impresión negativa que tenía la sociedad en relación a todos los

¹⁴ Opté por dejar los términos en su versión en inglés, ya que no podría traducirlas al español conservando su sentido original. *Fairy* es un argot neoyorkino que se asocia a las palabras “hada” y “loca”; *Queer*, a las palabras “extraño” y “excéntrico” –sexualizada y connotada de manera negativa respecto de su acepción original. Ambas suponen como referentes de sentido el “afeminamiento” y la “virilidad/“masculinidad” como categorías que describen lo que constituía un verdadero hombre.

¹⁵ En inglés, “straight”.

homosexuales. De hecho, el sistema cultural de género instituido por los *fairy* tuvo una enorme influencia en el modo en que la mayoría de los *queers* se comprendían a sí mismos y organizaban sus encuentros. Más que eso, la creencia de que el deseo por un hombre era un deseo inherentemente femenino, permitió que muchos hombres *queers* que se reconocían como masculinos en muchos otros aspectos, pudieran reflexionar sobre el componente femenino de su deseo (Chauncey, 1994).

Los límites entre *fairies* y *queers* eran permeables, no solo porque ambos grupos participaron en formas similares de comportamientos, sino porque la cultura *queer* fomentaba un estilo de vestirse y un interés por las artes, la decoración y la moda que eran usualmente considerados como decadentes y completamente afeminados. Muchos *queers* preferían comportarse de maneras no muy distintas a los *fairies* cuando se encontraban en espacios seguros, adoptando apodos femeninos y conductas de género no convencionales. Pese a todo esto, los *queers* concordaban en que la exposición pública de los *fairy* violaba las convenciones sociales de sus antagonistas, los *normales* (Chauncey, 1994).

2.2 Un nuevo régimen de prohibiciones: la masculinidad heterosexual amenazada.

Los hombres pertenecientes a la clase media trabajadora de la sociedad estadounidense, comenzaron a sospechar de los *fairies* y *queers* debido a que percibían que su sentido de la masculinidad estaba siendo desafiado y socavado por estos grupos marginales. A su juicio, el orden de género dominante estaba en crisis, no solo en relación a la existencia de los *fairies* y *queers*, sino respecto de los cambios en la organización social del trabajo y la incorporación de las mujeres a la fuerza productiva del país, cuyo principal efecto sería la feminización de la cultura institucional de los lugares de trabajo y su consiguiente pérdida como dominio exclusivamente masculino (Chauncey, 1994).

Las amenazas a la masculinidad de los hombres de clase media provenían de las mujeres y los mismos hombres. Las clases obreras desafiaban la autoridad de sus jefes introduciendo patrones de masculinidad que cuestionaban la virilidad, control y dominio de quienes se posicionaban por sobre ellos en la escala social. La ansiedad de los hombres de clase media respecto de su hombría logró articular un discurso político que engrandecía la virilidad de los hombres como prueba de grandeza para la nación: había que dar prueba de la masculinidad, y ésta había que demostrarla en la esfera pública y privada (Chauncey, 1994).

En este contexto, los *fairy* fueron signo evidente de la fragilidad del orden de género de la época, ya que encarnaban los temores de los hombres de clase media respecto de su propio

status de género. Su estilo afeminado desafiaba la supuesta inmutabilidad de las diferencias de género, demostrando que la anatomía no es suficiente como criterio diferenciador respecto de las mujeres. Con todo, la feminización del cuerpo de los *fairy* evidenciaba lo absurdo del esfuerzo por masculinizar los cuerpos de los hombres de clase media a través del ejercicio físico y el boxeo profesional (Chauncey, 1994).

En respuesta a esta crisis de la masculinidad, surge la heterosexualidad como categoría para reforzar el carácter no sexual de los vínculos que establecían los hombres de clase media con sus pares masculinos. La heterosexualidad contenía lo que se entendía por un verdadero hombre, a saber, quienes mantenían un deseo sexual exclusivo por las mujeres. Esto supuso transformaciones importantes en los patrones de socialización imperantes, destacando aquellos dirigidos hacia las relaciones de amistad entre hombres:

Los hombres normales solo llegaron a ser heterosexuales cuando [erigieron como criterio de normalidad] su renuncia a las relaciones de intimidad entre hombres. Se convirtieron en heterosexuales cuando se definieron a sí mismos y organizaron sus afectos y relaciones físicas, excluyendo cualquier sentimiento o comportamiento que pudiese ser etiquetado como homosexual¹⁶ (Chauncey, 1994, pp.120-121).

Un segundo indicador de la emergencia de la heterosexualidad fue su aparición en el discurso médico. La aproximación médica al problema de la inversión no puede entenderse sin la pretensión de la ciencia de constituirse como autoridad competente en temas que requerían de su expertise, en este caso, los que preocupaban a los hombres de clase media, incluyendo los problemas relativos al género. El análisis médico del carácter de los hombres que mantenían relaciones con pares de su mismo sexo se comprendía recurriendo a una explicación de tipo biologicista, la cual daba cuenta de la existencia de defectos de tipo biológicos que contribuían a que estos hombres, los invertidos, fueran menos hombres (Chauncey, 1994).

En este contexto, la publicación de los *Tres ensayos* de Freud fue clave. No solo se pusieron en duda las conceptualizaciones tradicionales de masculinidad dominantes, sino que además se introdujo un nuevo esquema comprensivo de la sexualidad humana que separaba al objeto y fin sexual del hombre y la mujer en relación a cualquier destino preestablecido (Chauncey, 1994). Esto, ciertamente, ha sido fundamental en el desarrollo posterior que tuvo la teoría psicoanalítica, y la respuesta que fue articulando la medicina en sus esfuerzos por explicar la homosexualidad.

¹⁶ Traducción propia.

2.3 Stonewall y el orgullo gay.

La identidad *gay* surge en Estados Unidos durante los años setenta como respuesta a la represión de un contexto políticamente conservador. En dicha lógica, conviene situar como antecedente histórico el período de Prohibición que abarcó los años 1920 – 1930 en todo el territorio nacional, revisando, de manera particular, sus efectos en la ciudad de Nueva York.

El Acta de Prohibición –o Ley Seca– regulaba la venta, producción, importación y transporte de las bebidas alcohólicas al interior de los Estados Unidos. En su origen, una de las razones que motivó su aprobación fue la crisis moral en la que se encontraba la sociedad norteamericana y el aumento del fenómeno de la inmigración a finales del siglo XIX. Dos de las consecuencias de la ley fueron la criminalización del consumo de alcohol y de la vida nocturna, lo cual instituyó un nuevo aparato de control estatal sobre la sociabilidad pública. Esto último motivó el funcionamiento de un circuito alternativo de clubes nocturnos y bares clandestinos que facilitaron la expansión de un “submundo sexual” que acogió la extravagancia de los *fairies*. Parte del atractivo de estos lugares era, precisamente, que los visitantes pudieran olvidarse de las normas sociales que limitaban su conducta, observando y experimentando otras formas de comportamientos que considerarían cuestionables en otros contextos (Chauncey, 1994).

La Prohibición fue un fracaso en Nueva York. No solo no pudo impedir que las personas consumieran alcohol o socializaran entre sí de maneras impropias, sino que contribuyó al crecimiento de una economía clandestina controlada por la mafia y el crimen organizado. Esto motivó una revuelta popular contra la Prohibición que amenazó con deslegitimar la ley en sí misma, y que terminó por crear una subcultura clandestina que modificó los límites de lo aceptable en el espacio público, primando la desregulación y promiscuidad de los intercambios entre clases sociales y sexos (Chauncey, 1994).

El presidente Franklin Roosevelt derogó la Ley Seca y conminó a las autoridades a evitar que siguieran operando los bares clandestinos y clubes nocturnos que aparecieron con la Prohibición. Las leyes de control del consumo de alcohol que fueron creadas tras la Prohibición, no solo buscaban regular su consumo, sino también los espacios públicos que servían como puntos de venta y encuentro social. Para tales fines se creó la Autoridad Estatal de Licores (“State Liquor Authority”), la cual administraba las licencias comerciales de los lugares que podían vender alcohol y definía las sanciones para todo comportamiento público que se alejara de las normas sociales convencionales. Los bares *gay* fueron uno de los establecimientos más perjudicados con esta nueva normativa, ya que se asumía que en su interior abundaba el desorden y las malas prácticas. La legislación no prohibía explícitamente que los homosexuales

asistieran a dichos lugares, sin embargo su interpretación era arbitraria y se prestaba para abusos de todo tipo: la mera presencia de lesbianas, gays, prostitutas y otros indeseables convertían al lugar en “desordenado” y se justificaba, así, la intervención de la autoridad (Chauncey, 1994).

Con la derogación de la Ley Seca en 1933, comenzó a desarrollarse una nueva hostilidad hacia los homosexuales. Una serie de leyes y regulaciones fueron promulgadas y/o aplicadas a partir de los años treinta, que buscaban censurar las imágenes de gays y lesbianas en las obras de teatro y en el cine, contratar homosexuales en bares, restaurantes y clubes e incluso atenderlos. Las políticas antigay se intensificaron durante la Guerra Fría, cuando el Senador norteamericano Joseph McCarthy advirtió que los homosexuales amenazaban la seguridad de la nación, y la policía advertía que la presencia de homosexuales en la vía pública era una amenaza para los niños. Los gobiernos federal, estatal y local implementaron nuevas técnicas de control y vigilancia de los homosexuales, aumentando drásticamente las detenciones y arrestos (Chauncey, 1994).

El principal objetivo de esta política no fue erradicar la homosexualidad, sino prohibir su presencia en el espacio público, en las calles, bares, cafés y en los diarios, donde la autoridad temía que perturbaran el orden público y reprodujeran ajustes a las normas de género tradicionales. Pese a sus esfuerzos, el mundo gay amplió aún más sus márgenes durante los años cincuenta, sin embargo la vida gay se hizo menos visible en las calles y en los diarios de Nueva York; sus lugares de encuentro se convirtieron en espacios mucho más segregados y cuidadosamente ocultos, y los riesgos de visitarlos aumentaron cada vez más. “Para usar un concepto moderno, el Estado construyó un closet en 1930 y obligó a los hombres gay a esconderse adentro¹⁷” (Chauncey, 1994, p.9).

A partir de la década del cincuenta, el Congreso de Estados Unidos había adoptado una política que marginaba a los homosexuales de cualquier puesto gubernamental, señalando que aquellos que trabajaban en los servicios públicos eran un peligro para la seguridad del Estado y, por tanto, no podían trabajar en la administración pública. La derogación de esta normativa fue una de las principales motivaciones de la primera organización gay de Estados Unidos, la Mattachine Society, fundada en 1951 por Henry Hay (Contardo, 2011).

A medida que la organización se extendía, comenzó a tomar fuerza una nueva perspectiva sobre cómo articular las demandas. En la década siguiente a su creación, las estrategias utilizadas por Hay fueron reemplazadas por las de una nueva generación de activistas homosexuales que trataron de imitar el estilo reivindicatorio del movimiento de los

¹⁷ Traducción propia.

derechos civiles de los afroamericanos. Al comienzo, la Mattachine Society no usaba la expresión *movimiento homosexual*, sino más bien la de *movimiento homofílico*. Una de sus aspiraciones fue inspirar respeto, empatía y aceptación entre los heterosexuales a través de charlas y talleres informativos. Para tales fines, las explicaciones que aducían sobre sí mismos eran la de una condición médica inmodificable, situación que luego devino en una lucha explícita por la igualdad de derechos que no suponía ubicarse en una posición de desventaja respecto de sus pares heterosexuales (Contardo, 2011).

Este giro en la manera de proyectar el *movimiento homosexual*, se alejaba de las fórmulas usadas por los primeros movimientos de reivindicación política surgidos en Europa durante el siglo XIX, particularmente el impulsado por el abogado Karl Ulrichs (“los uranistas”) y el médico Magnus Hirschfeld con su famosa teoría sobre el “tercer sexo”. Ambos recurrían a la medicina para fundamentar sus argumentos y abogar por la despenalización de la sodomía; en ambos primaba una intención de tipo educativa que buscaba sensibilizar a los juristas y políticos respecto de la identidad de las personas fuera de la patología y la criminalidad (Contardo, 2011).

Los activistas de los sesenta abandonaron las pretensiones de sus predecesores europeos y se enfocaron en el logro de cambios políticos, esto es, reafirmando la idea de que eran una minoría de ciudadanos cuyos derechos civiles estaban siendo vulnerados. En este contexto, el primer logro fue haber sido reconocidos por la opinión pública como una “minoría”, concepto que cobró fuerza a partir de la lucha que dieron las personas de origen africano, de quienes se inspiraron para posicionarse como movimiento (Contardo, 2011).

La primera marcha pública de homosexuales se organizó en 1965, inspirada por las noticias que llegaban de la represión en Cuba¹⁸. Asistieron cuatro hombres y tres mujeres, quienes se reunieron frente a la Casa Blanca. Luego, las marchas se trasladaron a Filadelfia y, finalmente, lograron su madurez y masividad en 1969, en las cercanías del barrio Greenwich Village de Nueva York (Contardo, 2011).

Los tiempos que siguieron a la derogación de la Prohibición, estuvieron marcados por el funcionamiento de bares clandestinos que eran muy frecuentados por los homosexuales de la época. Los bares y clubes nocturnos fueron administrados por la mafia y el crimen organizado, quienes sobornaban a la policía y chantajeaban a los clientes más frecuentes del circuito. Esta red de chantajes se localizaba en la administración del bar Stonewall Inn, la cual fue descubierta por la policía (Contardo, 2011).

¹⁸ “Fidel Castro sostenía que la homosexualidad era un vicio burgués, ajeno a la virilidad natural del trabajador isleño y, por lo tanto, una amenaza para el régimen” (Contardo, 2011, p.254).

La autoridad policiaca intervino el lugar y para ello prescindió de los métodos tradicionales de investigación y detención de los chantajistas. Esta vez decidieron acosar el negocio con allanamientos y detenciones ilegales. La policía sabía que los homosexuales no se resistían y que su única preocupación era que sus identidades no fueran reveladas. Sin embargo, algo cambió el 28 de junio de 1969. La policía llegó al bar solicitando identificaciones y no todos fueron tan dóciles como de costumbre: algunos no quisieron entregar sus documentos y otros enfrentaron a los uniformados exigiendo razones que justificaran el operativo. Algunos fueron detenidos y otros puestos en libertad. En lugar de desaparecer del lugar, permanecieron afuera del bar esperando al resto (Contardo, 2011):

Los ánimos variaron fuera de Stonewall Inn (...) La violencia se desató cuando un policía empujó a una lesbiana dentro del furgón policial (...) Los reclamos subieron de tono y un hombre del grupo sacó un adoquín de la calle y lo arrojó al furgón policial. El resto lo imitó. Ahora, los policías se enfrentaban a un escenario imprevisto. La violencia fue creciendo y el escuadrón debió refugiarse dentro del bar (...) Durante cuarenta y cinco minutos mantuvieron sitiados a los policías, que solo lograron salir cuando llegaron los refuerzos. *“We are the Pink Panthers!”*, gritó un hombre homosexual negro en medio de la gresca (p.258).

Un año después, las organizaciones gay de la época acordaron celebrar los disturbios acontecidos en el bar de Stonewall con una marcha que reunió miles de manifestantes. Los disturbios los visibilizaron como minoría, y la marcha –bautizada como del “Orgullo gay”– confirmó la existencia de una comunidad que estaba dispuesta a dar la cara (Contardo, 2011).

La idea de “orgullo” es una traducción de la palabra “pride”, la cual admite los significados de “amor propio”, “visibilidad”, “autoafirmación” e incluso “salida del closet”. Al respecto, Didier Eribon (2000) sugiere que un movimiento cualquiera, que logra movilizar a un grupo minoritario expuesto históricamente al ostracismo, se constituye, siempre, a partir de una proclamación que reivindica el derecho a ser lo que se es. “Es lo que se puede llamar una inversión del *estigma*, para retomar la expresión del sociólogo Erving Goffman” (p.28), es decir, otorgarle una nueva significación a aquello que ha sido históricamente despreciado. Dado esto, no es casual que en sus inicios, el movimiento gay y lesbiano se haya inspirado en las formas de expresión que adoptó el movimiento negro. Tanto así que el primer lema del movimiento fue *“Gay is Good”*.

Junto con la reivindicación de los derechos ciudadanos, la agenda del movimiento gay estadounidense buscó cuestionar los estereotipos que existían sobre la figura de los homosexuales. Esto revertía cierto cuidado, debido a que gracias a los estereotipos muchos homosexuales que no se ajustaban a ellos podían refugiarse en una doble vida. Lo mismo que

sucedió con los *fairies* y los *queers* en la década de los treinta, ocurría ahora con los homosexuales que optaban por resaltar su apariencia masculina para mantener a raya las sospechas sobre su verdadera identidad. Para estas personas, un movimiento de reivindicación estaba lejos de ser un asunto que los representara, al contrario, les perturbaba que aquello que consideraban un asunto privado y secreto, pasara a ser una causa política (Chauncey, 1994; Contardo, 2011).

Para muchos homosexuales que se encontraban en el closet, adherir a grupos conservadores e integristas era un arma de sobrevivencia, un escudo que los protegía de la discriminación y que les permitía continuar con sus vidas sin que nadie sospechara. Para ello, debían dar prueba de su heterosexualidad. Algunos se casaban y formaban familias, otros apoyaban políticas ultraconservadoras, y así (Contardo, 2011).

De esta forma, los activistas homosexuales tomaron conciencia que sus principales opositores eran algunos de sus pares homosexuales, por tanto, la estrategia que utilizaron fue potenciar una imagen convencional de sí mismos, que resaltara públicamente los rasgos tradicionales con que hombres y mujeres se relacionaban entre sí. El objetivo era restarle importancia a las diferencias basadas en los estereotipos y normalizar lo más posible a la comunidad homosexual: cualquiera puede ser homosexual, no es necesario encajar con un determinado estereotipo para serlo. El problema es que esta estrategia suponía, implícitamente, menospreciar a los hombres afeminados y las mujeres masculinas, reproduciendo nuevamente el estigma que sufrieron los primeros homosexuales estadounidenses al ser discriminados por su afeminamiento y ruptura con ciertos estereotipos de género (Contardo, 2011).

Con todo, la homosexualidad comenzó a expresarse públicamente en términos masculinos. La revuelta de Stonewall desafió el estereotipo que permitía identificar fácilmente a los homosexuales, esto es, el afeminamiento clásico de los *fairies*. Al revelarse violentamente, los homosexuales aparecieron como “verdaderos hombres” frente a la opinión pública y, con ello, comenzó a construirse una estética masculina que serviría como referente identitario para la comunidad homosexual de aquella época, a saber, un estilo hipermasculino, musculoso, de pelo corto y bigote, el tipo de hombre al que cantaban el grupo Village People (Zanotti, 2007).

II. LA HOMOSEXUALIDAD COMO OBJETO DE UNA TÉCNICA Y UN DISCURSO QUE SE PROPONE EXPLICARLA.

“La elaboración y transformación de ciertas preferencias eróticas en un “carácter” –en una especie de esencia eróticamente determinada– nunca pueden ser una empresa científica desinteresada.

El intento de estabilizar una identidad es en sí mismo un proyecto disciplinario”.

Leo Bersani, 1998.

Homos.

1. La modernidad y sus instituciones político-científicas: Nuevos sentidos y formas de nominación de la sexualidad, los vínculos y el mundo privado.

El orden burgués de las repúblicas que se consolidaban en América Latina, instituyó un nuevo ethos moral y corporal que cruzaba todas las áreas de la vida de las personas, incluyendo su sexualidad. La vigilancia del cuerpo era tarea de la medicina, “nueva aliada del poder estatal para la estructuración de subjetividades y cuerpos” (Figari, 2012, p.39).

Todo desorden y exceso, especialmente en el plano sexual, será estrictamente observado y sancionado. Todo afecto o conducta que perturbe la relación conyugal-coital, y que desafíe los referentes de normalidad que residen en la familia y sus pilares, será tipificado como patología: el onanismo, la inversión e incluso la vida célibe constituirán el corpus de investigación de posibles dispositivos y terapéuticas, muchas de ellas vinculadas al campo de la criminología y las pericias psiquiátricas (Figari, 2012).

El relato médico de la época logró introducir en el discurso cotidiano –y en el pensamiento político– las ideas de control, prevención y gestión de la vida de las personas. Estas ideas se reproducirán a través de los distintos aparatos del Estado: la familia y su pedagogía de la adecuación normativa; las Iglesias y su reinterpretación de la doctrina sobre la sodomía a la luz de los avances de la ciencia; la literatura, las secciones policiales y la difusión de los primeros medios de comunicación masivos; la expertise de los peritos y las disciplinas psi, en solidaridad con las leyes y la policía (Figari, 2012).

En su articulación discursiva, esta nueva institucionalidad estatal referirá tanto a la psiquiatría y su creciente autonomía respecto del poder central, como al psicoanálisis y las transformaciones sociopolíticas que se desarrollaron en Europa y Estados Unidos durante la

primera mitad del siglo XX. A diferencia de lo descrito hasta ahora, la implantación de estas ideas en la sociedad estadounidense experimentaría un curso de circulación distinto del que tuvieron en Latinoamérica y Europa, particularmente, en relación a la emergencia de una subcultura homosexual organizada, que utilizó a su beneficio muchas de las categorías conceptuales que el saber médico, religioso y jurídico había articulado para referirse a una nueva clase de hombres que no coincidía, necesariamente, con los criterios diagnósticos de la inversión ni la sodomía.

1.1 La sociedad psiquiátrica norteamericana.

El establishment psiquiátrico norteamericano se constituye como tal desde mediados del siglo XIX. Si bien los Estados Unidos tienden a imitar el modelo manicomial europeo, a partir del siglo XX aparecen una serie de innovaciones en el campo de la salud mental que van precedidas por una sucesión de invenciones técnicas y productivas que terminaron por imponer una concepción propiamente capitalista de la racionalidad. “La vida entera se hace objeto de una apreciación cuantitativa, todos los resultados son mensurables en términos de éxito o de fracaso cifrables” (Castel, Castel y Lovell, 1980, p.56), y la misma temporalidad humana se identifica con lo que puede valer en términos de su productividad.

Entre los años 1860 y 1900, Estados Unidos recibe alrededor de catorce millones de inmigrantes. En 1870 se produce una depresión económica que dejó a millones de personas sin trabajo y, con ello, una revuelta obrera que justificó la intervención de las tropas federales. El fenómeno de la inmigración trae desde Europa las malas costumbres y las ideas subversivas, las cuales ponen en peligro a la sociedad estadounidense y su mito fundacional. Se inicia, entonces, un proyecto de saneamiento generalizado de la sociedad norteamericana que supuso la integración como objetivo, y la segregación de todo aquello que esté en abierta contradicción con el molde estadounidense (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Durante el primer decenio del siglo XX, se ensayaron diferentes técnicas de inclusión de los individuos marginados que rompieron con el alienismo precedente e inauguraron una nueva función, a saber, la administración de la salud mental y la invención de nuevas tecnologías de aprendizaje y rectificación de poblaciones cada vez más diversificadas: no solo de aquellas que están claramente enfermas, sino de aquellas que no lograban adaptarse a la racionalidad técnico-productivista de la sociedad norteamericana. Pese a su aparente diversidad, estas nuevas técnicas de manipulación del hombre han funcionado conjuntamente desde 1910 y se

han mostrado intercambiables y complementarias, en ningún caso excluyentes (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Uno de los encuentros más notables fue el coqueteo inicial que hubo entre el psicoanálisis y el *behaviorismo*. Ambos han sido cómplices y han funcionado conjuntamente porque uno y otro postulan –como principio operativo– la existencia de cierta plasticidad en el hombre: absoluta en el caso del behaviorismo y parcial en el caso del psicoanálisis. Al igual que el movimiento de higiene mental y los enfoques de corte preventivos, ambos aparecieron como respuesta al organicismo, a las teorías de lo innato y las corrientes degenerativas que mantenían la política del encierro o de la esterilización de los indeseables (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Psicoanálisis y behaviorismo plantearon nuevas tecnologías para tratar a los “ineducables”, soluciones más ligeras, menos costosas y susceptibles de infinitas aplicaciones, las cuales no requerían ser controladas por la justicia. Ocurrió, también, un desplazamiento de los lugares de intervención, posibilitándose el tratamiento sin que ello implicara encerrar a los individuos ni separarlos de sus entornos cotidianos. El especialista, provisto de una técnica en apariencias “neutra”, podía desplazarse al lugar de ocurrencia del desorden y expandir sus influencias fuera del manicomio y las cárceles: las familias, la escuela, las empresas, etc. (Castel, Castel y Lovell, 1980).

1.2 La implantación del psicoanálisis en Estados Unidos.

Sigmund Freud empezó a ser conocido en los Estados Unidos por sus aportes iniciales a la neurología. La crisis del “somatic style” de fines del siglo XIX inauguró un interés creciente por las psicoterapias, las cuales lograron integrarse plenamente en la cultura y medicina estadounidenses (Castel, Castel y Lovell, 1980; Illouz, 2010).

A comienzos del siglo XX, la psicología era una disciplina académica que gozaba de cierta validación por el establishment médico estadounidense, el cual se mostró muy receptivo a la psicoterapia y otras prácticas no científicas de curación emprendidas por grupos espiritualistas o religiosos. Por tanto, los métodos de curación *a través de la mente* que proponía el psicoanálisis, ya estaban bastante establecidos en los Estados Unidos, incluso antes que Freud dictara sus conferencias en la Clark University (Illouz, 2010). Quien gestionó su visita fue Stanley Hall, cuyo interés en la obra freudiana radicaba en sus investigaciones sobre la infancia y el desarrollo psicosexual del individuo. Junto con Freud, viajaron también Carl Jung y Sandor Ferenczi (Castel, Castel y Lovell, 1980).

El cinco de septiembre de 1909 llegaron a Worcester, y el lunes seis de septiembre comenzaron las conferencias en la Clark University. Éstas cubrieron el conjunto de los aspectos fundamentales de la teoría psicoanalítica, y convocaron a representantes del mundo académico e intelectual de la sociedad norteamericana, miembros de la prensa y los principales grupos de difusión cultural de Boston. Su impacto podría valorarse al menos en dos aspectos esenciales: el primero refiere a su contribución al equilibrio interno de la medicina, y el segundo a sus influencias sobre los cambios que experimentó la sociedad estadounidense en el campo de los valores y las costumbres (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Tal como sugieren Castel, Castel y Lovell (1980), el psicoanálisis aportó una solución a una crisis interna de la medicina psiquiátrica norteamericana. El alienismo y la neurología de comienzos del siglo XX perdían legitimidad y adeptos entre la comunidad científica. Ninguno de ellos ofrecía un esquema de conjunto que integrara la complejidad del malestar social e individual de la época. Pese a que algunos neurólogos y psiquiatras continuaron negándole todo valor científico, la implantación del psicoanálisis en los Estados Unidos permeó la enseñanza y formación de la mayoría de los psiquiatras, progresando en la marginalidad y en círculos de prestigio que le valieron su reconocimiento en la elite intelectual de dicho período.

Sin embargo, y por sobre lo anterior, el psicoanálisis fue una respuesta a una crisis de las costumbres norteamericanas, “en particular de los modelos tradicionales de sexualidad de la ‘American civilized morality’ herederos de la rigidez moral de los inicios de la República” (Castel, Castel y Lovell, 1980, p.41). La nueva doctrina psicologizó a ultranza e impuso su lectura unilateral de los acontecimientos políticos y sociales, depositando en el tejido social estadounidense unas tramas de interpretación que desplazaron el centro de gravedad de las intervenciones que tradicionalmente han estado vinculadas a la medicina mental. Con todo, el psicoanálisis fue integrado en un momento decisivo de transformación de la sociedad norteamericana, como nueva tecnología de la relación (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Esto coincide con la imagen que Freud ya tenía acerca de la sociedad estadounidense y sus condiciones de vida. Parte de sus impresiones están relatadas en la correspondencia que mantuvo con sus colegas europeos y algunos analistas locales, destacando, entre otros, el intercambio epistolar que mantuvo con James Jackson Putnam, neurólogo y analista de la Universidad de Harvard. Meses antes de su visita a la Clark University, Freud le confió a Ferenczi que le temía a la mojigatería del nuevo continente; tras su regreso a Europa, informó a Jung que, a su juicio, los estadounidenses no tienen tiempo para la libido, deplorando el rigor de la castidad norteamericana y refiriéndose a sus habitantes como sexualmente insulsos e insípidos (Abelove, 2000; Gay, 2001). Tal como le comentó a Putnam años después de sus

conferencias en la Clark University: “la moral sexual –tal como la define la sociedad en su forma más extrema, la norteamericana– me parece muy despreciable. Abogo por una vida sexual incomparablemente más libre” (Freud, 1915, citado en Gay, 2001).

Según el historiador Henry Abelove (2000), la frialdad con que Freud describía a los estadounidenses en su relación con el sexo y los afectos, se relacionaba directamente con su compulsión a sublimar la “energía sexual”. Tal como señala Peter Gay (2001), “en todos y en cada uno de los norteamericanos [Freud] veía víctimas de una retentiva sádico-anal hostil al placer, pero que, al mismo tiempo conducía a la más agresiva de las conductas en los negocios y la política” (p.631), agregando que por ello no se interesaban en “aspectos poco prácticos de la vida, como *hobbies* inocentes o los logros superiores de la cultura” (p.632), canalizando su “energía sexual” a través del consumo, el dinero y la acumulación, rasgos todos que dieron forma al apodo con que Freud caracterizaba a Estados Unidos: *Dolaria*.

En su correspondencia con James Jackson Putnam, Freud intentó sin muchos frutos convencerlo que depusiera su moralismo y que abandonara sus esfuerzos por impugnarle al análisis de sus pacientes sus propios ideales y aspiraciones morales. Putnam defendía la idea de que no bastaba solo con que los pacientes se conocieran a sí mismos y sanaran de sus síntomas, sino que además debían adoptar ideales más elevados que enriquecieran su vida cotidiana. Para ello estimaba que su tarea como analista era conducir a sus pacientes hacia la sublimación de sus mociones pulsionales, frente a lo cual Freud le respondió que si esta tarea era asumida por los analistas, no hacían más que alejarse del psicoanálisis y asumir los deberes del maestro y de quienes se erigen como modelos de virtud (Hale, 1971, citado en Abelove, 2000).

En línea con lo señalado anteriormente, la socióloga Eva Illouz (2007; 2010) sostiene que la visita de Freud a Estados Unidos y la recepción de sus ideas por parte de la elite intelectual de la época, produjeron un cambio cultural en la sociedad estadounidense que estuvo marcado por la articulación de un nuevo estilo emocional terapéutico, cuyo objetivo principal fue reconfigurar la vida emocional de los individuos.

Freud creó un nuevo lenguaje para describir la psiquis, y, al hacerlo, formuló nuevos códigos culturales que le otorgaron sentido a las transformaciones que estaban experimentando la familia, la sexualidad y las relaciones entre los sexos, brindando un nuevo marco interpretativo que permitía hacer frente a dichas transformaciones (Illouz, 2010). De esta forma, los modelos psicológicos de inspiración psicoanalítica se esparcieron rápidamente por la sociedad estadounidense, principalmente porque lograban traducir los problemas centrales de la vida en un lenguaje híbrido que combinaba las metáforas de la curandería y los mitos

populares, con el lenguaje dominante de la medicina. En suma, muchas de las ideas de Freud contradecían las normas sexuales prevalecientes, y “ofrecían nuevos *modelos narrativos* para otorgarles sentido y moldear las historias de vida” (p.54).

Las cinco conferencias de Freud no solo permitieron comprender los conceptos centrales de su pensamiento, sino también detenerse en las metáforas, las normas, los valores y los modelos culturales del yo contenidos en aquellos textos (Illouz, 2010). La inclusión del problema de los lapsus linguae y la consecuente problematización de la vida cotidiana, permitió hacer de lo que no tenía sentido, algo cargado de significado. Al fijar su atención en dicha esfera, dotó al yo ordinario de un nuevo encanto, ubicándolo en un lugar de misterio e incógnita, sujeto a ser descubierto y analizado por los otros. A juicio de Illouz (2007), “lo que hizo del yo un atractivo objeto de imaginación fue el hecho de que ahora sintetizaba dos imágenes culturales opuestas: la de la normalidad y la de la patología” (p.27). El gran logro cultural de Freud consistió en ampliar el campo de lo normal e incluir en él todo aquello que hasta entonces había sido sancionado como patológico, problematizando, de paso, el concepto de salud y normalidad.

En este nuevo espacio cultural imaginado, la familia nuclear ocupó un lugar central. Illouz sugiere que, en la imaginación psicoanalítica, la familia es el punto de origen del yo, causa y fundamento de la propia vida emocional. De una u otra forma, en el discurso psicoanalítico freudiano la familia desempeñó una función fundamental en la constitución de “las nuevas narrativas de la individualidad, dado que era tanto el origen mismo del yo como aquello de lo que tenía que liberarse” (Illouz, 2007, p.25).

En términos históricos, la estructura familiar estadounidense sintonizaba muy bien con la narrativa del complejo de Edipo. La explicación que ofrecía el complejo, habría contribuido a naturalizar el hecho de que la conformación de la identidad dependía de la familia, sus vínculos y avatares (Illouz, 2010). A juicio de Illouz, la narrativa cultural del Edipo pudo ser apropiada por la cultura norteamericana debido a que se ajustaba muy bien con la estructura preexistente de la *familia invernadero* descrita por el historiador John Demos, ésta es, un tipo familiar caracterizado por una baja en la tasa de natalidad, una diferencia generacional importante entre padres e hijos, una especialización en los roles de género que definía a las mujeres como madres y a los hombres como actores fuera del hogar, y una intensificación de los vínculos emocionales entre las madres y los hijos (Demos, 1997, citado en Illouz, 2007; 2010).

En ese sentido, se convirtió en un modelo de la familia y un modelo para la familia, un lenguaje descriptivo que establecía la posición del yo en la nueva familia y un

lenguaje prescriptivo que sugería cómo debía el yo entender su relación con la familia (Illouz, 2010, p.60).

2. Psicoanálisis y Homosexualidad.

2.1 El orden psicoanalítico y la reflexión de Freud sobre la homosexualidad.

Para muchos intelectuales y personalidades del mundo de las artes, la obra de Freud representó la esperanza en un porvenir que fundaba sus bases en una nueva moral, “un discurso que [autorizaba] a pensar y vivir fuera de las convenciones establecidas y de las morales mayoritarias” (Eribon, 2004, p.218). El psicoanálisis encarnó la promesa de una liberación que suscitó la adhesión entusiasta de numerosas mujeres, gays y disidentes de toda clase que observaron en la irrupción de ese discurso sobre el inconsciente, la sexualidad y el deseo, un instrumento intelectual que facilitaba las bases para una crítica del orden sexual y la moral tradicional.

Si bien la palabra circuló y permitió efectos de liberación importantes entre los grupos y clases oprimidas, la reflexión de Freud en torno a la homosexualidad fue más bien errática y no siempre muy coherente (Eribon, 2004). Por una parte, Freud rechazó la pretensión de la psiquiatría de patologizar la homosexualidad y convertirla en un signo de degeneración, abogando, incluso, por su despenalización. Por ejemplo, en 1903, fue entrevistado por el diario de Viena *Diet Zeit* a propósito de un escándalo local que condenaba a un destacado profesional por sus prácticas homosexuales. Al respecto, Freud dijo lo siguiente:

Defiendo la postura de que el homosexual no es propiedad de un tribunal. Además tengo la firme convicción de que tampoco los homosexuales deben ser tratados como enfermos, ya que una orientación perversa está lejos de ser una enfermedad. ¿Eso acaso no nos obligaría a caracterizar como enfermos a grandes pensadores e intelectuales a quienes admiramos por su salud mental?¹⁹ (citado en Abelove, 2000, p.175).

Pese a la claridad con que se manifestó en contra de su criminalización, es posible observar que a través de su obra siempre estuvo presente la cuestión de si es posible tratar la homosexualidad, situación que se encuentra tematizada de forma explícita en su obra “Tres ensayos de teoría sexual”.

¹⁹ Cita original: Spiers, H. & Lynch, M. (1977). The Gay Rights Freud. *Body Politic*, (33), 8-10.

En el primer ensayo sobre “Las aberraciones sexuales”, Freud (1905) emplea la palabra “inversión” del mismo modo que lo hacían los psiquiatras de su época, en particular, los estudios sobre las perversiones sexuales de Krafft-Ebing y los del sexólogo británico Havelock Ellis, rescatando los dos sentidos que ambos le otorgan al término, a saber, la “inversión interior” del sujeto (alma de mujer en el cuerpo de un hombre, lo que antaño algunos denominaban “tercer sexo”) e “inversión del objeto sexual” (hombres cuyo objeto sexual no es la mujer, sino el hombre; y mujeres que no tienen por tal objeto al hombre, sino a una mujer).

Al comienzo del ensayo, Freud (1905) introduce los conceptos de “objeto” y “meta sexual”, señalando que la ciencia ha mostrado la existencia de numerosas desviaciones respecto de ambos, cuya relación con la *norma supuesta* exigiría un análisis más profundo. De entrada, la inversión es definida en relación a una norma, la cual en ningún caso se organiza en torno al consenso, la naturaleza o las costumbres, sino más bien supone un ordenamiento que es siempre singular y que depende de la historia personal del sujeto (Laplanche y Pontalis, 2001). Aun cuando esto incorpora una noción acerca de la sexualidad que sería novedosa, muestra, no obstante, una concepción evolucionista del desarrollo sexual, entendido como un proceso orientado a un resultado esperable que tipifica como “normal”, en este caso, heterosexual (Eribon, 2004).

En este contexto, el primer ensayo está lleno de tensiones, incluso entre las citas agregadas en 1910, 1915 y 1920, particularmente respecto de la hipótesis de Freud acerca de la bisexualidad universal. Si bien es una hipótesis que podría servir para desestabilizar la idea de una normalidad heterosexual, la obra no abandona el principio de que existiría un término normal del desarrollo, situación que, en relación a la inversión, obliga a pensar que algunos individuos no alcanzarían dicho estado. Al respecto, Freud (1905) refiere que el rasgo de la inversión se encuentra en el individuo desde siempre, agregando que dicho carácter “puede conservarse durante toda la vida, o bien desaparecer en algún momento, o representar un episodio en la vía hacia el desarrollo normal” (p.125).

La respuesta aquí sería apelar a que algunos sujetos experimentarían una detención en un estadio infantil del desarrollo psicosexual, que fijaría el deseo y la libido en un objeto no esperable bajo los parámetros de un cierto “itinerario” de desarrollo. En tal sentido, la fundamentación de un proceso que supone la vivencia de distintas “etapas”, contribuye a situar en el horizonte del ciclo evolutivo, la evidencia de que la heterosexualidad es el punto al que todo individuo debería llegar (Eribon, 2004). La normalidad aparece, entonces, como criterio diferenciador respecto de otras posibilidades, las cuales, en lo sucesivo, serán interpretadas

como desviaciones. Si hay inversión y perversión, hay, también, una normalidad que el invertido contraviene, “una norma de la que la perversión se aparta” (p.238).

La investigación psicoanalítica... sabe que todos los hombres son capaces de elegir un objeto de su mismo sexo, y aun lo han consumado en el inconsciente (...) El psicoanálisis considera más bien que lo originario a partir de lo cual se desarrollan luego, por restricción hacia uno u otro lado, tanto el tipo normal como el invertido es la independencia de la elección de objeto respecto del sexo de este último, la posibilidad abierta de disponer de objetos tanto masculinos cuanto femeninos, tal como se la puede observar en la infancia, en estados primitivos y en épocas prehistóricas (Freud, 1905, p.132)²⁰.

Pese a que Freud (1905) reconoce que “en el sentido del psicoanálisis, ni siquiera el interés exclusivo del hombre por la mujer es algo obvio, sino un problema que requiere esclarecimiento” (p.132), su interés radica más bien en explicar las causas de la inversión, las vicisitudes del desarrollo libidinal y la superación de fases “arcaicas” que impiden el desarrollo normal de la sexualidad. La heterosexualidad no se interroga con tal determinación, no deja de suponerse como resultado de un desarrollo sexual óptimo. Por tanto, la pregunta clínica por las posibilidades de cura de la inversión irrumpe como un paso necesario que tampoco queda del todo resuelto en su obra.

Sobre este punto existen distintas referencias, las cuales, a su vez, son tremendamente contradictorias e inespecíficas. Respecto del comportamiento sexual, Freud (1905) describe tres tipos de invertidos: los absolutos, anfígenos y ocasionales. Además de esta clasificación, Freud señala que los tres presentan un juicio distinto sobre la particularidad de su pulsión sexual, refiriendo que algunos

toman la inversión como algo natural, tal como el normal considera la orientación de su libido, y defienden con energía su igualdad de derechos respecto de los normales; otros se sublevan contra el hecho de su inversión y la sienten como una compulsión patológica (Freud, 1905, pp.124-125).

Luego de constatar dicha diferencia de juicio –que no es otra cosa que el registro que sus propios pacientes hacían sobre su experiencia–, Freud (1905) señala que esta rebeldía contra “la compulsión a la inversión podría ser la condición para que pueda ser influida por un tratamiento de sugestión” (p.125) o por el mismo psicoanálisis²¹. Con todo, Freud se embarca

²⁰ Nota agregada de 1915.

²¹ Nota agregada de 1910.

en la comprensión del fenómeno de la inversión y descarta la posibilidad de resolver el asunto apelando a la hipótesis de que sería una desviación innata o adquirida.

En su nota agregada de 1915, Freud (1905) señala que “la conducta sexual definitiva se decide solo tras la pubertad” (p.132), agregando que sería el resultado de factores cuya naturaleza sería en parte constitucional y en parte accidental. En el caso de la inversión, sería posible constatar el predominio de constituciones arcaicas, mecanismos psíquicos primitivos, la vigencia de la elección narcisista de objeto y la retención de la importancia erótica de la zona anal. Entre los factores accidentales que inciden sobre la elección de objeto, Freud destaca la frustración o experiencia de amedrentamiento sexual temprano, y la presencia-ausencia de ambos miembros de la pareja parental: “la falta de un padre fuerte en la infancia favorece no rara vez la inversión” (p.133).

Freud no abandona sus esfuerzos por explicar la homosexualidad. Pese a señalar que “la investigación psicoanalítica se opone terminantemente a la tentativa de separar a los homosexuales como una especie particular de seres humanos”²² (Freud, 1905, p.132), años después vuelve a tematizar la posibilidad de curar y explicar la homosexualidad, construyendo una “psicogénesis” a partir de un caso de homosexualidad femenina.

En este texto, Freud (1920) señala que no sería misión del psicoanálisis solucionar el problema de la homosexualidad, ya que “la empresa de mudar a un homosexual declarado en un heterosexual no es mucho más promisorio que la inversa” (pp.144-145). Esta afirmación es ratificada en abril de 1935, en una carta que Freud le escribe a la madre de un homosexual (Lewes, citado en Eribon, 2004). En ella explicita su posición respecto del tema: 1) La homosexualidad no es un vicio ni una degradación, tampoco una enfermedad; es una variación de la función sexual, producto de una detención en el desarrollo normal; 2) La homosexualidad no es un delito, por ende, no debe ser perseguida ni penalizada; 3) La terapia psicoanalítica no puede comprometerse con la supresión de la homosexualidad, y esto porque en la mayoría de los casos no es posible; 4) En caso que el individuo esté desdichado o neurótico, y experimente cierta inhibición social o conflicto psíquico, el psicoanálisis sí puede aportar con cierta armonía y paz espiritual, ya sea que siga siendo homosexual o experimente un cambio.

Si el psicoanálisis no puede curar la homosexualidad, “tiene que conformarse con revelar los mecanismos psíquicos que han llevado a decidir la elección de objeto, y rastrear desde ahí los caminos que llevan hasta las disposiciones pulsionales” (Freud, 1920, p.163). Bajo esa hipótesis, Freud construye una psicogénesis y sitúa como punto de conflicto, las vicisitudes del Complejo de Edipo, su configuración y la posición que ocupa el sujeto respecto

²² Nota agregada de 1915.

de su trama fantasmática. Sin ánimo de querer profundizar sobre aquello, interesa situar la crítica que formula Eribon (2004) respecto de la explicación psicoanalítica del fenómeno de la inversión, en particular, aquella que responsabiliza a la estructura familiar heterosexual de ser el soporte del edificio teórico del psicoanálisis:

Los conceptos del psicoanálisis son solo la consignación y la codificación de una situación histórica (la familia burguesa de finales del siglo XIX), y no son, por ende, más que mitos científicos fraguados por una estructura social y por un inconsciente social que confieren a una determinada norma, y a la definición de “normalidad” que se deduce de ella, una evidencia con relación a la cual cualquier otro comportamiento debe explicarse (p.239).

Habrá que seguir la evolución que tiene la reflexión sobre la homosexualidad, particularmente, entre quienes descubren en el psicoanálisis los supuestos para fundamentar el tratamiento de la homosexualidad. Lo descrito hasta aquí sirve como antecedente para evaluar críticamente su interpretación y “adopción” como soporte al modelo terapéutico reparativo.

2.2 La institucionalización del psicoanálisis y la búsqueda del “verdadero Freud”.

La postura de Freud sobre la imposibilidad de curar la homosexualidad fue la tendencia dominante en el pensamiento psicoanalítico. Pese al pesimismo inicial, muchos analistas contemporáneos a Freud siguieron incursionando en sus esfuerzos por redefinir, en términos psicológicos, los comportamientos sexuales que eran calificados como socialmente despreciables, generando, así, la esperanza de que una intervención médica podía modificarlos (Drescher, 1998). Esto fue aún más crítico en relación al estatus psíquico y social de los médicos homosexuales que deseaban ser admitidos como analistas por la Asociación Psicoanalítica Internacional (en adelante, IPA) y el resto de las sociedades psicoanalíticas que existían en esa época, particularmente los grupos de Viena, Berlín y Nueva York.

El conflicto estaría fechado. En 1921, la Asociación Holandesa de Psicoanálisis recibió la solicitud de membresía por parte de un médico conocido por ser abiertamente homosexual. Ante la duda, optaron por llevar la inquietud a uno de los miembros del círculo íntimo de Freud, Ernest Jones, quien lo mantuvo informado por carta de su resolución. Jones aconsejó en contra de su admisión y le preguntó si dicho rechazo sentaría un precedente para futuros casos. Freud confrontó sus impresiones con Otto Rank y le contestaron objetando su proceder ante el caso de la Asociación Holandesa:

Su pregunta, estimado Ernest, concierne a la posible calidad de miembros homosexuales, ha sido considerada por nosotros y discrepamos con usted. En efecto, no podemos excluir tales personas sin tener otras razones suficientes, así como no estamos de acuerdo con su persecución legal. Sentimos que en tales casos una decisión debería depender de un cuidadoso examen de otras cualidades del candidato²³ (citado en Abelow, 2000, pp.176-177).

Las noticias de este intercambio llegaron a los analistas de Berlín, entre ellos Hans Sachs, Karl Abraham y Max Eitingon, quienes le escribieron a Freud preocupados por un asunto que aún no habían definido. La discusión se extendió durante el mes de diciembre del año 1921, generando divisiones entre los miembros que secretamente dirigían la IPA (Abelow, 2000). El grupo de Viena se mostró más tolerante que el de Berlín. Estos últimos pensaban que los homosexuales no eran capaces de ser analistas porque el mismo psicoanálisis no los había “curado” de su “inversión”. Con el respaldo de Freud, Rank se opuso al grupo de Berlín, señalando que las personas homosexuales debían poder ingresar a la profesión psicoanalítica como cualquier otra persona y ser evaluados de acuerdo a sus competencias y habilidades (Roudinesco, 2001). Jones, por su parte, rehusó aceptar esta posición y respaldó al grupo de Berlín, declarando que la homosexualidad era “un crimen repugnante: si uno de nuestros miembros incurría en aquello, seríamos todos seriamente desprestigiados²⁴” (párr. 14).

El problema fue, entonces, uno de tipo político. Lo que posiblemente arriesgaban era el estatuto científico del psicoanálisis y su prestigio entre la comunidad psicoanalítica. La posición de Jones no solo impactó sobre la manera en que se institucionalizó el psicoanálisis fuera del círculo de Viena, sino también influyó en la forma en que el psicoanálisis fue comprendiendo la homosexualidad y sus vínculos con la psicopatología y la psicoterapia.

Anna Freud²⁵ reforzó la impronta de Jones en contra de los candidatos homosexuales y recibió el apoyo de las sociedades norteamericanas afiliadas a la IPA, incluso la escuela Kleiniana. Pese a que esta última fue más liberal, su visión acerca de la homosexualidad contribuyó a que fuera tratada por muchos años como una patología *borderline* y que los pacientes homosexuales fueran clasificados como afectados por un desorden patológico de naturaleza psicótica (Roudinesco, 2001).

²³ Al final de su artículo, Henry Abelow señala que esta cita forma parte de un grupo de cartas conocido como “Rundbriefe”, preservado en la *Otto Rank Collection* y depositado en la biblioteca de *Columbia University*.

²⁴ Traducción propia.

²⁵ Durante su práctica clínica, Anna Freud intentó transformar a sus pacientes homosexuales en buenos padres de familias heterosexuales; en 1956, le pidió a la periodista Nancy Procter-Gregg que no publicara la famosa carta de su padre de 1935, dirigida a la madre de un joven homosexual estadounidense (Roudinesco, 2001).

Jacques Lacan, por su parte, no solo aceptó a homosexuales en análisis evitando reeducarlos o prevenirlos de ser analistas si eso era lo que deseaban, sino que cuando fundó la “Ecole Freudienne de Paris” (EFP) en 1964, aceptó introducir un principio de inclusión de analistas homosexuales. “Yo misma fui miembro de la EFP y puedo decir que había tolerancia, incluso entre quienes odiaban a los homosexuales. La homofobia personal y privada es una cosa, establecer políticas discriminatorias es otra” (Roudinesco, 2001, párr. 25).

Quienes se opusieron radicalmente al pensamiento de Freud sobre la homosexualidad fueron los analistas Sandor Rado, Irvin Bieber y Charles Socarides, quienes encontraron en la Asociación Americana de Psicoanálisis (en adelante, APsaA) la legitimidad que requerían para institucionalizar su pensamiento y conservar una visión patologizante sobre la homosexualidad. Uno de los que se opuso a este tipo de políticas fue Richard Isay, conocido como el primer analista abiertamente gay de la APsaA. Desde su rol como Director del Comité de Programa de la Asociación, solicitó al Directorio de Normas Profesionales de la APsaA que ratificara la declaración anti discriminación que la misma Asociación había aprobado en 1973 tras la despatologización de la homosexualidad. Luego de varios intentos –y en respuesta a una demanda legal por discriminación–, en 1991 la APsaA adoptó una política de no discriminación por orientación sexual en relación a la selección de candidatos a analistas, la cual fue revisada al año siguiente²⁶ (Roughton, citado en Lynch, 2006; Drescher, 2008).

La decisión implementada por la APsaA no necesariamente determinó un cambio en la política institucional de la IPA. En 1997 se realizó un encuentro de la Asociación Internacional en Barcelona. Ralph Roughton fue uno de los analistas invitados a presentar en una de las mesas de trabajo del encuentro. La descripción del módulo comenzaba con una pregunta: “La homosexualidad, ¿qué tipo de patología es?²⁷”. Quien moderaba la mesa comenzó citando a Charles Socarides; luego, un analista argentino presentó a una paciente psicótica como un caso de homosexualidad y muchos de los asistentes comentaron la presentación estableciendo vínculos entre homosexualidad y pedofilia (Roughton, citado en Lynch, 2006). Roughton decidió reconocer públicamente su homosexualidad y responder a los comentarios desde su posición como formador de futuros analistas y miembro de la APsaA; describió la lucha que dieron muchos analistas homosexuales estadounidenses en sus esfuerzos por ser formalmente reconocidos por la IPA, sugiriendo, de paso, una aproximación clínica al problema que

²⁶ En 1992 se creó el Comité de Gays y Lesbianas (“Committee on Gay and Lesbian Issues”). Uno de sus principales objetivos fue identificar áreas de trabajo al interior de la Asociación que continuaban operando con un sesgo “anti-homosexual”, incidiendo sobre la formación de futuros analistas y revisando el currículum de formación de las distintas escuelas de psicoanálisis (Drescher, 2006).

²⁷ Traducción propia.

considerara no solo las condiciones sociales y políticas que inciden sobre la salud mental de las personas homosexuales, sino también la “innegable existencia de gays y lesbianas sanas y maduras²⁸” (Roughton, 1999, citado en Roudinesco, 2001, párr. 23).

Fue necesario esperar cinco años más para que la IPA adoptara, formalmente, una política antidiscriminatoria. En ese cometido, Roughton fue elegido por el Consejo Ejecutivo de la APsaA para representarlos en la Asamblea de Delegados de la IPA. En su reunión en Santiago de Chile, en 1999, la Asamblea aprobó la norma antidiscriminatoria propuesta por Roughton, sin embargo el Consejo Ejecutivo de la IPA eliminó toda referencia a la homosexualidad antes de ratificarla, por lo tanto, aprobaron una política inespecífica que fue duramente refutada por los analistas estadounidenses. El año 2001, en Nice, el Consejo de la IPA nuevamente rechazó la inclusión de cualquier palabra que especificara un trato no discriminatorio hacia las personas homosexuales (Roughton, citado en Lynch, 2006). Ese mismo año, Roughton decidió escribirle al presidente de la IPA, Daniel Widlöcher, preguntándole si finalmente la declaración antidiscriminación incluiría a la homosexualidad:

De cierta forma, estábamos forzando una respuesta de su parte. La respuesta que recibimos fue, “sí, si incluye a la homosexualidad”. Widlöcher solicitó que el Comité Ejecutivo de la IPA presentará dicha norma al Consejo Ejecutivo ampliado de la IPA como su propia moción, y así lo hicieron. Después de un intenso debate, el Consejo Ejecutivo aprobó una formulación similar a nuestra propuesta original²⁹ (p. 269).

2.3 Precusores de la terapia reparativa.

Un giro importante ocurrió en 1940 con los trabajos del psicoanalista Sandor Rado, quien refutó el concepto freudiano de bisexualidad y repensó el origen psíquico de la homosexualidad, mostrándose optimista respecto de sus posibilidades de tratamiento psicoterapéutico. Rado creía que la teoría freudiana de la bisexualidad estaba basada en una incorrecta analogía con la bisexualidad anatómica. A su juicio, Freud se equivocó al asumir que la sexualidad ambigua de los cigotos implicaba la presencia de atributos masculinos y femeninos en la psique, lo cual interpretó como un salto arbitrario desde el campo de lo embriológico a lo psicológico (Bayer, 1987; Drescher, 1998).

Rado tomó a la anatomía reproductiva como punto de partida de su argumentación, señalando que el par masculino-femenino era un patrón natural y saludable de la adaptación sexual. Sin embargo, pese a que la biología dictaminaba la naturaleza apropiada de la

²⁸ Ídem.

²⁹ Ídem.

sexualidad, los seres humanos no heredaban los patrones biológicos relacionados con el uso de sus órganos sexuales, por tanto, la cultura y sus invenciones se ocuparían de dicha función, estableciendo distintos principios para organizar la sexualidad de las personas. Es así como “a través de la institución del matrimonio, los patrones sexuales masculinos-femeninos se perpetúan culturalmente en cada individuo”³⁰ (Rado, 1969, p.212, citado en Drescher, 1998).

Dado lo anterior, no existiría algo así como un “instinto” o “impulso” homosexual³¹ innato. Para Rado, la heterosexualidad era la única salida no patológica del desarrollo sexual humano, por tanto, la homosexualidad solo se explicaría en razón del impacto de una fuerza ambiental abrumadora, de un miedo profundo o un resentimiento insoportable que recae sobre el órgano sexual contrario y que gatilla la huida hacia la homosexualidad. En ese sentido, la homosexualidad sería una adaptación deficiente que involucra al organismo en respuesta a su descontrol y sobrerreacción (Drescher, 1998); representa

un intento de *reparación*³² por parte de los seres humanos para alcanzar el placer sexual cuando la salida heterosexual normal resultó ser demasiado amenazante. Mientras que el miedo y el resentimiento podían contrarrestar la expresión natural del deseo heterosexual, estos no podían destruirlo. Solo una “desorganización psicótica” podía lograr dicho cometido³³. (Rado, 1962, citado en Bayer, 1987, p.29).

Una vez explicada la homosexualidad como una respuesta fóbica frente a los miembros del sexo opuesto, Rado y sus seguidores asumieron una postura más optimista frente a las posibilidades de cura de la homosexualidad. En 1950, la Sociedad Médica de Psicoanálisis de Nueva York condujo uno de los estudios psicoanalíticos más ambiciosos realizados hasta la fecha, sistematizando una serie de datos provenientes de una gran muestra de pacientes que se encontraban en tratamiento psicoanalítico. La investigación contó con el reporte de 77 psiquiatras, los cuales aportaron con información de 106 pacientes homosexuales masculinos³⁴ y 100 pacientes heterosexuales masculinos que sirvieron como grupo de control. A todos los analistas que participaron se les aplicó un cuestionario que incluía 450 ítems, los cuales cubrían distintos temas de interés (familiar, social, diagnóstico y psicoterapéutico). Los resultados de dicho estudio fueron publicados en 1962 bajo la autoría de Irving Bieber, quien apareció como investigador principal (Bayer, 1987).

³⁰ Traducción propia.

³¹ Traducción de la palabra “homosexual drive”.

³² La cursiva es mía.

³³ Traducción propia.

³⁴ Si bien sus conclusiones son válidas para el caso de la homosexualidad masculina, Bieber señala que la etiología del “lesbianismo” sigue la misma línea de pensamiento utilizada para el caso masculino.

Bieber señaló que el estatus patológico de la homosexualidad no era, en sí mismo, el objeto de investigación del estudio. A diferencia de otras orientaciones teóricas que descartó por considerarlas inadecuadas, destacó el hecho que todas las teorías psicoanalíticas de la época asumían que la homosexualidad era una psicopatología, por tanto, el logro principal del estudio fue desarrollar un análisis sistemático de los factores etiológicos responsables de la patología, y una comprensión más precisa de su pronóstico para efectos de una cura psicoanalítica (Bayer, 1987).

Al igual que Rado, Bieber rechazó tajantemente la hipótesis freudiana de la bisexualidad constitucional y la existencia de un impulso homosexual innato. A su juicio, “la heterosexualidad exclusiva es la norma biológica y, a menos que esté interferida, todo individuo es heterosexual”³⁵ (Bieber et al., 1962, p.319, citado en Drescher, 1998), concluyendo que la homosexualidad sería “una adaptación biosocial y psicosexual patológica, que surge como consecuencia de un temor generalizado frente a la expresión de sus impulsos heterosexuales. En nuestra visión, todo homosexual es, en realidad, un heterosexual latente”³⁶ (Bieber et al., 1962, p.319, citado en Drescher, 1998). Con todo, la homosexualidad sería el síntoma de un miedo irracional hacia la heterosexualidad, y la adaptación homosexual sería un compromiso neurótico necesario para rehabilitar el sentido de daño de su propia masculinidad (Bayer, 1987).

Dado que en el origen de la homosexualidad no influían factores de tipo constitucionales, Bieber analizó a las familias de los pacientes homosexuales del estudio, concluyendo que la unidad de análisis sería el triángulo compuesto por el padre, la madre y el paciente. A su juicio, la adaptación homosexual surge como consecuencia de una falla en las funciones parentales y la exposición temprana del niño a un vínculo con sus padres que calificó como altamente patológico (Bayer, 1987).

A partir del cuestionario, el estudio de Bieber et al. (1962, citado en Bayer, 1987) arrojó que la gran mayoría de las madres de hombres homosexuales, podían ser categorizadas como madres sobreprotectoras y dominantes, capaces de establecer vínculos excesivamente íntimos con sus hijos³⁷. Bieber creía que estas madres habían frustrado el desarrollo normal de sus hijos al mostrarse hostiles frente a sus instintos heterosexuales. Éstas, también, habían interferido en la relación padre e hijo fomentando la competencia entre ambos, inhibiendo la interacción con pares de su mismo sexo y socavando todo signo de autonomía. “Incluso en los casos en que las madres de los pacientes homosexuales no eran dominantes y posesivas, eran

³⁵ Traducción propia.

³⁶ Ídem.

³⁷ Traducción de la sigla CBI: “close-binding intimate”.

más proclives a establecer relaciones patológicas con sus hijos, en comparación con [las madres de] pacientes heterosexuales³⁸ (Bieber et al., 1962, citados en Bayer, 1987, p.31).

Por su parte, el padre de estos pacientes aparecía como una figura temida y distante, lo cual dificultaba el vínculo entre ambos e impedía que interviniera como tercero en el vínculo madre e hijo. Estos padres fallaban en sus esfuerzos por satisfacer las necesidades afectivas de sus hijos, creando en ellos una necesidad patológica que solo podía ser satisfecha por otros hombres a través de una adaptación homosexual. Además, eran incapaces de proveerles un modelo de identificación masculina con el cual identificarse y que facilitara un desarrollo psicosexual saludable durante su adolescencia (Bayer, 1987). “Hemos llegado a la conclusión que la presencia de una relación paterna constructiva, propositiva, afectuosa y acogedora evita la posibilidad de [criar] un hijo homosexual” (Bieber, 1962, p.311, citado en Nicolosi, 1997).

Con todo, durante la fase edípica del desarrollo en que el impulso heterosexual normal irrumpe en la economía libidinal del individuo, la “víctima” de esta estructura familiar patológica queda atrapada en un conflicto que se vuelve intolerable. Por tanto, el impulso heterosexual se percibe como dañino; queda forzosamente oculto y se transforma en latente (Bayer, 1987).

En términos psicoterapéuticos, Bieber (1962, citado en Bayer, 1987) propuso dos formas de tratar el problema de la homosexualidad, señalando que para ambos casos el uso del psicoanálisis era fundamental. 1) “Profilaxis”: prevención de la homosexualidad a través de la educación pública, la detección temprana de signos y/o síntomas y el examen psiquiátrico; 2) “Terapia reconstructiva”: resolución de los temores irracionales hacia la heterosexualidad y recuperación de la identidad de género masculina. Hacia el final de su estudio, Bieber et al. (1962, citados en Drescher, 1998) señalaron que de los 106 pacientes homosexuales, 29 se habían convertido en heterosexuales exclusivos durante el tratamiento psicoanalítico, cifra que adquirió un tremendo valor clínico debido a que fue una de las investigaciones más promisorias y optimistas jamás reportadas hasta la fecha.

- **La homosexualidad como amenaza a la salud de la nación.**

Charles Socarides fue uno de los máximos exponentes de las corrientes patologizantes de la homosexualidad que siguieron a la Segunda Guerra Mundial. Sus trabajos en torno a la homosexualidad fueron escritos durante la década de los sesenta y principios de los setenta,

³⁸ Traducción propia.

desafiando un movimiento de resistencia al interior de las ciencias³⁹ que se mostró muy crítico frente al discurso patologizante que articularon los analistas que continuaron con la tradición teórica inaugurada por Rado (Angelides, 2001). Según Socarides, la práctica psicoanalítica de la época estaba inserta en un contexto de revolución sexual que amenazaba con destruir el orden sexual tradicional que durante siglos había organizado a las sociedades de occidente.

A diferencia de la tendencia que dominó los ánimos en tiempos de la Guerra Fría, para Socarides la homosexualidad dejó de ser una amenaza para la seguridad de la nación y pasó a considerarla un peligro para la salud nacional. “La homosexualidad es un desorden médico que ha alcanzado grandes proporciones epidemiológicas; su frecuencia de incidencia supera a las enfermedades más graves reconocidas por la nación⁴⁰” (Socarides, 1970, p.1199). Incluso, desde una estimación estadística, la homosexualidad aparecía en mayor proporción que las enfermedades cardíacas, la artritis y las enfermedades nerviosas. Por tanto, quienes tenían la responsabilidad de restaurar la salud de la nación eran los psiquiatras y psicoanalistas.

La medicalización de la homosexualidad funcionó como una estrategia retórica para suscitar el interés social y médico sobre un problema que Socarides calificó como de salud pública. La alta incidencia estadística de la homosexualidad fue implícitamente modificada con el fin de convertir el problema en una pandemia médica. Del mismo modo que sus contemporáneos, Socarides también rechazó la teoría freudiana de la bisexualidad como factor constitutivo de la sexualidad normal, e instaló la noción de una heterosexualidad universal (Angelides, 2001).

En contraste con los planteamientos de Bieber, Socarides (1970) pensaba que la heterosexualidad no obedecía a un precepto de orden biológico, sino más bien, postulaba que la elección de objeto heterosexual está determinada desde el nacimiento como consecuencia de un proceso de adoctrinamiento cultural y ambiental. Anticipándose a posibles críticas, Socarides naturalizó la elección de objeto heterosexual recurriendo a los términos con que la explicó Rado al comienzo de su teoría.

En este contexto, la homosexualidad solo puede ser explicada en términos de miedos infantiles generalizados⁴¹ que interfieren con lo que la evolución humana ha decretado que sea el curso normal del desarrollo. La mayor contribución de Socarides a la teoría psicoanalítica de la homosexualidad fue argumentar que la perturbación responsable de dichos temores

³⁹ A partir del estudio de Alfred Kinsey, distintos teóricos del campo de la ciencia fueron expresando sus diferencias respecto de la tendencia a patologizar la homosexualidad y constituir la como objeto de un problema de tipo moral. En esta línea, destacan los aportes de Clelland Ford y Frank Beach, Evelyn Hooker y Thomas Szasz entre otros.

⁴⁰ Traducción propia.

⁴¹ Traducción del concepto “massive childhood fears”.

acontecía en un momento anterior al que habían hipotetizado sus contemporáneos, estableciendo como punto de origen una fase pre edípica del desarrollo. Al respecto, Bayer (1987) refiere que al situar el conflicto en una fase pre edípica, Socarides caracterizó a la homosexualidad como “más patológica” que cuando el conflicto se desarrollaba en una fase edípica. De acuerdo al autor, casi la mitad de aquellos que incurrían en prácticas homosexuales presentaban una patología concomitante: esquizofrenia, paranoia, esquizofrenia latente o pseudoneurótica, etc. El resto, en su mayoría neuróticos, eran caracterizados como obsesivos, ocasionalmente de tipo fóbico.

Jack Drescher (1998) señala que la teoría de Socarides redefinió los constructos metapsicológicos de Freud para justificar el supuesto de que la homosexualidad sería una condición neurótica, en el que el “instinto libidinal” habría experimentado una transformación cuya vía de satisfacción se concretaba a través de un acto perverso, en este caso, un acto homosexual. Según Socarides, el acto perverso –así como el síntoma neurótico– se comprende como efecto de un conflicto entre el yo y el ello, y representa, a su vez, una formación de compromiso que debe cumplir con las demandas del superyó. Con todo, la “gratificación instintiva” resultante, sería la de una formación sustitutiva cuyo contenido permanece inconsciente para el individuo (Socarides, 1968, citado en Drescher, 1998).

Según Socarides (2000), las personas homosexuales experimentarían una detención parcial en su desarrollo evolutivo, debido a la fijación en una fase pre edípica de su desarrollo. Para explicar lo anterior, introduce la distinción entre “homosexuales pre edípicos de tipo I” y de “tipo II”, optando por hablar de “homosexualidad obligatoria” en los casos en que el conflicto psíquico acontece antes de los tres años de edad.

Según Socarides (2000), el conflicto de estos homosexuales pre edípicos se comprende desde la teoría de las relaciones objetales, e involucra la vivencia de ansiedad y culpa asociadas al proceso de diferenciación del self con el objeto. La vivencia de este tipo de conflicto deja marcas inequívocas en la psiquis del individuo, que impactan sobre el desarrollo de su personalidad y futura maduración. A su juicio, todos los pacientes “homosexuales obligatorios” que experimentaron una fijación en etapas pre edípicas del desarrollo, muestran perturbaciones en las funciones del yo, tales como el juicio de realidad, control de los impulsos, logro de un self cohesionado, entre otros.

Socarides sostiene que los padres y madres de gays y lesbianas son responsables de causar la homosexualidad de sus hijos (Drescher, 1998). En el caso del niño varón, las consecuencias de haber desarrollado un vínculo patológico con su madre, trae como efecto la imposibilidad de que desarrolle una identidad de género apropiada. Las familias de los

“homosexuales verdaderos” u “obligatorios” presentan, por lo general, un ambiente familiar que es predominantemente femenino, en el que los padres se caracterizan por ser débiles, ausentes, distantes o sádicos (Socarides, 1968, citado en Drescher, 1998).

La promiscuidad y la búsqueda compulsiva de parejas sexuales que caracteriza a estos individuos, es interpretada como soporte de un sentido de masculinidad que es siempre ilusorio, y que cumple la función de protegerlos del temor a fusionarse con su madre pre edípica (Bayer, 1987). “Ellos esperan obtener una dosis de masculinidad en el acto homosexual. Al igual que el adicto, [el homosexual] debe tener su solución⁴²” (Socarides, 1970, p.1201).

Con el fin de atender al complejo patológico que subyace a la práctica homosexual, Socarides presentó un panorama bastante optimista sobre las posibilidades de cura psicoanalítica de estos pacientes, señalando que más del cincuenta por ciento de sus pacientes homosexuales que se mostraron altamente motivados a iniciar un tratamiento, lograron convertirse en heterosexuales (Bayer, 1987). Muchos homosexuales buscaban ayuda debido a que se sentían tremendamente angustiados con el hecho de ser homosexuales, no por el hecho de sentirse avergonzados ni socialmente reprochados, sino porque consideran que la vida homosexual no tiene sentido, es vacía y ajena de la realidad biológica de sus entornos más próximos (Socarides, 2000).

3. Inicios de una revolución.

3.1 La salud mental en crisis: las *free clinics* y la emancipación de los excluidos.

Fuera de las instancias oficiales que durante décadas organizaron los distintos servicios de salud mental, comenzó a articularse un movimiento contracultural que coincidió con una crisis importante que sacudió a la sociedad estadounidense a fines de los años sesenta. La crítica apuntó a denunciar la burocracia imperante en las instituciones, y cuestionar los fundamentos de un orden social que cedía parte de sus principios al tecnicismo y la gestión de las relaciones humanas (Castel, Castel y Lovell, 1980).

En este contexto, se potenció un nuevo tipo de sociabilidad que terminaría con la explotación del hombre por el hombre, y posibilitaría la expansión de la persona a través del establecimiento de relaciones sociales “liberadas” y la conformación de instituciones alternativas. La salud mental fue uno de los campos de transformación más fecundos. En torno a la psiquiatría y los modelos de asistencia tradicionales se ensayarían distintas respuestas

⁴² Traducción propia.

frente al malestar individual, que cuestionarían el concepto de enfermedad mental y el estatuto del “cliente” como usuario de un sistema que reproducía los prejuicios y la estigmatización (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Las *free clinics* fueron una de las alternativas a la psiquiatría que se desarrolló hacia fines de la década de los sesenta. Quienes contribuyeron a su desarrollo fueron una masa de adolescentes de clase media que terminaron instalándose en San Francisco, motivados por la búsqueda de sí mismos, del amor libre, los alucinógenos y las *buenas vibras* de una nueva cultura que prometía desterrar los esquemas rígidos del viejo mundo. Las demandas que formularon hacia la institucionalidad psiquiátrica se sostenían en la crítica del concepto de enfermedad mental articulado por Thomas Szasz, y la de las instituciones médicas burocráticas de Erving Goffman, entre otras, las cuales sirvieron de sustento conceptual al principio de ayuda mutua (self-help) que sostuvo al movimiento de las *free clinics* (Castel, Castel y Lovell, 1980).

El adjetivo *free* representa los valores dominantes de esta nueva cultura, el cual no remitió a la idea de gratuidad de los servicios, sino a una filosofía que puso el acento en la libertad individual y la autenticidad de las relaciones personales. Tal como señala David Smith (1975, citado en Castel, Castel y Lovell, 1980), las *free clinics* cuestionaron la tendencia al etiquetamiento y los juicios de valor que la cultura dominante imponía sobre la experiencia de quienes eran calificados como “marginales”. De esta forma, atacaron la noción de experto y la competencia técnica, en el contexto de un anti-intelectualismo generalizado que puso el acento en el *feeling*, la vivencia, la espontaneidad y la inmediatez de los sentimientos compartidos. En las *free clinics* los servicios se intercambiaban bajo la forma del don, la intimidad de los visitantes era resguardada y se cuidaba mantener una atmósfera amistosa e informal (Castel, Castel y Lovell, 1980).

En el límite, la concepción tradicional de la normalidad se pone en tela de juicio y las diversas “desviaciones” –enfermedades mentales, homosexualidad, estados provocados por las drogas, “promiscuidad” sexual, rechazo de trabajo...– se aceptan sin juzgarlos. Al principio, la tolerancia de las *free clinics* parece ilimitada y todos los “marginados” afluyen a esa especie de *no man’s lands* sociales (p.210).

En este contexto surgen las llamadas *gay therapies*⁴³. Al igual que las *free clinics*, las *gay therapies* surgieron como un movimiento de resistencia frente al establishment psiquiátrico tradicional, particularmente, por el carácter inhumano y peligroso de las técnicas psiquiátricas y

⁴³ Las *gay therapies* son una respuesta principalmente masculina al problema de la psicoterapia de la homosexualidad. Las lesbianas, en cambio, optaron por los servicios que ofrecían las terapias feministas.

psicoanalíticas clásicas que operaban bajo el supuesto de que la homosexualidad era un síntoma que debía ser tratado⁴⁴. Pese al peligro de estas técnicas, existían terapias mucho más sutiles, de inspiración “psi”, que, sin curar en absoluto a la persona homosexual, agravaban muchísimo más su situación, reforzando su culpabilidad y sensación de inadecuación social (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Además de las técnicas psicoterapéuticas, lo que quizás tenía mayor impacto sobre la salud mental de las personas homosexuales, era la percepción que tenía la sociedad norteamericana hacia la homosexualidad, esa combinación de repugnancia viril junto a la creencia en la infalibilidad de las posibilidades curativas que tenía la oferta terapéutica de la época. Esto último determinaba, en parte, la trayectoria previa del sujeto al momento de consultar, ya que incluso antes de su encuentro con el terapeuta, se convencía solo de su propia patología y estaba dispuesto a adoptar un código de interpretación de su situación vital que lo desvalorizaba y patologizaba (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Por lo general, el homosexual busca al terapeuta en un momento de duda respecto de sí mismo, momento en que es particularmente vulnerable. Es una ocasión que hay que aprovechar. El terapeuta puede manipular esta situación de crisis para convencer al sujeto de que sus relaciones homosexuales son necesariamente de corta duración, de que representan una pálida imitación de las verdaderas relaciones intersubjetivas, de que expresan su dependencia, su masoquismo, su incapacidad para alcanzar la satisfacción, etc. Puede así esperar ponerle en el camino recto (Hatterer, 1970, citado en Castel, Castel y Lovell, 1980, p.230).

Frente a esto, los principales problemas que abordaban los terapeutas homosexuales o “favorables a los homosexuales” (*gay oriented*) eran la desvalorización personal y la desconfianza respecto de sus propios sentimientos, la interiorización de las reacciones negativas de los demás, la tendencia a la depresión, los comportamientos de riesgo y autodestructivos tales como el alcoholismo, el abuso de sustancias, etc. (Castel, Castel y Lovell, 1980).

De esta forma, el principal objetivo de las *gay therapies* era invertir el signo negativo que estaba ligado a la identidad y/o estilo de vida del sujeto homosexual, facilitando el desarrollo de la confianza en sí mismo a través de técnicas de “refuerzo del yo”. Esto último supone que la persona asuma su homosexualidad y que la psicoterapia se oriente en función de un ideal de adaptación a la condición homosexual que no se condice con el de integración social. Todo esto

⁴⁴ Destacan, principalmente, las técnicas de estimulación eléctrica por implantación de electrodos en el cerebro para invertir la sensación de repugnancia hacia el otro sexo; terapias aversivas por inyección de sustancias y las de modificación conductual, entre otras (Castel, Castel y Lovell, 1980).

dentro de un determinado contexto sociopolítico y de resistencia frente a la norma heterosexual. Tal como señala Don Clark (1977, citado en Castel, Castel y Lovell, 1980) en su libro “Loving someone gay”:

La mayoría de nosotros no estamos dispuestos a integrarnos completamente. En primer lugar, debemos establecer con mayor fuerza nuestra identidad homosexual. Debemos aprender a disfrutar y a estar orgullosos de ciertas diferencias que se nos han imputado como vergonzosas, como nuestra capacidad de amar o nuestro sentido del humor (...) Tenemos necesidad de desarrollar nuestra propia psicología, nuestra propia sociología, nuestra propia antropología, el estudio de nosotros mismos y de nuestra propia cultura y presentarla con orgullo al resto del mundo (p.107).

Con todo, las *gay therapies* buscaron alcanzar una dimensión política exaltando los caracteres de los individuos y su “cultura”, rasgos que han sido utilizados como soporte del estigma social del que han sido objeto. Y, al menos entre los más radicales, esto último reclamó para sí una estrategia defensiva para articular un “paso al acto” revolucionario, inspirado por la cólera y un nuevo sentimiento de comunidad inédito hasta entonces.

3.2 Hacia la despatologización de la homosexualidad: contexto previo.

Los estudios e investigaciones en torno a la homosexualidad que ostentaban de mayor legitimidad en el mundo científico, basaban sus conclusiones a partir de muestras sesgadas de pacientes que, en razón de su motivación o en contra de su voluntad, buscaban tratamiento para su homosexualidad. En este contexto, y siguiendo una línea de investigación contraria a la mayoritaria, numerosos estudios provenientes del campo de la sexología comenzaron a estudiar un amplio espectro de personas que incluyó, por primera vez, una población de individuos que no eran pacientes. Este giro metodológico impactó profundamente en la manera de investigar la sexualidad humana, desafiando directamente lo que antes era terreno de los psiquiatras y psicoanalistas (Drescher, 2010).

La psiquiatría estadounidense estaba fuertemente influenciada por la psicología del yo e ignoraba los hallazgos desarrollados por la sexología, los cuales, en gran medida, contradecían sus planteamientos acerca de la homosexualidad. Éste era el estado del arte de la cuestión, hasta que en 1952 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicó la primera edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-I), clasificando todas las condiciones psiquiátricas que iban a ser consideradas como desorden mental. En ese contexto, el DSM-I clasificó a la

homosexualidad como “trastorno de la personalidad sociopática”, y en 1968, el DSM-II la reclasificó como una “desviación sexual” (Drescher, 2010).

Dado lo anterior, ¿qué condiciones posibilitaron su desclasificación como enfermedad mental en 1973? Ciertamente, lo que precipitó dicha decisión no fue un solo descubrimiento, sino una serie de factores de tipo sociopolíticos, económicos y científicos que contribuyeron al desarrollo de amplios debates al interior de la APA, entre quienes se oponían a la patologización de la homosexualidad y quienes querían que siguiera siendo considerada como un desorden mental (Zachar y Kendler, 2012) . En lo inmediato, pareciera ser que las presiones políticas del activismo homosexual de la época y la creciente validación científica de sus demandas, habrían posibilitado que se reconsiderara su estatuto patológico. En última instancia, resultó necesario que cambiaran las actitudes de la sociedad frente a la homosexualidad para que la Junta Directiva de la APA decidiera despatologizarla. En esto, “la evidencia y los argumentos a favor del cambio no ejercieron ningún tipo de influencia hasta que los estereotipos hacia la homosexualidad fueron desafiados [por el testimonio de los mismos homosexuales]⁴⁵” (Taylor, 2011, p.30).

Antes que apareciera la primera edición del DSM, existían dos grandes estudios que contradecían la opinión de la mayoría de los psiquiatras. El primero de ellos fue conducido por Alfred Kinsey (1947; 1948, citado en Zachar y Kendler, 2012) y su equipo de investigadores en temas de sexualidad humana. En términos generales, su investigación arrojó una alta prevalencia de actividad homosexual entre los hombres encuestados, lo cual sugirió que dicho comportamiento representaba una variación normal del comportamiento sexual. Tiempo después, el antropólogo Clelland Ford y el psicólogo Frank Beach (1951, citado en Zachar y Kendler, 2012) confirmaron los hallazgos de Kinsey y agregaron que el comportamiento homosexual era una actividad que se encontraba también presente en la naturaleza. Tiempo después, la psicóloga Evelyn Hooker sostuvo que bastaba con que hubiese solo un homosexual mentalmente sano, para cuestionar la teoría de que la homosexualidad era un síntoma de un trastorno mental. Además mostró que las personas homosexuales⁴⁶ evidenciaban la misma variación de su personalidad, talentos y salud mental que los heterosexuales, concluyendo que la homosexualidad debía ser considerada como una variación normal de la orientación sexual (Hooker, 1957, citada en Taylor, 2011).

⁴⁵ Traducción propia.

⁴⁶ Hooker basó su estudio en homosexuales que no se encontraban actualmente en un proceso terapéutico, ni que tampoco consultaron por ayuda terapéutica debido a su homosexualidad.

Lo que sería transversal en la historia de la despatologización de la homosexualidad, es que aquello que habría influido en la decisión fue, más bien, un factor de tipo político antes que científico; específicamente, las protestas y debates públicos desarrollados entre 1970 y 1972, que congregaron a activistas gay y psiquiatras dentro y fuera de la APA (Bayer, 1987; Drescher y Merlino, 2007; Zachar y Kendler, 2012).

Las organizaciones gay y lésbicas emergentes actuaron bajo el convencimiento de que las actitudes patologizantes de la psiquiatría contra la homosexualidad, contribuían fuertemente al estigma y discriminación social de la que eran objeto. Esto motivó que en 1970 invadieran las reuniones que la APA sostenía todos los años en razón de algún tema de interés científico, destacando aquellas que trataban sobre las terapias aversivas. “Los manifestantes se apoderaron de los micrófonos y denunciaron que la psiquiatría los estaba lastimando en vez de ayudarlos. Algunos decían: dejen de hablar acerca de nosotros y comiencen a hablar con nosotros”⁴⁷ (Gittings, 2006, p.xvii). Las protestas al interior de las reuniones llamaron la atención de los psiquiatras, quienes les concedieron la oportunidad de conducir paneles temáticos con fines educativos en las próximas dos reuniones anuales que siguieron a las protestas en 1970.

En 1971, los activistas Frank Kameny y Barbara Gittings condujeron una mesa de trabajo titulada “Los estilos de vida de personas homosexuales no pacientes”⁴⁸. En un acto sin precedentes, un grupo de homosexuales le habló directamente a un grupo de psiquiatras, quienes por primera vez reconocieron que existían homosexuales que no estaban en terapia ni tampoco experimentaban disconformidad alguna con su sexualidad (Gittings, 2006).

En 1972, ocurrieron dos situaciones que facilitaron, desde distintos frentes, que el estatuto psicopatológico de la homosexualidad fuera revisado por el Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA. Por una parte, la Asociación para el Progreso de la Terapia Conductual se reunió ese año en Nueva York y organizó un simposio sobre el tratamiento de la homosexualidad. Éste fue interrumpido violentamente por un grupo de activistas gay liderado por Ron Gold, miembro de la Comisión Nacional de Gays estadounidenses, quien fue abordado por el psiquiatra Robert Spitzer, miembro del Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA. Tras la conversación, Gold supo de su cargo al interior de la APA y le preguntó si su grupo podía conversar con los miembros del Comité. Spitzer accedió y convocó una reunión con sus colegas⁴⁹. Una vez concluida, organizó un simposio sobre el tema en la reunión anual de la APA

⁴⁷ Traducción propia.

⁴⁸ Título original: “Lifestyles of Non-Patient Homosexuals”.

⁴⁹ En palabras de Spitzer (citado en Drescher, 2003): “Este grupo, principalmente señaló que no existían bases científicas para el diagnóstico; que a los homosexuales les habían hecho cosas terribles. No estoy seguro si lo dijeron explícitamente, pero implícitamente estaba la idea que la única manera que los gays

que se desarrolló el año 1973 en Hawai. A ese evento asistieron Robert Stoller, Richard Green, Judd Marmor, Ron Gold, Irving Bieber y Charles Socarides (Spitzer, citado en Drescher, 2003).

En paralelo al encuentro que sostuvo Gold con Spitzer, Kameny y Gitting fueron invitados a conducir un segundo panel en Dallas, titulado “La Psiquiatría: Amiga o Enemiga de los Homosexuales – Un Diálogo⁵⁰”. El psiquiatra Kent Robinson autorizó que en dicho panel expusiera un psiquiatra homosexual. Con ese objetivo, Gitting logró convencer al Dr. John Fryer⁵¹ para que participara como expositor, quien condicionó su participación al uso de una máscara, un distorsionador de voz en su micrófono y un pseudónimo: Dr. H Anónimo⁵² (Scasta, 2003).

En su discurso, Fryer (citado en Scasta, 2003) intentó explicarle a sus colegas cuáles eran los obstáculos por los que debe pasar un psiquiatra homosexual. Para ello, utilizó una analogía –“Nigger Syndromes”– y comparó su situación con aquella que experimentó el movimiento de reivindicación de los derechos civiles de la comunidad afroamericana:

Como psiquiatras homosexuales, debemos atender cuidadosamente al poder que detentamos toda vez que definimos la salud de aquellos que están a nuestro alrededor. De manera particular, debemos tener claro cuál será nuestra manera de comprender qué es un homosexual sano en un mundo que ve dicha denominación como un oxímoron imposible. No se puede estar sano y ser homosexual, dicen. Para quienes somos homosexuales, una de las consecuencias de ser psiquiatra es que se nos demanda ser más sanos que nuestros colegas heterosexuales. Tenemos que trabajar nuestros problemas a través de una psicoterapia o un análisis. Muchos de los que lo intentan se quedan con una sensación de fracaso o, más bien, persisten en “el problema”. Al igual que el hombre negro debe ser una “súper persona”, así también debemos ser nosotros para enfrentar a aquellos de entre nuestros colegas que saben que somos gay. Podríamos continuar citando ejemplos de este tipo de situaciones por el resto de la noche. Sin embargo, resultaría beneficioso que ahora pudiésemos mirar [todo esto] a la inversa (...) Nosotros estamos aceptando un riesgo aún mayor al no aceptar completamente nuestra propia humanidad... Ésta es nuestra mayor pérdida: nuestra honesta humanidad. Y esa pérdida lleva a que muchos de los que nos rodean pierdan, también, esa pequeña porción de humanidad... Debemos usar nuestras habilidades y

podían superar la discriminación social y civil [de la que eran objeto], era si la psiquiatría reconocía que la homosexualidad no era una enfermedad mental⁴⁹ (p.99).

⁵⁰ Título original: “Psychiatry: Friend or Foe to Homosexuals – A Dialogue”.

⁵¹ Fryer formaba parte del grupo “Gay-PA”, una red clandestina de psiquiatras gay que se encontraban en el closet, y que se reunían regularmente cada vez que la APA sesionaba en sus reuniones anuales.

⁵² En palabras de Fryer: “Pensé [acerca de la invitación que me hizo Bárbara] y llegué a la conclusión que era algo que había que hacer. En ese tiempo yo había sido expulsado de una residencia debido a que era gay; había perdido un trabajo debido a que era gay. Dicha perspectiva requería ser escuchada [desde la voz] de un psiquiatra gay, por una audiencia que podría estar más inclinada a escuchar a un psiquiatra. Le dije a Bárbara que participaría en el panel, pero que no podía hacerlo en primera persona. No me sentía lo suficientemente seguro. Bárbara preguntó qué es lo que había que hacer para que yo pudiera estar en la comisión. Entonces accedió a ayudarme con un disfraz” (Scasta, 2003, p.22)

conocimientos para ayudarlos –y de paso, a nosotros mismos– a vivir en conformidad con esa pequeña porción de humanidad que se llama homosexualidad⁵³ (pp.23-24).

3.3 Concreción de una decisión: la homosexualidad no es un desorden mental.

Mientras sucedían los disturbios y paneles temáticos, la APA se encontraba en un proceso interno de deliberación en torno a si la homosexualidad debía seguir siendo considerada un diagnóstico psiquiátrico. Robert Spitzer fue uno de los encargados de revisar la nosografía de las principales enfermedades mentales incluidas en la segunda versión del DSM, por tanto, su encuentro con el activista Ron Gold fue crucial en su esfuerzo por revisar la clasificación de la homosexualidad como patología en las próximas ediciones del DSM (Drescher, 2010; Zachar y Kendler, 2012).

Spitzer participó en reuniones privadas junto a otros psiquiatras homosexuales que accedieron a contar su testimonio. Era la primera vez que mantenía un encuentro con personas que eran abiertamente homosexuales. Sus testimonios lo llevaron a plantearse la posibilidad de hacer algo por ellos; algo que también tuviese valor en términos científicos. De esta forma, Spitzer se dispuso a revisar su propia aproximación a la homosexualidad y, de paso, buscó una alternativa diplomática al problema que supondría su eventual desclasificación. “Ahora, ¿cuánto de esto fue resultado de un verdadero proceso de investigación científica? Me gustaría creer que en parte fue así. ¡Pero, sin duda, gran parte del cambio se debió a la impresión de que ellos estaban en lo correcto!⁵⁴” (Spitzer, p.100, citado en Drescher, 2003).

Spitzer se percató que la psiquiatría nunca había definido lo que entendía por “desorden mental”. Si el objeto del debate era, precisamente, la consideración de la homosexualidad como trastorno, había que partir definiendo lo que la APA consideraba como tal. Dado ello, Spitzer revisó los diferentes desórdenes mentales incluidos en el DSM-II, buscando patrones y/o definiciones comunes entre sí. Lo que parecía ser claro era que quienes padecían cualquiera de las condiciones incluidas en el DSM, presentaban algún nivel de angustia y/o cierto grado de incompatibilidad funcional con la vida cotidiana. Respecto de la homosexualidad, resultó evidente constatar que existían personas que no experimentaban angustia ni aflicción por ser homosexuales. “En cambio, podrían estar angustiados por la manera en que las personas reaccionaban a su homosexualidad⁵⁵” (Spitzer, p.100, citado en Drescher, 2003).

⁵³ Traducción propia.

⁵⁴ Ídem.

⁵⁵ Ídem.

Con todo, Spitzer concluyó que aquello que mejor definía a un desorden mental debía estar asociado a cualquiera de estos dos criterios, a saber, malestar o angustia significativa, o deterioro general de la vida cotidiana. Dado que la homosexualidad *per se* no cumplía con ninguno de estos criterios, no debía continuar siendo incluida en las próximas ediciones impresas del DMS-II. Su proposición no contaría con el apoyo del Comité de Nomenclatura, por lo que optó por no someter a discusión sus elucidaciones (Zachar y Kendler, 2012). Antes, debía resolver otro asunto, aquel relativo a la efectividad del tratamiento de personas homosexuales. Si bien creía firmemente que la homosexualidad no era una enfermedad ni un desorden mental, había que ofrecer alguna “etiqueta diagnóstica” a quienes deseaban tratar su homosexualidad (Spitzer, p.102, citado en Drescher, 2003).

Se me ocurrió la idea del diagnóstico “perturbación en la orientación sexual”. Parte de aquello era una cuestión de tipo política. Yo sabía que no había forma de que la homosexualidad fuera eliminada por completo del DSM-II, pero si disponíamos de una categoría para decir, “Okey, para la persona homosexual que no esté satisfecha con su condición, puede seguir tratándose, y para eso es el trastorno –perturbación en la orientación sexual”⁵⁶ (p.102).

De esta forma, el Comité de Nomenclatura y Estadística aprobó la proposición, y luego, en diciembre de 1973, la Junta Directiva de la APA decidió remover la homosexualidad del DSM. Algunos psiquiatras de formación psicoanalítica objetaron la decisión, y le solicitaron a la APA un referéndum que admitiera la votación individual de cada uno de sus miembros⁵⁷. La decisión fue ratificada en 1974 por el cincuenta y ocho por ciento de los miembros votantes, y fue acompañada de un posicionamiento público⁵⁸ que explicitaba los acuerdos alcanzados tras la votación. En dicho documento, la APA condenó todo tipo de discriminaciones públicas o privadas hacia los homosexuales; motivó la promulgación de normas civiles a nivel local, estatal y federal que protegieran a los homosexuales de la misma forma que al resto de la ciudadanía;

⁵⁶ Ídem.

⁵⁷ En el tiempo previo a la votación, Bieber, Socarides y sus colegas sostuvieron intensos debates con quienes estaban de acuerdo con la decisión de desclasificar a la homosexualidad. Entre otros temas, cuestionaron la definición de desorden mental introducida por Spitzer. Bieber, por ejemplo, insinuó que las conclusiones obtenidas para el caso de la homosexualidad podían ser aplicables para el de las parafilias, por tanto, se podría concluir que la pedofilia debía también ser desclasificada. Si bien Spitzer considera que la definición presentada en ese momento no era del todo adecuada, “en cuanto a la decisión de 1973, sinceramente pienso que son más las personas que han recibido ayuda que las que terminaron siendo heridas. Estoy orgulloso de haber tenido que ver con algo de esto” (Spitzer, p.103, citado en Drescher, 2003).

⁵⁸ En el transcurso de dos años, la Asociación Americana de Psicología, la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales y la Asociación para el Progreso de la Terapia Conductual adhirieron al comunicado de la APA.

y apoyó la revocación de todo tipo de leyes que criminalizaran la actividad sexual consentida entre adultos (Bayer, 1987; Drescher, 2010; Zachar y Kendler, 2012).

No obstante lo anterior, la APA no apoyó la moción de que la homosexualidad era una variación normal de la sexualidad humana. Si la homosexualidad *per se* no reunía los criterios diagnósticos para ser calificada como un desorden psiquiátrico, ¿qué significación tuvo, entonces, la decisión de la APA? En términos descriptivos,

es una forma de comportamiento sexual. Por el momento, nuestra profesión no ha llegado a acuerdo respecto a su origen, su significado y valor para la felicidad humana cuando reconocemos que, por sí misma, no cumple con los requisitos para un trastorno psiquiátrico. Del mismo modo, al abandonar el registro de los trastornos mentales, no estamos diciendo que [la homosexualidad] es tan “normal” o tan valiosa como la heterosexualidad (...) ¿Cuál será el efecto de esta propuesta? Sin duda, los grupos activistas homosexuales argumentarán que la psiquiatría por fin reconoció que la homosexualidad es tan normal como la heterosexualidad. Estarán mal. Al eliminar la homosexualidad de la nomenclatura psiquiátrica solo estamos reconociendo que la homosexualidad, en sí misma, no cumple con los criterios para ser considerada un trastorno psiquiátrico. En ningún caso nos alinearemos con cualquier punto de vista particular en relación a la etiología o deseabilidad del comportamiento homosexual⁵⁹ (American Psychiatric Association, 1973, pp.2-3).

Su reclasificación como “perturbación en la orientación sexual” en el DSM-II, tampoco logró terminar con la tendencia a patologizar algunas formas de presentación de la homosexualidad. En 1980, el DSM-III abandonó el diagnóstico de “perturbación en la orientación sexual” y lo reemplazó por el de “homosexualidad egodistónica”. Drescher (2010) señala que ambas categorías diagnósticas sirvieron al propósito de legitimar la práctica de las terapias de conversión sexual. A su juicio, su reclasificación en las versiones posteriores al DSM-II respondía, más bien, a compromisos de tipo políticos antes que a un debate serio en torno a la definición de trastorno que se utilizaría en las nuevas nosografías; de otra forma, todo tipo de perturbación identitaria podría ser considerada, también, un desorden psiquiátrico.

Como consecuencia, en 1987 la categoría “homosexualidad egodistónica” fue removida en la edición del DSM-III-R. Sin embargo, mantuvo por años una categoría diagnóstica que servía a aquellos que se sentían disconformes con su orientación sexual, la de “trastorno sexual no especificado”, etiqueta que se mantuvo vigente hasta la versión revisada del DSM-IV⁶⁰ (Forstein, 2001).

⁵⁹ Traducción propia.

⁶⁰ En línea con lo desarrollado por la APA, en 1990 la Organización Mundial de la Salud removió la homosexualidad de la décima edición de su manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), reemplazándola por un diagnóstico similar al de “homosexualidad egodistónica”.

III. TERAPIAS REPARATIVAS PARA HOMOSEXUALES

“Comencé a dar conferencias sobre el proceso de transición desde la homosexualidad hacia la heterosexualidad. Pensé que, por mi afecto a la comunidad homosexual, ellos comprenderían que yo no era su enemigo, sino que tan solo estaba presentando otra posibilidad para aquellos que deseaban cambiar. Fui un ingenuo.”

Richard Cohen, 2012.

Comprender y sanar la homosexualidad.

1. La invención del dispositivo reparativo y del homosexual no-gay.

La decisión que adoptó la APA en 1973 trajo como consecuencia el desarrollo de un proceso creciente de visibilización de gays y lesbianas que comenzaron a *existir* fuera del diagnóstico psiquiátrico, la enfermedad y la perversión. Este proceso cursó en paralelo con otro de aceptación y ajuste por parte de la sociedad estadounidense, la cual tuvo que enfrentar un nuevo orden de problemas que no estaban presentes hasta entonces, a saber, las condiciones sociales, morales y legales que posibilitarían su efectiva inclusión en la sociedad (Drescher, 2002).

Quienes consideraban que la homosexualidad era normal y aceptable adherían a lo que Jack Drescher (2002; 2010) denominó “modelo de normalidad/identidad”, cuya principal afirmación era que la homosexualidad es una expresión normal de la sexualidad humana. Al afirmar aquello, sus adherentes rechazaban cualquier teoría o creencia que situara a la homosexualidad como objeto de análisis moral o psicopatológico, instituyendo a los sujetos como miembros de una minoría que requerían ser protegidos de cualquier tipo de práctica discriminatoria por parte de la mayoría heterosexual.

Su contraparte era la posición de quienes abrazaban el “modelo de enfermedad/comportamiento”. Sus adherentes consideran que cualquier expresión de la homosexualidad es patognomónica de una enfermedad psiquiátrica, de un defecto moral o de una enfermedad espiritual, por tanto, una identidad normal nunca podrá formarse a partir de una condición patológica, ni tampoco podrá sentar las bases para definir la membrecía dentro de un grupo minoritario (Drescher, 2002; 2010).

Una vez desclasificada la homosexualidad, el modelo de “enfermedad/comportamiento” fue gradualmente perdiendo su influencia en las corrientes teóricas dominantes de la salud

mental. Sin embargo, comenzó a articularse un nuevo frente de resistencia sociopolítica que insistió en su carácter patológico y que utilizó estrategias discursivas distintas a las formuladas en la época previa a 1973: el objeto de análisis se desplazó desde el individuo –su identidad y sus conflictos– a un plano meramente conductual. La homosexualidad sería un comportamiento aprendido, no una identidad; como tal, puede ser modificado a través de la psicoterapia, la sanación espiritual, o ambas. Por tanto, si la conducta homosexual podía modificarse tan solo en una persona, los homosexuales perderían su estatus como grupo minoritario y no habría motivos legales que justifiquen su protección (Drescher, 2002).

Para algunos, esto sería el principal argumento para continuar con sus esfuerzos por tratar la homosexualidad: la psiquiatría no podrá sancionarlos por discriminación ni actitudes patologizantes. Esta vez, el objeto de análisis y tratamiento no sería el individuo homosexual, sino más bien, un individuo que se describe como disconforme respecto de sus sentimientos homosexuales. En nombre de la libertad y la motivación por el cambio, se impugnará la decisión adoptada por la APA; será su propia invención nosográfica⁶¹ la que legitimará el estatuto clínico de estos individuos, y la que, a su vez, facilitará las condiciones para crear lo que hoy conocemos como “terapias reparativas”, de “reorientación” o de “conversión⁶²” para aquellos que experimentan “atracción no deseada hacia el mismo sexo”.

1.1 Políticas del diagnóstico: nuevas formas de nominación.

La despatologización de la homosexualidad impactó gradualmente en las actitudes, discursos y prácticas culturales de la época, lo cual permitió que la sociedad fuera adoptando una visión más inclusiva y “normalizadora” de la homosexualidad (Drescher, 2008). Pese a lo anterior, la comunidad psicoanalítica tardó años en asimilar las consecuencias de su desclasificación, particularmente respecto de sus protocolos de admisión de candidatos homosexuales y de la producción de literatura con sesgos patologizantes. En este contexto, muchos de los analistas que abogaron por la revisión de la decisión ejercida por el Comité de Nomenclatura y Estadística de la APA, continuaron investigando y generando evidencia a favor del tratamiento preventivo y/o curativo de la homosexualidad.

⁶¹ “Homosexualidad egodistónica”.

⁶² Los términos *reparativo*, *conversivo* y *reorientación*, suelen usarse de manera intercambiable en la literatura especializada. Quienes practican la terapia reparativa suelen intervenir desde un modelo psicodinámico o psicoanalítico; la terapia de conversión suele referir a un tipo de intervención que incorpora una mediación de tipo religiosa o profesional; y la terapia de reorientación incorpora terapeutas formados en una o más de las aproximaciones teórico-prácticas de la psicoterapia (Nicolosi, Byrd & Potts, 2000a, citados en Phelan, Whitehead & Sutton, 2009).

La definición de “desorden mental” que se propuso para desclasificar la homosexualidad fue uno de los ejes más discutidos. La distinción entre homosexualidad egodistónica y egosintónica, presupone que una determinada condición no sería patológica si la persona no experimenta ningún tipo de perjuicio o malestar significativo que atente contra su integridad psíquica y/o que resulte disfuncional para el libre ejercicio de sus tareas cotidianas. A juicio de algunos, ésta sería una distinción falsa y arbitraria ya que el problema no radicaría en la actitud de la persona hacia la homosexualidad, sino en la homosexualidad en sí misma. Según Nicolosi (1997), aun cuando la homosexualidad resulte compatible con el ego consciente, nunca lo será con los niveles más profundos del self, ya que la homosexualidad sería el síntoma de una falla en el proceso de integración de la identidad.

Para la mayoría disidente, lo que habría posibilitado su despatologización fue, más bien, una acción de tipo política e ideológica antes que científica (Bayer, 1987). En tal sentido, los efectos combinados de la revolución sexual y el movimiento por los derechos civiles, feministas y de las minorías, habría disuadido a la psicología de continuar con sus investigaciones en torno a las causas y/o perspectivas de tratamiento de la homosexualidad. Así y todo, luego de su desclasificación como enfermedad, se introdujo un efecto de censura en la comunidad científica que habría disuadido a los clínicos de presentar sus investigaciones y convocar a reuniones clínicas en torno al tema (Nicolosi, 1997).

Muchos de los denominados “investigadores pro-gay” evitaban indagar en las causas psicológicas de la homosexualidad con el fin de impedir que ésta fuera vista como patológica; de manera análoga, no han existido investigaciones similares que den cuenta de las causas de la heterosexualidad, por tanto, no tendría sentido establecer tal diferenciación. Como consecuencia, solo se estimuló la investigación en torno a sus bases genéticas o endocrinas, confiando en que aquello vendría a resolver el problema de la homosexualidad en el eje normalidad-naturaleza (Nicolosi, 1997). Aun así, sería posible argumentar que la fundamentación biológica de una determinada condición no sería razón para descartar su tratamiento y/o eventual curación:

Sería posible argumentar que existen factores genéticos predisponentes, pero en este sentido se podría postular un paralelo con el alcoholismo. Pese a que hoy se reconoce cierta predisposición biológica al alcoholismo, éste continúa siendo considerado un problema, continúa siendo tratado, y los tratamientos más exitosos que se han encontrado son las terapias de apoyo social y espiritual⁶³ (p.20).

⁶³ Traducción propia.

Si bien uno de los motivos por los cuales la homosexualidad fue desclasificada fue eliminar el estigma asociado a la categoría de enfermedad, esto habría generado un efecto de discriminación sobre un grupo diferente de personas que no había sido debidamente caracterizado por la psicología. Se trata de personas que experimentan montos de angustia significativa con el hecho de asumirse homosexuales y que, en razón de aquello, buscan ayuda y desean curar lo que, desde su experiencia, definen como una condición no deseada. En la época posterior a 1973, muchos de estos pacientes consultaban por ayuda y eran alentados a asumir su homosexualidad a través de un tratamiento de tipo afirmativo que buscaba inhibir la angustia y los sentimientos de culpa asociados al prejuicio social, el temor y la condena religiosa. Pese a ello, estos pacientes insistían en sus deseos de cambiar y abandonaban los procesos o fingían adaptarse a una identidad que percibían como incompatible con sus valores y principios (Nicolosi, 1997).

Con todo, Joseph Nicolosi (1997) instituye un plano de legitimidad teórica y técnica que justificó el trabajo clínico con hombres homosexuales que no buscaban su realización saliendo del closet, ni asumiendo una identidad gay. A su juicio, estas personas no son *gays*, ya que en su experiencia no estaría el deseo de identificarse con un determinado estilo de vida ni con los rasgos identitarios que se desprenden de dicha categoría. No es la politización del conflicto identitario lo que anima sus búsquedas, sino más bien el rechazo de todo aquello que atente contra su sistema de valores, esto es, su identidad social como heterosexuales.

De esta forma, Nicolosi (1997) inventó la palabra “homosexual no-gay” y le otorgó carácter de existencia a un grupo humano específico que no estaba siendo considerado por la psiquiatría luego que ésta desclasificara a la homosexualidad como enfermedad. En dicho contexto, la palabra *homosexual* designa un aspecto de la condición psicológica de esos hombres que no necesariamente se condice con la carga de sentido que sí tiene la palabra *gay*, la cual designaría una identidad que se contrapone con el ideal heterosexual que pretenden recuperar a través de la psicoterapia.

Según Nicolosi (1997), quienes buscan este tipo de apoyo no responsabilizan al estigma social de su infelicidad ya que “han estado dentro del estilo de vida gay y volvieron desilusionados por lo que encontraron⁶⁴” (pp.15-16). Sus definiciones del self están asociativamente enlazadas con aquello que deriva de su identidad social como heterosexuales, esto es, aquello que está relacionado con la posibilidad de llevar un “estilo familiar tradicional⁶⁵” (p.16).

⁶⁴ Ídem.

⁶⁵ Ídem.

Siguiendo con el argumento, Nicolosi (1997) señala que al despatologizar la homosexualidad los profesionales de la salud mental le han restado validez al sufrimiento de este grupo, por tanto, sería responsabilidad de la psicología comprender quiénes son los homosexuales no-gay y acoger sus necesidades de cambio. A diferencia de lo que piensa el *mundo* gay, para estos el closet es un lugar de elección, desafío, fe y crecimiento. No ser gay es una decisión que implica “una opción filosófica y existencial igualmente válida⁶⁶” (p.17) que la de aquellos que se identifican a sí mismos como gays.

1.2 El impulso reparativo: sistematización de un modelo causal y un tratamiento.

En su libro “Terapia reparativa de la homosexualidad masculina”, Joseph Nicolosi (1997) presenta los fundamentos teóricos de un modelo terapéutico que tuvo que reinventarse luego de la decisión adoptada por la APA en 1973. Desde su perspectiva, aquello que explicaría la homosexualidad sería la existencia de un “impulso” que busca “reparar” un déficit en la identidad masculina. Si bien admite que no toda la homosexualidad se explica a partir de este principio, insiste en que para la mayoría de los hombres homosexuales es una motivación significativa.

En su opinión, esta teoría no sería nueva al interior del psicoanálisis. Es más, señala que Freud habría sido su precursor al vincular la homosexualidad con el narcisismo, específicamente, en su referencia a que la homosexualidad involucraría un tipo de elección de objeto narcisista. En esta misma línea, cita algunas investigaciones de su hija, Anna Freud, quien habría sido capaz de conducir a cuatro pacientes homosexuales hacia la heterosexualidad, mostrándoles que en la elección de un “hombre fuerte” como pareja, predominaba la búsqueda de su propia masculinidad perdida vía identificación con el partenaire sexual (Nicolosi, 1997).

En línea con lo anterior, Kaplan (1967, citado en Nicolosi, 1997) propone que la homosexualidad estaría enraizada en un tipo de relación problemática entre el individuo y la percepción que tiene de sí mismo, prevaleciendo un estado de insatisfacción respecto de su propia imagen. Propone el siguiente modelo:

La persona se encuentra insatisfecha, de alguna forma, con su propia imagen... Busca modelos que se parecen a su yo ideal y se involucra en relaciones sexuales con ellos... Los modelos son elegidos como objetos de identificación, y el sentimiento o fantasía de identificación se incrementa e intensifica en la relación sexual. En cierto

⁶⁶ Ídem.

sentido, el homosexual comparte muchos rasgos con el narcisista, quien tiene una relación amorosa consigo mismo. La persona homosexual, sin embargo, es incapaz de amarse a sí mismo... en su lugar, ama a su yo ideal⁶⁷ (p.358).

El estudio de Irving Bieber le otorgó sustento empírico a la teoría “reparativa” al vincular el déficit en la identidad masculina con la constelación triádica de la “familia tipo” de los individuos que se volvían homosexuales. Tiempo después, Elizabeth Moberly (1983) desarrolló una explicación causal de la atracción erótica por el mismo sexo que caracterizó, específicamente, como un impulso de reparación.

Moberly (1983) vincula la existencia del impulso de reparación con el desarrollo de la identidad masculina en el caso de los homosexuales varones, señalando que dicho proceso dependería del vínculo que establece con el padre y/o con las figuras masculinas que suplen la necesidad de identificación del niño con aquello de lo masculino que termina por configurar su identidad. A su juicio, la persona homosexual –sea ésta hombre o mujer– ha sufrido algún déficit en la relación con el padre de su mismo sexo, agregando que existiría, también, el impulso correspondiente para suplir dicho déficit, el cual se expresaría a través de relaciones de tipo sexual con individuos de su mismo sexo. De esta forma, el factor común en cada caso sería una alteración en el apego al padre del mismo sexo, cualquiera sea el motivo que lo haya causado. Nicolosi (1997) retoma algunas de las ideas de Moberly y configura el siguiente cuadro:

Justo cuando estaba desarrollando su sentido de masculinidad y estaba especialmente receptivo a la influencia del padre, el niño pre-homosexual experimentó un daño o decepción en la relación con su padre. Para protegerse de futuras heridas, el niño desarrolló una postura defensiva caracterizada por el distanciamiento emocional [respecto a su padre]. No sólo fracasa en la identificación con [éste] sino que, en razón de esta herida, rechaza al padre y a la masculinidad que representa⁶⁸ (p.71).

El componente traumático de esta experiencia es central dentro del modelo explicativo. Para que el niño se distancie de una figura tan poderosa y atractiva como aquella que representa su padre, tiene que haber ocurrido una experiencia traumática dolorosa. El miedo resultante sería aquello que explicaría la alienación experimentada por el niño en relación a los demás, particularmente, respecto de aquello que sería el núcleo auténtico del self (Nicolosi, 1997).

⁶⁷ Ídem.

⁶⁸ Ídem.

En relación al vínculo con el padre, Nicolosi (1997) puntualiza que la causa principal de la homosexualidad no sería la ausencia de un padre, sino más bien la puesta en acto de un mecanismo ya descrito por Moberly, a saber, el de un desapego defensivo contra el rechazo que experimenta por parte de la figura paterna y la masculinidad que él representa. Sin el impulso a protegerse del daño, el niño puede desarrollar una actitud de confianza y receptividad hacia figuras masculinas que podrían sustituir al padre en caso que éste se ausente físicamente. A su juicio, todo hombre posee una necesidad sana de mantener relaciones de intimidad con otros hombres, necesidad que emerge en la infancia temprana y se satisface, primero, con el padre de su mismo sexo y luego con sus compañeros masculinos. Cuando este proceso se ve frustrado, la atracción homosexual emerge como un impulso reparador (Moberly, 1983).

La invención del mecanismo de “desapego defensivo” habría permitido establecer un nuevo campo de trabajo para el tratamiento de la homosexualidad, que suponía, como principio operativo, un modelo explicativo y causal de la misma. Según Nicolosi (1997), el aporte de Moberly habría sido identificar que el desapego defensivo era, precisamente, la principal resistencia para la cura, lo cual impactaría no solo en la comprensión de la técnica misma, sino también en la posición del terapeuta y el vínculo que establecía con el paciente.

Uno de los errores en que incurrieron los analistas de formación clásica era asumir que la neutralidad terapéutica pasaba por comportarse de manera “emocionalmente distante”⁶⁹ en relación al paciente (Nicolosi, 1997, p.24). Al hacerlo, el paciente homosexual revivía la frustración experimentada en relación a su padre, quien buscaba reparar dicha herida vinculándose de manera afectiva con otros hombres, actuando en la transferencia su ambivalencia y deseos de mayor intimidad. Para evitar aquello, se recomienda que el terapeuta permita la dependencia y se involucre emocionalmente con el proceso terapéutico. Además, se sugiere que el terapeuta sea del mismo sexo del paciente para que así puedan trabajar los conflictos relacionados con el padre del mismo sexo. De esta forma, la cura vendría posibilitada por la relación terapéutica y reforzada a través del logro de vínculos no eróticos con pares de su mismo sexo. Esto funcionaría debido a que existiría una identidad primera, más auténtica, a saber, una heterosexualidad latente sobre la cual construir el cambio buscado por el paciente. (Moberly, 1983; Nicolosi, 1997).

Con todo, Joseph Nicolosi inventa la “terapia reparativa” y sistematiza los principios teóricos y técnicos del modelo iniciado por Moberly. Pese a que sus detractores consideran que la palabra “reparativa” es estigmatizante y ofensiva, muchos de sus clientes reparativos se

⁶⁹ Ídem.

sienten conformes y aliviados con ésta al constatar que logra explicar de buena forma la naturaleza de la homosexualidad y el sentido de sus comportamientos homosexuales, los cuales son interpretados como “un esfuerzo inconsciente por ‘auto-reparar’ sentimientos de inferioridad masculina”, y por satisfacer –de manera sana y normal– sus necesidades de intimidad emocional masculina (Nicolosi, s.f.a., p.3). Para ellos, el concepto “reparativo” incrementa la auto-aceptación y la compasión en relación a su comportamiento sexual no deseado, el cual previamente evocaba solo confusión, vergüenza y odio hacia sí mismos. Tal como señala Moberly (1983), los sentimientos homoeróticos deben ser reinterpretados como resultado de una necesidad legítima por mantener relaciones de intimidad con personas del mismo sexo.

1.3 El saber religioso y su relación con la psiquiatría: surgimiento de una nueva alianza.

La interpretación que han hecho algunos analistas acerca de los postulados de Freud sobre el desarrollo psicosexual normal del individuo, ha sido utilizada por algunos para reivindicar una visión patologizante de la homosexualidad que insiste en su estatuto problemático, y que se opone a perspectivas teóricas de avanzada que comenzaron a considerarla como una variante normal de la sexualidad humana. En este contexto, la discusión que siguió a su despatologización en 1973 posibilitó que distintas organizaciones religiosas moderaran sus discursos contra la homosexualidad, incorporando nuevos elementos conceptuales que los constituía, también, como alternativas válidas de sanación para quienes querían tratar su atracción homoerótica. Este proceso reflexivo contribuyó a que algunas denominaciones religiosas –de inspiración evangélica y católica– adoptaran un nuevo imperativo moral que se expresó en el axioma *ama al pecador, odia al pecado* (Drescher, 2002). Esta fórmula incidió sobre la formulación doctrinal de las Iglesias y reorganizó la atención pastoral que ofrecían a quienes eran condenados por el pecado de la sodomía: gays y lesbianas dejaron de ser automáticamente excluidos de su comunidad de fe, pudiendo permanecer en ella a condición de trabajar espiritualmente sobre un nuevo objeto de preocupación para las Iglesias, a saber, sus actos, tendencias y estilos de vida.

Un primer pronunciamiento oficial vino del lado de la Iglesia Católica. En noviembre de 1975, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe –bajo el primado del Papa Pablo VI– dio a conocer su declaración sobre cuestiones relativas a la ética sexual, más conocida como “Declaración Persona Humana”. En ella, se establecía una nueva mirada sobre aquello que

durante siglos fue considerado como un acto de perversión cometido por criaturas monstruosas de las cuales había que protegerse (Contardo, 2011). Por primera vez, la Iglesia Católica adoptaba oficialmente la expresión médica *homosexualidad*, distinguiendo entre el “hábito contraído” de sujetos cuya tendencia sería “transitoria o a lo menos no incurable”, de aquellos “otros homosexuales que son irremediamente tales por una especie de instinto innato o de constitución patológica que se tiene por incurable” (Congregación para la Doctrina de la Fe [CDF], 1975, párr. 28).

Esta declaración representó un cambio fundamental. Al admitir que la inclinación homosexual podía explicarse “por una especie de instinto innato”, la Iglesia Católica sugería que la atracción sexual por personas del mismo sexo no era una conducta viciosa del individuo, sino constitutiva de su naturaleza e identidad (Contardo, 2011). Al mismo tiempo, señaló que la Sagrada Escritura atestigua que “los actos homosexuales son por su intrínseca naturaleza desordenados” (CDF, párr. 30), y propone un modo de acogida a su situación que obliga al individuo a negar su propia condición, asumiendo, como destino, la castidad entendida como celibato (Contardo, 2011). Al igual que lo ocurrido con la desclasificación de la homosexualidad como patología psiquiátrica, los fragmentos de la Declaración que invitaban a una actitud más comprensiva hacia las personas con inclinaciones homosexuales, “fueron interpretados como si la Iglesia efectivamente hubiese calificado los actos homosexuales como pecaminosos, pero juzgando la inclinación específica de estas personas como indiferente o incluso buena” (Ratzinger, 1995, p.10).

Según Ratzinger (1995), hubo grupos de presión que instrumentalizaron la discusión en torno a la homosexualidad, presentándola como una forma normal de la sexualidad humana, y forzando a que la Iglesia Católica revisara su juicio sobre ésta. A su parecer, “las prácticas homosexuales provocan problemas graves” (p.11), muchos de los cuales se pueden constatar a partir de sus consecuencias sobre el orden social, por ejemplo, “la promiscuidad” o “la propagación del sida y otras enfermedades sexuales” (ídem). De ahí que la creciente aceptación social de la homosexualidad –y los efectos de la así llamada *revolución sexual* de los ‘60– vaya acompañada “de una grave crisis en el ámbito del matrimonio y la familia” (ídem) que impactaría, a su vez, sobre valores como el autocontrol y la castidad.

En octubre de 1986, el entonces cardenal Joseph Ratzinger, en su calidad de Prefecto para la Doctrina de la Fe, publicó una carta sobre la atención pastoral que debían recibir las personas homosexuales. En dicho documento, Ratzinger (CDF, 1986) precisaba algunos puntos de los ya enunciados el año 1975 y que salían al paso de la discusión que siguió a su proclamación. Refuerza el juicio sobre el acto homosexual y agrega que “la inclinación misma

debe ser considerada como objetivamente desordenada” (p.20), por tanto, quienes se encuentran en esta condición deberían “ser objeto de una particular solicitud pastoral” (ídem), la cual, si se ejerce verdaderamente, contribuirá a que el individuo haga propia “la necesidad de evitar las ocasiones próximas de pecado” (p.28). Aun cuando la carta condena cualquier tipo de “expresiones malévolas” (p.25) y violentas contra las personas homosexuales, insiste en su rechazo a la actividad homosexual sin matiz alguno y bajo cualquier circunstancia.

De esta forma, la Iglesia Católica establece una primera división entre “condición” y “actos” que libera de responsabilidad moral al individuo, quien, para estar en comunión con Dios, deberá cultivar una actitud de fidelidad, mansedumbre y dominio de sí. Con todo, “la conformidad de la auto-renuncia de los hombres y de las mujeres homosexuales con el sacrificio del Señor, constituirá para ellos una fuente de auto-donación que los salvará de una forma de vida que amenaza continuamente con destruirlos” (CDF, 1986, p.27).

En este contexto, el modelo de atención pastoral propuesto por la Congregación para la Doctrina de la Fe, movilizaba principios similares a los sistematizados por los teóricos reparativos de la década del '70 y '80, especialmente aquellos que incorporaban en sus postulados referencias directas a la religión, la naturaleza humana y la experiencia de fe del individuo como factor que posibilita el cambio (Moberly, 1983; Nicolosi, 1997; van Den Aardweg, 1997). Muchos de los así llamados “homosexuales egodistónicos” educados en ambientes religiosos o que adscribían a alguna espiritualidad cristiana, buscaban cura y sanación en sus Iglesias o en la literatura disponible. A diferencia de lo que ocurrió en otras latitudes, el giro en la comprensión de la homosexualidad y la distinción conceptual entre inclinación y conducta, facilitó que en Estados Unidos se crearan movimientos de crecimiento y apoyo conformados por individuos que se denominan a sí mismos como “ex-gays”, esto es, individuos que refieren haber *salido* de la homosexualidad a través de un proceso de reparación y/o sanación, y que se organizan para ayudar a quienes desean alcanzar la heterosexualidad (Drescher, 2002). Para ello, utilizaban los principios de la terapia reparativa, el apoyo de quienes lograron *salir* de la homosexualidad, y los ideales cristianos que colaboraban con la inhibición de las tendencias y comportamientos homosexuales: el celibato, la castidad, el dominio de sí, la cruz y la renuncia de sí, entre otros (Ratzinger, 1995).

2. Principios operativos del modelo reparativo: Fundamentación teórica.

Una vez revisados los principales antecedentes que posibilitaron la articulación de un modelo terapéutico específico para tratar lo que la psiquiatría clasificó como “homosexualidad

egodistónica” –y que Nicolosi (1997) luego utilizó para caracterizar a quienes denominó “homosexuales no-gay”–, resulta posible describir los conceptos y definiciones de quienes heredaron la tradición iniciada por Rado, Bieber y Socarides, y que luego retomaron Moberly y Nicolosi en la década del ’70 y ’80. La circulación del concepto “reparativo” al interior de la psicología posibilitó disponer de una explicación causal que organizó una serie de principios teóricos y técnicos que fueron importados, en su mayoría, desde el psicoanálisis, particularmente, desde la psicología del yo.

Lo que conocemos hoy por tal sería, más bien, la evolución de un modelo que ha sofisticado su estrategia discursiva y que, también, ha optado por otro tipo de nominaciones distinta a la reparativa. En Estados Unidos, por ejemplo, el movimiento anti-gay y la resistencia de los analistas que rechazaron la decisión adoptada por la APA en 1973, institucionalizó el modelo en una organización que opera al interior de las disciplinas psi, a saber, la “Asociación Nacional para la Investigación y Tratamiento de la Homosexualidad” (NARTH, por su sigla en inglés). En Latinoamérica, en cambio, existen ministerios religiosos de raíz cristiana que ofrecen una alternativa de tratamiento y/o consejería espiritual que sigue los mismos principios del modelo reparativo, observándose, además, un fenómeno de secularización del discurso religioso que hace circular estas ideas al interior de las Universidades, instituciones y ONGs de tipo confesionales, las cuales promueven la trasmisión del modelo reparativo entre los profesionales de la salud mental y la ciudadanía (Morán, 2012).

Interesa, entonces, revisar la evolución que ha tenido el modelo hasta hoy, reparando en sus fundamentos teóricos y en los principios operativos que explican el cambio de quienes dicen haber *salido* de la homosexualidad. Para ello, se describirán los aportes de algunos autores, entre ellos, Joseph Nicolosi, Gerard van den Aardweg, Richard Cohen, Marcela Ferrer, Christian Schnake y Elena Lorenzo, además de las publicaciones de NARTH y el Grupo Juan Pablo II.

2.1 Causas, explicaciones y conceptos.

- **Lo innato, la genética y lo constitucional: problema para la bioética.**

Así como la desclasificación de la homosexualidad como patología ha sido interpretada como un gesto de tipo político e ideológicamente motivado, la investigación científica en torno a sus causas ha seguido un curso similar. De esta forma, la genética y la biología han sido invocadas como argumento para normalizar y equiparar a la homosexualidad con la

heterosexualidad, razón que mostraría como injustificados los esfuerzos por tratarla como una patología. En términos generales, el argumento dice que si no hay enfermedad, no hay necesidad de cura ni tratamiento: si la homosexualidad es una variante normal del desarrollo psicosexual, no hay necesidad, entonces, de cambiar aquello que sería propio de la *naturaleza* del ser humano.

El modelo reparativo cuestiona lo anterior y desmiente la posibilidad de que exista un *gen gay* que explique la homosexualidad en un mismo nivel que la heterosexualidad. Sus defensores señalan que no existe “ningún dato científico que apoye la existencia de una base genética o biológica para la atracción hacia el mismo sexo” (Cohen, 2012, p.43), y que cualquier intento de justificación a través de estas vías sería irresponsable e incluso falaz. Denuncian que existiría un uso instrumental del dato biológico como argumento para presentar la homosexualidad como “una condición de inmutabilidad e irreversibilidad” (Ferrer, 2008, p.3) que impediría la posibilidad de su modificación (Zegers, Larraín y Bustamante, 2007). Esto último legitimaría el reconocimiento de la tendencia homosexual como una variante normal de la sexualidad humana, que, en sí misma, no tendría ninguna consecuencia para el desarrollo del individuo, ni menos para la sociedad en su conjunto, situación que impediría su evaluación crítica desde el punto de vista ético y moral (Ferrer, 2008).

En este contexto, la sexualidad humana es comprendida como una realidad biológica universal e inmutable, y el carácter sexuado del individuo queda signado en todas sus dimensiones y posibilidades desde el momento de la fecundación (Chomalí, 2008). “En efecto, el cigoto lleva en sí la información de su propio sexo” (p.20), la cual evidenciaría “un *continuum* claramente ordenado a que el cuerpo que se está formando se defina por su condición de hombre o mujer, con sus peculiaridades propias y específicas” (p.22). Esta diferenciación corporal posibilita el encuentro entre un hombre y una mujer desde su “complementariedad genital”, actualizándose en un acto de voluntad que aspira a la trascendencia y la “donación completa al otro” (idem).

Con todo, el sexo biológico no sería el único que interviene en este proceso. Se añade, también, el concepto de sexo psicológico, el cual se comprende como la convicción íntima y profunda de pertenecer a un determinado género, sea éste masculino o femenino. Según Chomalí (2008), la introducción de este concepto permite comprender por qué el debate en torno a la homosexualidad sigue abierto, aun cuando “en el nivel biológico la investigación es más que concluyente” (p.23).

Dado que ninguna de las investigaciones que se han realizado con el fin de demostrar las bases genéticas de la homosexualidad son concluyentes, resulta pertinente comprender el

origen de la homosexualidad, “encontrar las bases de dicha conducta [e investigar] si existen o no posibilidades de cambio una vez que la condición ya ha sido establecida” (Ferrer, 2008, p.3). El hecho de que muchos homosexuales hayan mudado su orientación sexual, incluso sin psicoterapia, da cuenta de su reversibilidad, por tanto, se vuelve necesario estudiar las bases de dicha condición y el desarrollo de terapias efectivas que contribuyan a disminuir el sufrimiento de quienes desean cambiar sus tendencias (Chomalí, 2008; Ferrer, 2008; Cohen 2012). Por todo esto, la homosexualidad se constituye como objeto para la bioética. No solo en tanto objeto de estudio, sino porque están implicadas la dignidad de la persona, su felicidad y desarrollo pleno como ser humano: “así como se respeta la posibilidad de aceptar una condición, resulta también necesario aceptar la posibilidad de cambio” (Ferrer, 2008, p.4).

Si la hipótesis que se maneja es que “la atracción al mismo sexo no va con la naturaleza del ser humano” (Ferrer, 2014, párr. 20), es posible, entonces, pensar en intervenciones de tipo preventivas que permitan identificar a tiempo aquellos signos para rectificarlos a través de un tratamiento adecuado. Muchos de los teóricos que han investigado la homosexualidad, coinciden en que en la gran mayoría de los casos dicha condición fue precedida por un “Trastorno de la Identidad de Género”, o por algún tipo de conflicto, confusión o desorden de género acontecido en la infancia (Schnake, 2008). Es lo que Nicolosi (2009b) denomina como niños pre-homosexuales, es decir, niños que presentan expresiones de género distintas a las tradicionales, que se sienten cómodos con aquello que sería propio del sexo contrario y que, incluso, desean ser del otro sexo: en términos simples, el niño amanerado y la niña *amachotada* (Schnake, 2008).

Si bien no se puede hablar de homosexualidad en la infancia, la experiencia de confusión y disconformidad con el género sería uno de los núcleos de la condición homosexual que desarrollan muchos en la adultez. Dado que esta experiencia de confusión ocurre a temprana edad, es que sería responsabilidad del pediatra y/o del psicólogo advertir a los padres acerca de los signos que darían cuenta de este tipo de conflictos en sus hijos, potenciando el desarrollo armónico de su identidad de género y su correcta expresión (Ferrer, 2008; Schnake, 2008; Nicolosi, 2009b).

Uno de los objetivos del tratamiento sería evitar que los niños que presentan este tipo de conflictos en su identidad de género, refuercen su sensación de inferioridad y diferencia respecto de los otros niños. Algunas de las indicaciones que se sugieren a los padres son, por ejemplo, disminuir el afeminamiento, potenciar su autoestima y madurez, mejorar la relación con el padre de su mismo sexo, entre otras (Nicolosi, 2009b). Christian Schnake (2008), por su parte, recomienda que cada familia pueda contar con la presencia de un padre y una madre que

sirvan de modelo y referente de identificación para el niño; que las familias eduquen a sus hijos en la igualdad entre hombres y mujeres, pero también en sus diferencias; que transmitan a sus hijos que no existen actividades propiamente masculinas o femeninas, sino formas de ejecutarlas que son propias de cada sexo: “un niño jugará con una muñeca, pero la transformará en un héroe de acción, en cambio para una niña será su hija a la que le cantará canciones de cuna” (p.24). Asimismo, señala que los padres “deben mantener una actitud vigilante frente a la televisión, en la que se presentan conductas sexuales desviadas como una opción más, con la mayor naturalidad” (ídem). En síntesis,

una vez [que los padres están] convencidos de que la atracción homoerótica no es un desorden de origen genético, se puede esperar el éxito de la prevención y uno puede tener también esperanza de encontrar un modelo terapéutico que vaya a mitigar significativamente, si no a eliminar, la atracción homoerótica (Asociación Médica Católica Americana, 2003, párr. 19).

- **Homosexualidad y complejo de inferioridad.**

La gran mayoría de los autores consultados, así como las principales referencias a las que aluden para fundamentar sus posiciones, estudian y analizan las causas de la homosexualidad masculina. Algunos de ellos señalan que “el modelo de recuperación” propuesto “sirve tanto para hombres como para mujeres, a menos que se especifique lo contrario” (Cohen, 2012, p.18), asumiendo que el desarrollo de la homosexualidad seguiría un esquema similar en ambos sexos, utilizándose como referencia el caso masculino y extrapolándose, por analogía, al caso femenino.

Muchos autores coinciden en calificar la homosexualidad como un síntoma o un trastorno de tipo afectivo “de algo que subyace” (Cohen, 2012, p.53); una respuesta defensiva frente a una herida homo emocional que no ha encontrado respuesta adecuada en el pasado. Sería, por tanto, una formación de compromiso que surge como consecuencia de un déficit en el desarrollo de la identidad de género masculina, el cual sienta las bases para el desarrollo de la atracción homoerótica (Moberly, 1983; van den Aardweg, 1997; Nicolosi, 1997; Cohen, 2012).

Otros prefieren hablar de inclinaciones y tendencias. Al respecto, el psicólogo holandés Gerard van den Aardweg (1997) postula que “las personas inclinadas a la homosexualidad” (p.9) nacen con las mismas características físicas y psíquicas que las personas heterosexuales, sin embargo, no habrían evidencias que legitimen la existencia de una naturaleza innata y diferente que haga que “un porcentaje de hombres con tendencias homosexuales aparezcan poco viriles o incluso afeminados, en sus conductas e intereses” (ídem). A su juicio, un hombre

o una mujer podrían incluso no tener, o solo muy débilmente, inclinaciones heterosexuales, pero en esencia sí lo son y frente a ello no hay contrargumento posible. En estricto rigor, “los homosexuales u ‘homófilos’ no existen, como tampoco en el reino animal” (ídem); quienes sí existen, son *personas con inclinaciones homosexuales*.

Richard Cohen (2012), por su parte, admite que es a partir de los historiales clínicos y relatos autobiográficos de sus pacientes, que resulta posible demostrar que el origen de los pensamientos y sentimientos homosexuales se reconduciría a experiencias preadolescentes. “Por tanto –afirma– se trata básicamente de una condición no sexual” (p.54), un impulso de reparación homo emocional que busca satisfacer necesidades de amor insatisfechas en relación a sus padres, lo cual significa “que un hombre está buscando el amor de su padre a través de otro hombre, y una mujer busca el amor de su madre a través de otra mujer” (ídem).

En línea con lo señalado previamente, van den Aardweg (1997; 2011) considera que la homosexualidad es un trastorno psíquico, una forma de neurosis autocompasiva que explica a partir de tres conceptos: el “complejo de inferioridad” desarrollado por Alfred Adler, el “principio de autocompasión” y de “autodramatización” desarrollados por el psiquiatra holandés Leonard Arndt. En términos generales, van den Aardweg señala que junto con la relación que establece el niño con sus padres, el vínculo que establece con sus pares sería clave en la comprensión del complejo homosexual, específicamente, en la fase pre-adolescente del desarrollo.

Van den Aardweg (1997; 2011) señala que las experiencias de socialización con pares del mismo sexo, son catalizadoras de sentimientos de inferioridad o de no pertenencia con el propio género, y agrega que serían un factor predisponente, sino causal, de la homosexualidad. A su juicio, muchos de estos niños y pre-adolescentes que describe como pre-homosexuales, se caracterizan por presentar expresiones de género no tradicionales⁷⁰ en comparación con sus pares del mismo sexo, específicamente, en el plano de sus intereses, rasgos y comportamientos. En el caso del niño pre-homosexual, la ausencia de rasgos masculinos, en lugar de la presencia de rasgos femeninos, sería el factor que influiría con mayor determinación en el desarrollo de su futura orientación homosexual.

Para la comprensión del desarrollo de las tendencias homosexuales, resulta particularmente relevante integrar la “observación universal de que la no conformidad de género en estos niños pre-homosexuales, cursó acompañada de una sensación de inadecuación y de no pertenencia al grupo de pares de su mismo sexo⁷¹” (van den Aardweg, 2011, p.337). El niño o la niña pre-homosexual se compara con sus pares e integra en su proceso de definición

⁷⁰ Traducción de la palabra “gender nonconforming”.

⁷¹ Traducción propia.

identitaria las críticas que surgen de su inadecuación e incompatibilidad con aquello que se espera de los hombres y las mujeres (van den Aardweg, 1997). En este contexto, “los sentimientos homosexuales emanan del sentirse deficiente en la propia masculinidad o feminidad, tal *como es percibida por el niño* en su comparación con los demás” (p.32), por tanto, la propia identidad se construiría desde el negativismo y la resistencia a integrar nuevos aprendizajes que desafíen la imagen de sí que se ha construido.

De esta forma, el “complejo de inferioridad homosexual” sería una rigidización caracterológica del sentimiento de inferioridad que le antecede, el cual impactaría profundamente en el narcisismo del sujeto y generaría un mecanismo de adaptación que le permite compensar esta situación, a saber, una respuesta emocional autocompasiva que dramatiza hacia el exterior sus necesidades de atención, aprecio y reconocimiento. Tal como señala van den Aardweg (1997), “el niño se siente y se ve a sí mismo como alguien importante y digno de lástima. ‘Mi sufrimiento es único’. Su conciencia de sí mismo se convierte en conciencia de su desdicha: *pobre de mí*” (p.29).

- **Apego, temperamento y percepción: la excepción que se escapa de la regla.**

Algunas de las causas estudiadas por quienes defienden la posibilidad de cura y/o tratamiento de la homosexualidad, son aquellas que derivan de una combinación de factores que estarían presentes desde antes del nacimiento, y que incluyen factores de tipo biológicos, genéticos y ambientales. En esto, destacan aquellos que provienen de la carga genética del niño o niña en gestación, circunstancias de la vida intrauterina y estímulos de tipo ambientales que serían propios del tipo de vínculo que establece el niño con sus padres o cuidadores cercanos (Ferrer, 2008).

Marcela Ferrer (2008) revisa los principales aportes de la teoría del apego y de la percepción para proponer un modelo explicativo de la homosexualidad, que permita comprender por qué algunas personas experimentan atracciones homoeróticas hacia los de su mismo sexo y otras no, particularmente dentro del mismo grupo familiar y bajo las mismas condiciones ambientales. En términos generales, Ferrer señala que la experiencia más fundamental del niño durante sus primeros meses de vida es la calidad del vínculo que establece con su madre o cuidador cercano. Una de las funciones que cumpliría la madre en ese período, es la de actuar como ente regulador de las experiencias de estrés del niño, el cual “puede ser causado por la percepción del niño de no ser aceptado tal cual es, sea esto objetivo o no” (p.22).

En esto, Ferrer (2008) adhiere a los planteamientos desarrollados por Adler y van den Aardweg en relación al llamado “complejo de inferioridad”. Se sirve de sus desarrollos teóricos para complementar su descripción de los “chicos que presentan la tendencia homosexual” (p.50). A su juicio, “es sabido que existe una proporción de niños, llamados bebés difíciles, que tienden a ser muy demandantes” (p.22) e irritables; son niños que cuando logran expresarse verbalmente, tienden a relacionarse con el mundo desde sus aspectos negativos (“el vaso medio vacío”), experimentando grandes dificultades para adaptarse al medio y responder a las demandas de su entorno. Esto podría, incluso, “dejar huellas a nivel cerebral” (p.22) que se expresarían en una forma particular de comprenderse a sí mismos dentro del mundo que los rodea y que impactaría en el desarrollo de su identidad sexual.

Al igual que los autores que cita en su investigación, Ferrer (2008) sostiene que junto con la determinación biológica del impulso que posee el niño a “crear apego”, existen también factores propios de la naturaleza y la calidad del vínculo que establece con su madre o cuidador, que determinarían “el ‘molde’ biológico y emocional para todas sus futuras relaciones” (p.24). Al respecto, señala que existen cuatro factores que permiten comprender las fallas o interrupciones que afectan el apego: 1) Problemas primarios relativos al niño; 2) Problemas propios del cuidador; 3) Problemas ambientales; y 4) Problemas relativos al acoplamiento entre el niño y su cuidador.

En relación al primero de estos factores, Ferrer (2008), Cohen (2012) y Lorenzo (2014) describen uno de sus principales componentes, a saber, el temperamento. De acuerdo con Ferrer, desde el momento del nacimiento —e incluso dentro del útero materno—, el niño tendría un tipo de temperamento más o menos definido “en un continuum entre fácil y difícil” (p.26). Según refiere, existiría una relación directa entre el tipo de temperamento del niño y la calidad del vínculo que establece con su madre, vale decir, mientras más fácil es su temperamento, mayores son las posibilidades de desarrollar una relación madre e hijo de buena calidad, lo cual impactaría positivamente en sus futuras experiencias de socialización. Por el contrario, si el niño es de temperamento difícil, aumentan las probabilidades de que sus dificultades de apego se extiendan a las demás relaciones con el mundo, “gestándose en el niño una mirada insegura y de inferioridad, [particularmente], en aquellos que no logran sentirse realmente amados y, sobre todo, [en aquellos que dejan de ser] el centro en la vida de sus madres” (ídem).

Se trataría, entonces, de una *forma de evaluar las situaciones* de la vida que sería propia de niños sensibles, “muy atentos a las señales afectivas de parte de sus seres queridos y altamente demandantes de atención: lo que, desde la teoría del apego, podríamos llamar niños difíciles” (Ferrer, 2008, p.30).

Todos los autores coinciden en que la mera presencia de uno de estos rasgos no sirve como índice predictivo, ya que resulta necesaria la presencia de una serie de factores predisponentes para establecer un diagnóstico claro. Por tanto, la sensibilidad o afeminamiento no son, per se, factores que conducen a una determinada orientación sexual. Es más, lo determinante sería la manera en que la familia y su entorno interpretan y/o valoran dicho temperamento. Si estos comprenden y acogen la sensibilidad del niño y su naturaleza artística, no experimentará problemas en su desarrollo emocional y afectivo ya que se sentirá aceptado y querido por su entorno. Sin embargo, si la reacción del medio es de rechazo e incompreensión, “su desarrollo afectivo se puede alterar, empezar a sentirse diferente, ‘raro’ y no encajar en su ambiente” (Lorenzo, 2014, párr. 13), lo cual incidiría en el desarrollo del complejo homosexual, particularmente cuando esa sensación de inadecuación y de hiperreactividad afectiva se ve reforzada por el rechazo que experimentan desde el ambiente, especialmente durante el embarazo, los primeros tres años de vida y la pre-adolescencia (Ferrer, 2008).

- **Estilo de vida gay: deconstrucción y revolución antropológica.**

La mayoría de los autores hace referencia a la expresión “estilo de vida gay” para dar cuenta de una serie de atributos y cualidades que se suponen como propios de las personas que se identifican como gays, y que darían cuenta de una especie de naturaleza o rasgo intrínseco aplicable a todos los casos y situaciones. En cuanto expresión, sirve tanto para caracterizar a un grupo humano específico como para instituir una alteridad, la cual, por cierto, agrega nuevos elementos de sentido al estigma del cual han sido objeto las personas que experimentan atracción a los de su mismo sexo.

Uno de los focos de preocupación sería el proceso de “autoidentificación” y “etiquetamiento” que hacen algunos jóvenes –y adultos– con la afirmación “soy gay”. Por ello es que muchos de estos terapeutas prefieren hablar de tendencias o inclinaciones: conservan en el registro del “tener” una experiencia que es padecida, denunciando que el “ser” y la identidad pretendida son solo ilusiones (van den Aardweg, 1997; Nicolosi, 1997; Ferrer, 2008; Cohen, 2012).

Van den Aardweg (1997) señala que quienes logran autoidentificarse como gays experimentan un gran alivio, el cual, también, trae consigo ciertos costos. Algunos podrán sentirse orgullosos e, incluso, sentirse “superiores a las personas normales, pero a pesar de sus esfuerzos para parecer contentos con su inclinación, se darán cuenta que su ‘ser diferentes’ es considerado como una forma inferior de sexualidad” (p.11). Por esta razón, muchos querrán

pertenecer a una minoría bien definida y sentirse cómodos con pares que compartan sus mismas inclinaciones, protegidos de las dificultades que implica vivir en un mundo heterosexual.

La tensión sexual que experimentan estas personas es tan intensa, que muchos jóvenes con tendencias homosexuales piensan que comprometiéndose en una relación homosexual resolverán todos sus problemas, sin embargo, dichas relaciones serían la puerta de entrada a “un modo de vida completamente desordenado, neurótico de hecho. Su estado profundo se parece en diversos aspectos a una toxicomanía” (van den Aardweg, 1997, p.11). En este contexto, y a diferencia de lo que informa la “prensa rosa”, si se atiende a los relatos de quienes han ejercido su homosexualidad durante años, “queda claro que la felicidad no se encuentra en ese estilo de vida” (ídem). Lo que prevalece serían los celos, depresiones neuróticas, promiscuidad y, proporcionalmente, muchos suicidios.

Van den Aardweg (1997) cita la investigación realizada por la periodista Doris Hanson para dar sustento a sus impresiones. A partir de entrevistas y autoreportes, concluyó que el “mundo homosexual” es uno en donde “las emociones se construyen con mentiras (...) Los vínculos homosexuales empiezan y acaban con sexo. No hay nada más que eso” (p.11). Es más, van den Aardweg le asegura al lector que sus impresiones no son “exageraciones oscuras o moralistas” (ídem). Los jóvenes que “sufren este problema se abrazan a su ‘elección’, que, en su ignorancia, confunden con la ‘felicidad’. Puede resultar duro, pero es verdad: muchos degeneran (...) son, en muchos aspectos, como los drogadictos” (ídem). En relación a esto último, Nicolosi (2001) señala que el sexo gay posee un tremendo poder adictivo. El orgasmo ofrecería un alivio temporal a la tensión sexual que permite que la persona se conecte con la masculinidad de la que se había desapegado defensivamente en su infancia. De la misma forma, la heroína y la cocaína poseen una intensidad adictiva semejante, sin embargo, dejan a la persona con una sensación de vacío emocional que requiere de una nueva dosis para satisfacerse. “Esta misma dinámica emocional es descrita por muchos hombres homosexuales en relación a sus experiencias homoeróticas⁷²” (p.97).

Desde una particular perspectiva católica, los cambios acontecidos en los últimos siglos en materia de sexualidad y familia, han sido interpretados como un proceso de transformación programado que ha impactado sobre los paradigmas antropológicos⁷³ y bio-morales⁷⁴ tradicionales que han organizado por siglos los modos de relación entre hombres y mujeres. El Grupo Juan Pablo II (2014), responsable de la administración del sitio web

⁷² Traducción propia.

⁷³ “No existen diferencias entre el varón y la mujer” (p.4)

⁷⁴ “No existe diferencia entre lo que es bueno y perverso para la naturaleza humana” (íbid).

www.esposiblelaesperanza.com, señala que lo anterior se correspondería con lo que algunas autoridades de la Iglesia Católica han denominado “cultura de muerte”, cuyos instrumentos de dominación y control planificados estarían imponiendo una “revolución antropológica” que amenaza con colonizar la naturaleza humana. A su juicio, se estaría introduciendo una cultura relativista que califican como totalitaria y dictatorial, “que va ‘de-construyendo’ el ser profundo de la persona (especialmente su masculinidad y femineidad) desde las primeras edades, y, al mismo tiempo, se va ‘construyendo’ (‘neo constructivismo’) un nuevo sujeto, a ‘imagen y semejanza’ de la *cultura de muerte*” (p.4).

La así llamada “ideología de género” sería uno de los productos de la cultura que impulsa esta campaña de transformación total de los valores que antes se comprendían como verdaderos y naturales. La categoría género impondría una nueva perspectiva antropológica, que termina por equiparar la homosexualidad a la heterosexualidad y que busca liberar al ser humano de todo condicionamiento biológico. De acuerdo a esta perspectiva, “la naturaleza humana no lleva en sí misma características que se impondrían de manera absoluta: toda persona podría o debería configurarse según sus propios deseos, ya que sería libre de toda predeterminación vinculada a su constitución esencial” (CDF, 2004, párr. 5).

Según el grupo Juan Pablo II (“Cultura Pro-Gay – Presentación”, s.f.), uno de los rostros visibles de la ideología de género sería lo que ellos denominan “cultura pro gay”, a saber, “una compleja red de realidades e instituciones sociales, culturales, económicas, políticas..., cuyo objetivo es la imposición, a través de la manipulación, de la Gran Mentira Gay, detrás de la cual se esconde el cambio antropológico” (párr. 2). La gran mentira de la que hablan, sería una estrategia discursiva que resolvería, en parte, la confusión identitaria que experimentan muchos jóvenes respecto de su sexualidad, y que se expresa en el nivel del *ser* del individuo. La mentira sería ofrecer una etiqueta social –*soy gay*– y afirmar que si experimentas atracción hacia los de tu mismo sexo, “eres gay y, por lo tanto, has de aceptarte” (Grupo Juan Pablo II, 2014, p.8). De esta forma, el *hombre gay* se impone como un nuevo modelo de hombre: libre de toda determinación esclavizante, libre de elegir quien quiera ser, autor de su propio destino, dueño de lo que considerará como verdadero, normal y natural.

2.2 Tecnología⁷⁵ del cambio.

A diferencia del modo en que se trataba la homosexualidad en el período en que ésta era una patología psiquiátrica, la investigación que continuó tras su desclasificación no solo

⁷⁵ Palabra utilizada por Richard Cohen (2012) en su libro “Comprender y sanar la homosexualidad”.

introdujo nuevos conceptos, sino que inventó un dispositivo terapéutico inédito tanto en su especificidad como en sus condiciones de eficacia. Pese al rechazo y la oposición de muchos, la sistematización del modelo trajo consigo la articulación de un movimiento que busca reivindicar la posibilidad de un *hacer con* el motivo de consulta de quienes quieren cambiar o curarse de su atracción hacia el mismo sexo. Esto ha implicado legitimar una posición dentro del mundo científico y dentro de la opinión pública, producir evidencia y enseñar el modelo a través de circuitos de difusión cada vez más herméticos y restringidos.

Hoy en día, muchos de los terapeutas que adhieren a este tipo de dispositivos hablan de “terapias AMS⁷⁶ no deseadas” o de “esfuerzos por cambiar la orientación sexual” (SOCE⁷⁷, por sus siglas en inglés), dejando fuera los significantes “reparativo”, de “reorientación” y/o “de conversión”. Asimismo, no todos los profesionales se identifican como psicoterapeutas: algunos son coach, acompañantes y/o consejeros, utilizando técnicas y métodos de uno y otro lado de manera intercambiable y sin límites claros. Para ellos, la técnica y el método elegido se ajustarían a las necesidades de quien ya no se concibe como paciente, sino que pasa a ser un cliente.

La motivación, voluntad, esfuerzo y libertad son los valores que se defienden y se enarbolan como bandera de lucha en contextos donde existen normas que prohíben su ejercicio; de igual manera, son los principios que posibilitan el cambio y que sitúan al proceso en una lógica operativa que depende, en extremo, de condiciones y rasgos que serían propios del individuo que consulta. De esta forma, la oferta de cambio instala un principio de regulación que funciona de igual manera que el mercado y los servicios de apoyo al consumidor, desplazando el conflicto a un campo de batalla distinto que no sería exclusivo de este modelo, a saber, el del conflicto de libertades: religiosa, de conciencia y de enseñanza, entre otras.

- **El proceso curativo: itinerario de recuperación.**

Para efectos del análisis, se describirá el modelo de recuperación propuesto por Richard Cohen (2012), basado en su propio itinerario curativo y en su experiencia como profesional acompañando a otros a salir de la homosexualidad. Su propuesta está dirigida a terapeutas, consejeros, sacerdotes, pastores y cuidadores. En términos generales, es el plan de tratamiento

⁷⁶ AMS: atracción al mismo sexo.

⁷⁷ SOCE: Sexual Orientation Change Efforts. Refiere a todos los medios dispuestos para cambiar la orientación sexual de un individuo (técnicas psicoanalíticas, conductuales, aproximaciones médicas, religiosas y espirituales). Incluye iniciativas lideradas por profesionales de la salud mental y por miembros de la sociedad civil, destacando líderes y profesionales religiosos, grupos de apoyo y autoayuda, entre otros.

al que refieren muchos de los terapeutas actuales, y es, también, uno de los más flexibles e integrativos.

La eficacia del modelo depende de, al menos, dos condiciones, a saber, la motivación y el deseo profundo de cambiar. Sin estos factores, el proceso curativo es virtualmente imposible. Dado que la homosexualidad implica un desorden de afecto, “gran parte del trabajo consistirá en identificar dónde se detuvo el desarrollo, y en ayudarlo a cicatrizar heridas, asistiéndole en la tarea de satisfacer necesidades antes insatisfechas”. Para llevar a cabo lo anterior, “se requieren instrucción, guía y una tutela paternal adecuada” (Cohen, 2012, p.152).

En términos descriptivos, se especifica un plan de tratamiento terapéutico, el cual responde a un modelo lineal y de desarrollo dividido en cuatro etapas, cada una de ellas con sus tareas y terapéutica específica: terapia de la conducta, cognitiva y psicodinámica. El modelo permite que la persona se mueva a lo largo de las etapas según sus necesidades y momento vital. Además, Cohen (2012) recomienda que durante las tres primeras etapas del proceso, se trabaje con un terapeuta o consejero del mismo sexo que el paciente. Desde un punto de vista práctico, la advertencia es que iniciar este trayecto “lleva su tiempo, paciencia y un continuo esfuerzo” (p.107).

A continuación, se revisarán las cuatro etapas y sus respectivas metas terapéuticas, puntualizando en aquellas que resultan llamativas para efectos de esta tesis (Cohen, 2012):

1. Primera Etapa – Transición: El supuesto de entrada es que la persona se ha dado cuenta que tiene un problema y desea recibir ayuda. La motivación y el deseo de cambiar son claves en esta primera parte. En términos generales, se trata de una terapia conductual que busca reemplazar el comportamiento inadecuado “con fuentes de amor positivas y saludables” (p.153). Para ello, se proponen algunas tareas:

- a) Cortar con la conducta sexual: se instruye al paciente que no debe ir a los lugares que asocia con hombres homosexuales o con comportamientos homosexuales, tales como bares, baños y parques. Al mismo tiempo, debe alejarse de todo aquel que pueda tentar o inducir a que incurra en una actividad homosexual, y debe evitar exponerse a material pornográfico de tipo homosexual.
- b) Desarrollar una red de apoyo: se estimula el desarrollo de relaciones saludables, purificadoras, de cariño y no sexuales con individuos de su mismo sexo. Colaboran en esto los familiares y amigos del paciente, especialmente los que conocen la lucha que está dando y/o que están en su misma situación. Cohen señala que las amistades con hombres heterosexuales, hacia los que los pacientes se sienten sexualmente atraídos,

“ofrecen la mejor oportunidad de curación. Solo a través de este tipo de asociaciones puede haber una transformación desde la atracción erótica a la verdadera amistad” (p.111). Además de lo anterior, se sugiere que el individuo participe en comunidades espirituales, grupos de apoyo y que haga ejercicio físico, dieta y deportes. Esto último contribuye a “curar muchas heridas relativas a la propia imagen y a la relación con los semejantes” (p.115).

- c) Edificar la autoestima y experimentar el propio valor en la relación con Dios: uno de los objetivos buscados es que el paciente le reste relevancia a la identidad homosexual o heterosexual, y dirija su atención hacia el logro de una “auténtica identidad como hijo o hija de Dios”, ya que “todo homosexual es un heterosexual latente” (pp.118-119).

2. Segunda Etapa – Arraigo: El individuo deberá desarrollar las habilidades necesarias para ser feliz y sentirse en paz consigo mismo. Resuelto lo anterior, podrá curar las heridas homo y hetero emocionales del pasado. A diferencia de la etapa anterior, se trata de una terapia cognitiva que “provee de habilidades comunicativas y de resolución de problemas, entrena la asertividad y corrige los pensamientos incorrectos” (p.153). A juicio de Cohen, si alguien pretende saltarse esta etapa, aumentan las probabilidades de rendirse tras terminar el tratamiento y/o volver al estilo de vida homosexual. Las tareas son:

- a) Continuar con la red de apoyo establecida en la etapa anterior.
- b) Afirmar la autoestima y potenciar la relación con Dios.
- c) Desarrollar habilidades comunicativas y técnicas de resolución de conflictos: El supuesto aquí es que la persona que posee sentimientos homosexuales no sabe regular sus emociones y pensamientos. Por lo mismo, necesita que se le enseñe y entrene a identificar pensamientos negativos, controlar su comportamiento y reacción emocional. Para ello se sugiere buscar ayuda dentro del grupo de apoyo, recurrir a la oración o la meditación, registrar sus pensamientos en un diario y practicar ejercicios bioenergéticos. Quienes “padecen una alienación respecto a su propio género” (p.122), se distancian de su yo auténtico y desarrollan un “falso yo” que los protege del medio externo. Asimismo, son personas impacientes e impulsivas, por tanto, deben aprender nuevos modelos de conducta que prevengan recaídas.
- d) Iniciar la curación del niño interior: Se recomienda utilizar libros y técnicas varias que le permitan al paciente entrar en contacto con sus sentimientos y necesidades más profundas, a saber, aquellas vinculadas al origen y significado de su atracción

homoerótica. En síntesis, que reconstruya la historia de frustración que gatilló su desapego defensivo respecto del progenitor del mismo sexo.

3. Tercera Etapa – Curación de las heridas homo emocionales: “Cirugía mental, emocional y espiritual mediante el duelo profundo y la curación interior” (p.126). En un primer momento, el individuo tendrá que identificar las causas de su atracción homoerótica y curar las heridas asociadas a su historia. Esto último se realiza a través de un análisis psicodinámico y a través de relaciones sanas –y no eróticas– con personas de su mismo sexo. Las tareas de esta etapa son:

- a) Proseguir con las tareas de la segunda etapa.
- b) Descubrir las causas profundas de las heridas homo emocionales: El objetivo es que el paciente descubra y deleve lo que pasó en el pasado y terminó por separarlo de su identidad de género. Algunas de las causas remotas que deben ser curadas son: heridas provocadas por el progenitor de su mismo sexo, su hermano y/o sus pares, heridas asociadas a su imagen corporal, “los abusos sexuales, el divorcio o la muerte de uno de sus padres” (p.133).
- c) Iniciar el proceso de duelo y perdón con la propia historia, y toma de responsabilidad personal.
- d) Desarrollar relaciones sanas y curativas con el mismo sexo: “La heterosexualidad florece después de que la persona satisface sus necesidades homo emocionales y experimenta su identidad de género” (p.136). El principio aquí es que los hombres se curan con otros hombres, y las mujeres con otras mujeres. Para ello, se recomienda que las personas interactúen con otras personas, en el contexto de relaciones sanas y protegidas. Otro método recomendado es que el paciente pueda disponer de un mentor que asuma el lugar de padre sustituto. En lo posible, se sugiere que quien adopte dicho rol sea el progenitor de su mismo sexo.

4. Cuarta Etapa – Curación de las heridas hetero emocionales: A través de una terapia psicodinámica, el paciente ha de identificar sus heridas hetero emocionales, curarlas y satisfacerlas a través de relaciones sanas con el sexo opuesto. La meta final será que aprenda a mirar a las mujeres desde la perspectiva masculina, y viceversa. Las tareas son:

- a) Continuar con las tareas de la segunda etapa.
- b) Descubrir las causas de las heridas hetero emocionales: Fundamental que se sanen las heridas asociadas a la relación madre e hijo, y padre e hija.

- c) Continuar con el proceso de queja, perdón y toma de responsabilidad.
- d) Desarrollar relaciones sanas y curativas con el sexo opuesto: “En esta fase puede resultar de ayuda el tener a un terapeuta del sexo opuesto. Esto facilitará la transferencia, con la proyección sobre el terapeuta, de sentimientos reprimidos hacia el otro sexo” (p.140). Al igual que en la etapa anterior, se recomienda que el paciente desarrolle relaciones sanas y no sexuales con miembros del sexo contrario, en lo posible, que el trabajo se realice con el propio padre o madre. Para ello, Cohen recomienda usar la terapia del apego-abrazo.

- **Técnicas terapéuticas.**

A continuación, se describirán algunas de las técnicas terapéuticas propuestas para cada una de las etapas. Asimismo, se presentarán los principales objetivos de las áreas de curación. Todo esto se graficará en una tabla resumen que el mismo Cohen (2012) facilita en su libro.

Antes de describir cada una de las técnicas, Cohen (2012) se detiene en especificar de manera exhaustiva cómo debe conducirse una primera sesión: qué preguntas hacer, qué estrategias utilizar y cómo dirigir el encuentro. Al partir, el terapeuta debe realizar una historia completa del paciente. Esto tarda alrededor de dos o tres horas. De manera adicional, se le pide al cliente que desarrolle dos tareas en su casa: que conteste un cuestionario y que dibuje un genograma de tres generaciones. Ambos sirven como herramientas de análisis para la evaluación previa que debe realizarse antes de pasar a las etapas de curación.

Respecto de la primera tarea, algunas de las preguntas son:

Lista de preguntas (Cohen, 2012, pp.156-157):

- Describe la relación con tu padre: desde los primeros recuerdos hasta el presente.
- Describe la relación con tu madre: desde el pasado hasta el presente.
- Describe la relación entre tu padre y tu madre: desde el pasado hasta hoy.
- Describe la relación con tus hermanos y hermanas (si los tienes): desde el pasado hasta la actualidad.
- ¿Cuál era tu papel en el sistema familiar? (por ejemplo, héroe, simpático, payaso, rebelde, sustituto del esposo, niño mimado, chivo expiatorio, etc.).
- Describe tu historia escolar, académica y socialmente, desde el pasado hasta el presente.
- Describe tu historia sexual, desde tus primeros recuerdos hasta el presente, incluye todas las referencias al sexo y a la sexualidad, dentro o fuera de la familia ¿Cuándo comenzaron los sentimientos y deseos homosexuales?

- Describe tus fantasías sexuales, desde el pasado hasta el presente, explicitando cómo han cambiado a lo largo del tiempo. ¿Qué tipo de persona te atrae? ¿Cuáles son sus características: atributos físicos y rasgos psicológicos? ¿Qué actividades se realizan en ellas y en qué entorno?

En relación a las preguntas, Cohen (2012) puntualiza la importancia de preguntar por las fantasías sexuales del paciente, las cuales entiende como “tapaderas de necesidades de amor homo emocionales no cubiertas” (p.160). Por lo mismo, es importante conocer las fantasías del paciente “con el máximo detalle posible” (ídem), ya que solo así se podrán comprender las razones que se ocultan tras su atracción homoerótica. Una vez analizado el genograma, Cohen comparte sus impresiones y opina sobre el modo en que cada una de sus relaciones interpersonales ha impactado en su crecimiento y desarrollo. “Antes de entregar al paciente la evaluación [por escrito], le invito a que la escuche y la acepte” (p.161).

Cada una de las etapas de recuperación se divide en cuatro áreas de curación: intelectual, emocional, física y espiritual. Éstas, a su vez, agrupan una serie de técnicas terapéuticas que se utilizan con el fin de lograr los objetivos de cada una de las etapas. El cuadro que sigue sintetiza de buena forma el plan de tratamiento completo:

Herramientas y técnicas terapéuticas.				
	ETAPA I	ETAPA II	ETAPA III	ETAPA IV
INTELLECTUAL	Biblioterapia Educación Terapia conductual	Terapia cognitiva Habilidades de comunicación Técnicas de resolución de problemas	Comprensión de las principales causas de las heridas homo emocionales	Comprensión de las principales causas de las heridas hetero emocionales Aprendizaje de las diferencias hombre/mujer Relaciones maritales
EMOCIONAL	Buenas relaciones pacientes/asistente Creación de una red de apoyo	Curación del Niño Interior (NI) Tres fases de curación del NI Red de apoyo	Duelo / perdón / asunción de responsabilidades Técnicas: curación de la memoria / diálogo de voces / juego de rol / psicodrama / abrazos / mentor / NI Red de apoyo	Duelo / perdón / asunción de responsabilidades Técnicas: curación de la memoria / diálogo de voces / juego de rol / psicodrama / abrazos / mentor / NI Red de apoyo
FÍSICA	Ejercicios / dieta / deportes / diversión Actividades sociales con el mismo sexo	Ejercicio / dieta / deportes / diversión / bioenergía / ejercicios respiratorios / masaje terapéutico	Ejercicio / dieta / deportes / diversión / bioenergía / ejercicios respiratorios / masaje terapéutico	Ejercicio / dieta / deportes / diversión / reeducación del comportamiento / bioenergía / ejercicios respiratorios / masaje terapéutico

ESPIRITUAL	Desarrollo de la autoestima	Desarrollo de la autoestima	Desarrollo de la autoestima	Desarrollo de la autoestima
	<p>Experimentar el propio valor en la relación con Dios</p> <p>Meditación / oración / afirmaciones / estudio / comunidad espiritual</p>	<p>Experimentar el propio valor en la relación con Dios</p> <p>Meditación / oración / afirmaciones / estudio / comunidad espiritual</p>	<p>Experimentar el propio valor en la relación con Dios</p> <p>Meditación / oración / afirmaciones / estudio / comunidad espiritual</p>	<p>Experimentar el propio valor en la relación con Dios</p> <p>Meditación / oración / afirmaciones / estudio / comunidad espiritual</p>

© Richard Cohen, M. A., enero de 1999

Desde la perspectiva de los terapeutas, Nicolosi (2009a) refiere que a través de la introspección, la terapia reparativa “crea una transformación de sentido” (p.148) que le permite al paciente comprender las verdaderas necesidades que se ocultan tras su conducta sexual no deseada, obteniendo, como consecuencia, una nueva comprensión de los motivos que gatillaron su comportamiento sexual. Esto último no sería solo un ejercicio intelectual, sino efecto del experimentarse distinto al cambiar sus patrones de conducta impropios, lo cual transformaría, también, su identidad.

Los testimonios de pacientes ex-gays confirman muchas de las proposiciones teóricas descritas en los párrafos precedentes. Ejemplo de lo anterior sería el recorrido de sanación personal que realizó el mismo Richard Cohen (2012) y lo que aparece desarrollado en dos entrevistas que condujo Joseph Nicolosi a un ex-gay, Gordon Opp (1998; 2009c). Respecto al cambio, este último señaló que “no solo he cambiado mi conducta, sino que también la manera en que pienso acerca de mí mismo: he cambiado mi identidad”⁷⁸ (Opp, citado en Nicolosi, 1998, párr. 34), agregando que en el proceso se sintió muy acompañado por un grupo de apoyo compuesto por ex-gays a quienes él también dirige, reconociendo que, respecto de la cura, la principal ayuda la ha obtenido de hombres heterosexuales, con quienes ha aprendido a mantener vínculos de intimidad no sexual.

En relación a esto último, Opp (citado en Nicolosi, 1998) declaró que aquellos que intenten vencer la homosexualidad, tendrán que rechazar la intimidación que provenga de heterosexuales que consideren atractivos, agregando que en el proceso de cambio hay, también, un compromiso de la propia voluntad: el sujeto debe optar por distanciarse de los restos de la identidad homosexual no deseada que persisten en la fantasía, y que irrumpen cada cierto tiempo en presencia de diferentes estímulos. Tal como refiere Opp, “...me niego a ser clasificado por mis sentimientos homosexuales ocasionales. Mi cuerpo está diseñado para

⁷⁸ Traducción propia.

tener intimidad con una mujer, ése es mi verdadero yo. Este verdadero hombre heterosexual no va a tener intimidad sexual con otro hombre”⁷⁹ (citado en Nicolosi, 1998, párr. 42).

Siguiendo con la propuesta descrita por Cohen (2012), la interrupción inicial del comportamiento sexual impropio supone la apropiación de un principio 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 (1997) y Cohen (2012) 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, observación que es confirmada, también, por los testimonios de ex-gays 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. Tal como advierte Nicolosi (1997) en referencia a esto último: “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”⁸⁰ (p. 106).

2.3 Cambio terapéutico, cura y conversión.

Uno de los conceptos que más se ha trabajado entre quienes investigan las causas de la homosexualidad y su tratamiento, es el de cambio terapéutico, su definición y condiciones de eficacia. Desde el campo de la ciencia interesa conocer cómo se evalúa y/o se mide el cambio: cuál es, finalmente, la meta terapéutica y cómo es experimentado por cada paciente. Por su parte, desde la sociedad civil el cambio es invocado como argumento para legitimar o sancionar el dispositivo. Testimonios, entrevistas y casos exitosos son presentados como evidencia a través de los medios de comunicación, seminarios, cursos y talleres, desafiando explícitamente la norma institucional que prohíbe el ejercicio de cualquier tipo de terapia que se proponga cambiar la orientación sexual de un individuo. Dado lo anterior es que resulta relevante conocer cuáles serían los criterios utilizados para medir el cambio terapéutico y la valoración que realizan los propios pacientes a través de sus testimonios y autoreportes.

Lo primero que habría que señalar es que no existiría consenso sobre aquello que los investigadores consideran un resultado exitoso. En general, los terapeutas definen un tratamiento exitoso como aquel que produce un cambio intencionado en el deseo sexual, desde la atracción homoerótica hacia la heterosexualidad. Esto lo evaluarían a través de autoreportes y mediciones como la escala de siete puntos de Kinsey, encuestas telefónicas, falometrías,

⁷⁹ Ídem.

⁸⁰ Ídem.

entre otras (Phelan, Whitehead & Sutton, 2009). Al mismo tiempo, existirían problemas metodológicos importantes que inciden en la investigación acerca de estos temas, los cuales estarían asociados no solo a la medición del cambio o el tipo de técnica utilizada, sino a la definición operativa del concepto “orientación sexual”. Al respecto, no existiría una definición universal del término; algunos lo conceptualizan como una condición fija, y otros como una de tipo fluida. Por lo mismo, muchas de las investigaciones en torno al tema suelen utilizar la definición que la misma persona hace de sí misma, la cual puede o no ser congruente con su actividad sexual actual y todos los aspectos que la componen, a saber, fantasías sexuales, conductas, pensamientos, etc. (Schneider et al., 2002, citado en Phelan, Whitehead & Sutton, 2009).

Para la “Asociación Nacional para la Investigación y Tratamiento de la Homosexualidad” (NARTH, 2012), el cambio no se comprende en términos categóricos ni absolutos, sino más bien como experiencia que acontece dentro de un continuum, lo cual es consistente con la manera en que es definida la orientación sexual por la mayoría de las investigaciones actuales. De esta forma, muchos de los que consultan por sus atracciones no deseadas hacia el mismo sexo, experimentan cambios significativos en la dirección e intensidad de sus atracciones sexuales, fantasías y excitación sexual de maneras que son satisfactorias y significativas para ellos, independiente de si son o no evidencia de un cambio o transición absoluta hacia la heterosexualidad exclusiva. Esta manera de comprender el cambio no solo sería auspiciosa para quienes investigan estos temas, sino que también ofrece una perspectiva más realista “entre los consumidores de intervenciones orientadas al cambio⁸¹” (p.143).

Uno de los estudios que suele ser citado con frecuencia por quienes adhieren al modelo reparativo, es el conducido por Dean Byrd, Joseph Nicolosi y Richard Potts (2008). Su investigación aborda la percepción individual de personas que recibieron ayuda terapéutica y que señalaron haber experimentado algún tipo de cambio en relación a su orientación sexual. La muestra incluyó a un total de 882 sujetos –689 hombres y 193 mujeres–, los cuales reportaron haber experimentado algún grado de cambio hacia la heterosexualidad como consecuencia de una psicoterapia, consejería pastoral y/o autoayuda, la cual incluía la participación en algún servicio religioso. Después de haber recibido algún tipo de intervención, el 34.3 por ciento de los participantes reportó haber experimentado un cambio hacia una orientación heterosexual exclusiva o casi exclusiva.

Si bien los sujetos del estudio compartían un mismo diagnóstico, estos es, cierto grado de disconformidad con su homosexualidad, muchos de los que reportaron algún logro en sus

⁸¹ Ídem.

objetivos terapéuticos describieron disminuciones sustantivas en la frecuencia de pensamientos y fantasías homosexuales, así como también mejoras significativas en su bienestar psicológico, interpersonal y espiritual (Byrd, Nicolosi & Potts, 2008). Pese a que los autores reconocen que no sería posible generalizar los resultados y/o alcances de la investigación⁸², destacan la importancia de disponer de evidencia sobre un grupo de personas disconformes con su homosexualidad que, tras recibir terapia reparativa o consejería pastoral, señalan haber percibido ciertos beneficios y/o cambios en su orientación sexual (Nicolosi, Byrd, 2000). Por tanto, más allá de las cifras, interesa conocer algunos de los mecanismos que posibilitaron el cambio en la experiencia de estos sujetos, para así recoger aquellos elementos que destacan como relevantes en su vivencia dentro de algunos de los dispositivos previamente señalados.

El análisis cualitativo de los datos arrojó dos grandes temas: 1) De qué maneras la psicoterapia había contribuido al cambio en la orientación sexual y 2) Qué otras actividades, consejos o relaciones –en ausencia o no de psicoterapia– habían contribuido al cambio. A su vez, se identificaron una serie de subtemas y testimonios facilitados por los participantes del estudio. A continuación se describirán algunos de los subtemas y testimonios principales:

En relación al primer punto (Byrd, Nicolosi & Potts, 2008):

- *Subtema 1: La psicoterapia le ayuda al cliente a llegar a la raíz de su homosexualidad. Esto le permite comprender de dónde viene su atracción al mismo sexo y entrega ciertas direcciones para el tratamiento: “La homosexualidad es algo que haces, no es lo que eres”; “La parte más importante de mi psicoterapia ha sido aprender sobre los patrones de mis conflictos emocionales; “Comprender y aplicar la verdad de que yo no nací homosexual”⁸³ (p.9).*
- *Subtema 4: La psicoterapia ayuda a cómo relacionarse, preocuparse por y estar cerca de otras personas de maneras no sexuales. El terapeuta enseña límites de relación apropiados y la relación terapéutica modela dichos límites para sanar las necesidades emocionales: “Mi terapeuta se convirtió en un muy buen modelo para mí (esto es, un modelo de rol masculino)”⁸⁴ (p.11).*
- *Subtema 9: La psicoterapia ayuda a fortalecer la espiritualidad y a trabajar la rabia hacia Dios. Dios puede usarse como una figura paterna, cuyo Espíritu Santo es capaz de sanar a quien consulta una vez que se ha trabajado la rabia.*

⁸² Entre otros elementos, destaca el hecho que el 96 por ciento de la muestra señaló que la religión o la espiritualidad son factores importantes para su vida, por lo que solo sería posible concluir que los resultados son válidos para un segmento específico de personas y no para todos los que experimentan cierto malestar asociado a su orientación sexual (Nicolosi, Byrd, 2000; Byrd, Nicolosi & Potts, 2008).

⁸³ Traducción propia.

⁸⁴ Ídem.

Respecto del segundo tema (Byrd, Nicolosi & Potts, 2008):

- *Subtema 18: Acceder a libros y grabaciones acerca del cambio. La comprensión y esperanza de que el cambio es posible puede venir de la educación: “¡Lee, lee, lee! Material de personas que han cambiado satisfactoriamente su orientación sexual”; El libro ‘Terapia reparativa de la homosexualidad masculina’ describió mi infancia de manera precisa”⁸⁵ (p.18).*
- *Subtema 22: Asociarte con otros que han cambiado. Estos grupos entregan apoyo y esperanza en que el cambio es posible: “Probablemente lo que más me ha ayudado es el ejemplo de un individuo que dejó el estilo de vida homosexual y logró conformar un matrimonio saludable y feliz por casi 19 años”⁸⁶ (p.20).*
- *Subtema 27: Mirar la homosexualidad como un pecado ante los ojos de Dios puede ayudar a interrumpir el comportamiento sexual y permitir su perdón.*

- **La contraparte: eficacia y disculpas públicas.**

Uno de los temas que abordan las investigaciones que se han pronunciado en contra de este tipo de terapias, es aquel relacionado con la ética profesional de aquellos que la practican. Más aún, lo que problematizan es la manera en que los psicoterapeutas responden frente al malestar de quienes consultan por su homosexualidad, interrogando el marco institucional al que se deben y las normas de regulación que prevalecen en el campo de la psicoterapia y la consejería.

Desde esta perspectiva, las críticas sobre el dispositivo podrían resumirse en cuatro grandes objeciones: 1) No son efectivas 2) Pretenden tratar algo que no se considera un desorden psicológico 3) Degradan la vida de gays y lesbianas, y refuerzan los prejuicios 4) Producen daño. Por el contrario, quienes apoyan las terapias reparativas defienden un principio que legitiman desde una lectura particular del código de ética de la Asociación Americana de Psicología (en adelante, APA), argumentando que los clientes deben ser respetados en su derecho a elegir un tratamiento para su experiencia de atracción al mismo sexo (Schroeder y Shidlo, 2001).

Michael Schroeder y Ariel Shidlo (2001) condujeron uno de los estudios exploratorios más importantes con pacientes de terapia reparativa que participaron en al menos seis sesiones de tratamiento con algún psicólogo, psiquiatra, consejero, terapeuta familiar o

⁸⁵ Ídem.

⁸⁶ Ídem.

trabajador social. El objetivo de la investigación fue contrastar la experiencia terapéutica vivida por los pacientes con los lineamientos que se desprenden del Código de Ética de la APA. Junto con lo anterior, la información recopilada a través de entrevistas y autoreportes fue contrastada con las orientaciones éticas y científicas de algunas asociaciones profesionales que se han pronunciado en contra de las terapias reparativas, destacando la APA, la Asociación Americana de Psiquiatría, de Consejería y de Psicoanálisis.

Para efectos del estudio se utilizó un protocolo de entrevistas semi-estructurado que se focalizó en los siguientes temas: a) Objetivos del tratamiento; b) Información acerca de la homosexualidad y el tratamiento; c) Respuesta emocional a la información entregada; d) Consentimiento informado; e) Tipo de intervención; f) Ayuda versus daño percibido. Los resultados de la investigación fueron expuestos siguiendo la siguiente estructura (Schroeder y Shidlo, 2001)⁸⁷:

- Posición de la APA respecto de la comprensión científica de la homosexualidad:
Schroeder y Shidlo le preguntaron a los participantes del estudio si sus terapeutas les habían señalado que la Asociación Americana de Psiquiatría y de Psicología no consideraban la homosexualidad como una patología o desorden psicológico. El 26 por ciento de los entrevistados indicó que sus terapeutas habían hecho mención de lo anterior, agregando que dicha visión no resultó de una investigación de tipo empírica, sino más bien de presiones de tipo políticas por parte de la comunidad gay⁸⁸.
- Consentimiento informado:
 - a) Los terapeutas y/o consejeros, ¿entregaron información adecuada acerca de la orientación sexual? Explicaciones más recurrentes:
 1. La homosexualidad es en sí misma un desorden psicológico o un síntoma de otro tipo de desorden: Algunos entrevistados señalaron que sus terapeutas insistían en una supuesta etiología de su homosexualidad, pese a que en sus relatos negaran la existencia de algún evento traumático o antecedente que coincidiera con alguna explicación etiológica específica.
 2. La homosexualidad no existe: Los pacientes eran informados que siempre habían sido heterosexuales y que necesitaban re-descubrir su verdadera (hetero) sexualidad.

⁸⁷ Para efectos de esta tesis, se describen algunos de los resultados más relevantes.

⁸⁸ La psicóloga mexicana Desiree Carlson, expositora del seminario mencionado en la introducción de esta tesis, señaló que frente a la normativa institucional hay que proceder con astucia y de modo estratégico, “ubicar esto [de la terapia] como una opción para el paciente. Creo que no es necesario [mencionar a la APA] porque a tu consulta no te van a preguntar por el DSM”.

3. La vida de gays y lesbianas es inherentemente infeliz: Casi todos los participantes del estudio fueron informados acerca de los peligros de la vida gay, reforzando prejuicios acerca de su supuesta inestabilidad y estilo de vida promiscuo, advirtiendo acerca de los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual y VIH.
- b) Los terapeutas y/o consejeros, ¿entregaron información adecuada acerca de la intervención y pronóstico del tratamiento? Afirmaciones más frecuentes:
1. Garantías de que un cambio en la orientación sexual es probable si los clientes están altamente motivados y trabajan duramente en su tratamiento⁸⁹: No existe evidencia empírica que apoye la pretensión de que el resultado de la terapia reparativa se asocie directamente con el nivel de motivación del paciente. Al afirmarlo, quien falla en la consecución de su meta se atribuye el fracaso a sí mismo y se convence que no fue lo suficientemente efectivo, situación que impactaría negativamente en su salud mental.
- c) ¿Hubo coerción durante la terapia? Este ítem fue evaluado de dos formas:
1. Coerción por parte de los terapeutas: algunos entrevistados señalaron haberse sentido presionados por sus terapeutas a contarle a la prensa y los medios de comunicación acerca de sus logros; otros fueron animados a compartir sus testimonios junto a sus terapeutas en seminarios y congresos de ex-gays.
 2. Coerción por parte de universidades religiosas: algunos de los entrevistados fueron forzados a asistir a una terapia reparativa como consecuencia de: a) haber confiado su homosexualidad a su tutor universitario, b) haber sido identificado como gay por otro estudiante, y c) haber sido sorprendido teniendo sexo en las dependencias de la universidad. En caso de no asistir a terapia, la sanción era la expulsión de la universidad.
- Confidencialidad: Las situaciones de vulneración de la confidencialidad fueron reportadas principalmente por entrevistados que recibieron tratamiento al interior de universidades religiosas. Dichas transgresiones incluían la divulgación de información personal a las autoridades universitarias y a los padres de pacientes

⁸⁹ En Estados Unidos, uno de los argumentos que se ha utilizado para prohibir este tipo de prácticas es que las terapias reparativas no cumplen con su promesa de cambio y son calificadas como fraudulentas. Lo acontecido recientemente en el estado de New Jersey es paradigmático: el Tribunal falló a favor de los demandantes, amparándose en la “Ley de Fraude al Consumidor”. Quien regula, en estos casos, no necesariamente es una entidad científica competente, sino una suerte de “Servicio Nacional del Consumidor”. Más detalles en el siguiente link: http://www.theatlantic.com/health/archive/2015/06/when-your-therapist-is-a-quack/394886/?utm_source=SFFB

adultos sin su consentimiento. Por ejemplo, un paciente que consintió que su terapeuta compartiera información con su Obispo, señaló que

mi terapeuta me aconsejó que lo hiciera debido a que la Iglesia estaba pagando por mi tratamiento y que por esa razón estaría en contacto con mi obispo para informarle acerca de mi progreso. Esto me pareció normal... Solo quería que este sentimiento se fuera. Quería ser normal... No quería perder mi membresía en la iglesia y temía que esto se hiciera público⁹⁰ (Schroeder y Shidlo, 2001, *Confidentiality*, párr. 5).

En términos generales, el estudio de Schroeder y Shidlo (2001) concluye que muchos terapeutas reparativos no estarían ejerciendo sus funciones de acuerdo al Código de Ética de la APA, ni tampoco estarían procediendo según la evidencia que contraindica las terapias reparativas.

Desde esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud (2012) y el Colegio de Psicólogos de Chile (2015), sistematizaron la evidencia que la APA (2009; 2010) ha expuesto en sus estudios, guías clínicas y recomendaciones para el trabajo clínico con personas homosexuales, documentos, todos, que confirman la mayoría de los hallazgos descritos en la investigación de Schroeder y Shidlo. A continuación, algunos de sus puntos más relevantes:

- La homosexualidad *per se* no es un desorden mental. La atracción sexual y emocional a personas del mismo sexo, los sentimientos y comportamiento asociados son variaciones normales y positivas de la sexualidad humana.
- Cualquier esfuerzo dirigido a cambiar la homosexualidad carece de justificación médica ya que ésta no sería una condición patológica.
- El código de ética de la APA insta a los psicólogos a eliminar cualquier tipo de sesgo que pueda incidir en su trabajo clínico, particularmente sus creencias y prejuicios en relación a las personas homosexuales.
- La terapia reparativa carece de coherencia interna en su fundamentación teórico conceptual.
- No existe evidencia científica que avale la supuesta eficacia del cambio. Al contrario, existe evidencia suficiente que da cuenta del daño experimentado por quienes han sido sometidos a este tipo de terapias y del impacto sobre su salud mental, constatándose trastornos en la vivencia de su sexualidad, consumo problemático de alcohol y drogas, baja autoestima, sentimiento de culpa, ideación e intento suicida.

⁹⁰ Traducción propia.

- Intervenciones como éstas refuerzan los estereotipos asociados a las personas homosexuales y contribuyen al desarrollo de sintomatología propia de fenómenos como el estrés de minorías y la homofobia internalizada.

En relación a la argumentación que refiere a investigaciones y evidencias de tipo científicas, resulta pertinente mencionar lo acontecido con un estudio dirigido por el psiquiatra Robert Spitzer (2003), citado por muchos de los terapeutas revisados en esta tesis. Spitzer jugó un rol fundamental en el proceso que terminó con la desclasificación de la homosexualidad como desorden mental, y también fue uno de los que condujo una investigación que probaba la eficacia de las terapias reparativas. El estudio comenzó a gestarse el año 1999 tras una protesta por parte de grupos de ex-gays que afirmaban haber cambiado su orientación sexual. El año 2001 expuso parte de sus resultados en la junta anual de la Asociación Americana de Psiquiatría, y el año 2003 publicó su estudio completo en la revista *Archives of Sexual Behavior* (Spitzer, citado en Drescher, 2003).

Las críticas fueron amplias, así también el descrédito profesional y sus efectos sobre su prestigio como psiquiatra. Su estudio no solo sirvió como evidencia científica, sino que también fue instrumentalizado políticamente por diversas agrupaciones, destacando la facción política estadounidense conocida como “Christian Right”, quienes citaban los resultados de su investigación como argumento para oponerse a la lucha por los derechos civiles de gays y lesbianas (Spitzer, citado en Drescher, 2003). Por supuesto, todo esto a expensas del propio Spitzer, quien tuvo que enmendar algunos errores metodológicos que restaban validez a su propia investigación.

Años después, en una entrevista con Gabriel Arana (2012), periodista del diario “The American Prospect”, Spitzer reconoció que “que muchas de las críticas que se me hicieron eran correctas. Los resultados [de mi estudio] pueden ser considerados evidencia para quienes dicen haber experimentado las terapias ex-gays, pero nada más⁹¹”. Con este cometido, decidió escribirle a Ken Zucker, editor de los *Archives of Sexual Behavior*, solicitándole escribir una retractación pública en su revista. Zucker se negó a incluirla, sin embargo Spitzer la hizo pública. En síntesis, señaló que la pregunta de investigación estaba mal planteada y que esto, ciertamente, habría afectado en el diseño del estudio y la manera en que fueron analizados los resultados. Además, hizo mención a que el principal error de su investigación, fue que no había manera de juzgar la credibilidad del reporte que hicieron los sujetos del estudio en relación al cambio experimentado en su orientación sexual, ya que no hubo grupo de control con el cual

⁹¹ Traducción propia.

comparar los resultados. De hecho, los participantes del estudio habían sido referidos por Exodus International y NARTH, quienes tenían intereses comprometidos en este estudio, y deseaban recomendar clientes que validaran su trabajo (Arana, 2012). Con todo, Spitzer (2012) terminó su carta pidiéndole disculpas a la comunidad gay:

Creo que [les] debo una disculpa... por mi estudio, por haber hecho afirmaciones acerca de la efectividad de la terapia reparativa que no estaban probadas. Además, le pido disculpas a cualquier persona homosexual que haya perdido tiempo y esfuerzo en cualquier forma de terapia reparativa, creyendo que yo había probado que la terapia reparativa funcionaba con individuos "altamente motivados"⁹² (párr. 5).

Más allá del caso particular, lo ocurrido con el estudio de Spitzer informa acerca de las dificultades que hay detrás de un modelo que pretende legitimarse solo a partir de sus criterios de eficacia. Lo complicado en este punto, es que si la discusión se reduce a este criterio, basta con que exista solo una persona que refiera haber cambiado para que el dispositivo se verifique. Por tanto, lo que habría que interrogar críticamente son las condiciones que explican dicha eficacia, condiciones que se registran en el plano ético y político, no solo en el plano técnico.

⁹² Traducción propia.

IV. ANÁLISIS ÉTICO Y POLÍTICO DEL DISPOSITIVO REPARATIVO.

1. Construcción epistemológica del modelo.

1.1 Usos de la teoría, los conceptos y marcos de referencia.

Un primer análisis de la cuestión sobre las terapias reparativas supone interrogar la manera en que se ha construido el marco teórico al que refieren, principalmente, los conceptos y teorías que legitiman el dispositivo. En esto no solo conviene revisar la fundamentación teórica de los términos y la pretensión que hace de ellos un recurso explicativo de la homosexualidad, sino también los usos y adecuación de los mismos a una determinada manera de pensar la sexualidad humana.

Lo anterior implica realizar una aproximación crítica a los conceptos que utilizan tanto los terapeutas como aquellos que teorizan sobre la homosexualidad, particularmente, las referencias al modo en que Freud se pronunció respecto de la sexualidad humana y aquello que marca el devenir del sujeto en tanto hombre o mujer, examinando las fuentes a las que se hace referencia, su trasmisión en el medio científico y la interpretación que unos y otros han hecho de sus hallazgos.

- Los tres ensayos y la cuestión de la diferencia sexual.

Algunos de los autores revisados en los apartados anteriores, utilizan a Freud para justificar sus planteamientos acerca del origen de la homosexualidad y los avatares por los que atraviesa el individuo durante su desarrollo psicosexual. Los puntos más discutidos dicen relación con el problema de la bisexualidad y los factores que determinan la asunción de lo masculino y lo femenino, lo cual, de cierta forma, se relacionaría con la elección de objeto que hace cada individuo. Muchos de estos puntos fueron previamente trabajados, por lo que se revisarán aquellos que refieren al proceso por el cual el individuo deviene como ser sexuado, *sujeto* de una determinada sexualidad.

Una primera advertencia. La revisión conceptual que prosigue es una aproximación preliminar y selectiva de la obra freudiana, que intenta conservar el espíritu de la época en que fue escrita y la secuencia cronológica en que fue desarrollándose la teoría, evitando todo tipo de lecturas que den por clausurada las posibilidades y aperturas que los conceptos puedan tener respecto de sí mismos y de quienes se sientan convocados a su lectura. No es la

búsqueda del *verdadero Freud* lo que anima este apartado, sino más bien la posibilidad de rescatar el sentido de algunos de sus conceptos en relación a sus aproximaciones a la homosexualidad.

Algunas palabras respecto del contexto en que fue escrita la obra “Tres ensayos de teoría sexual” (1905). Freud se sirvió del vocabulario que la sexología puso en circulación a fines del siglo XIX para efectos del estudio de la sexualidad humana, particularmente los aportes de Havelock Ellis, Magnus Hirschfeld y Richard von Krafft-Ebing, con quien discute a partir de su concepción acerca de los instintos y las perversiones sexuales (Gay, 2001). Pese a ello, Freud introdujo nuevos conceptos y tomó distancia de sus colegas científicos respecto de algunos temas más controversiales, situación que puede apreciarse en la cantidad de notas y agregados que distribuye a lo largo de toda la obra, y que permite constatar la evolución teórica de Freud en relación a la sexualidad humana.

Lejos de ser un proyecto coherente y acabado acerca de la sexualidad, su obra da cuenta, también, de las contradicciones de una época y los puntos ciegos de una teoría que termina por mostrar su opuesto, aquello que *no sabe* y que requiere ser actualizado una y otra vez. En relación a los límites de su obra, Freud le escribe a Fliess lo siguiente:

En este momento acabo de terminar los "Tres ensayos" en donde evito, en la medida de lo posible, la tónica de la bisexualidad. Hay dos puntos en donde no pude hacerlo: para explicar la inversión sexual –sobre este punto voy tan lejos como lo permite la literatura– (Krafft-Ebing y sus predecesores Kiernan, Chevalier y otros) y cuando se trata de la corriente homosexual en los neuróticos (Freud, 1904, citado en Capurro, 2001, párr. 50).

El rechazo sostenido por Sandor Rado, Irvin Bieber y Charles Socarides a la hipótesis freudiana sobre la bisexualidad originaria, confirma que, más allá de la argumentación que se esgrima para deslegitimarla, lo que está en juego es, más bien, la pregunta por aquello que determina el ser sexuado de un individuo, es decir, si sería posible deducir de su naturaleza y constitución biológica los signos que caracterizarán a un individuo como hombre o como mujer, sus futuras elecciones de objeto, comportamientos, fantasías, etc. Cuando se asume que en el origen se inscribe una tendencia a la heterosexualidad que, incluso, se comprende como un factor de la naturaleza, cualquier referencia a la bisexualidad deja un flanco abierto a trayectorias de vida que no sería posible prever en referencia al mero dato biológico. Por tanto, el problema de la diferencia sexual merece ser revisado de manera crítica y en diálogo con la obra freudiana, particularmente respecto de la evolución de su pensamiento y los puntos enigmáticos en relación a la mujer y el desarrollo de los pares masculino y femenino.

En *Los tres ensayos*, Freud se pregunta por aquellos factores que inciden sobre el desarrollo psicosexual del sujeto y su devenir en tanto hombre o mujer, interrogando los efectos que tienen tanto la constitución anatómica de los sexos como el psiquismo del individuo. Al respecto, Freud (1905) señala que pretender sustituir el problema psicológico por el anatómico resulta tan ocioso como injustificado, por tanto, la comprensión del significado asociado al ser de un hombre o una mujer, aparece desde el comienzo como un problema para el psicoanálisis, en particular, cuando la masculinidad y feminidad son comprendidas en el sentido biológico, sociológico o en su acepción psicoanalítica, como actividad y pasividad:

...en el caso de los seres humanos no hallamos una virilidad o una feminidad puras en sentido psicológico ni en sentido biológico. Más bien, todo individuo exhibe una mezcla de su carácter sexual biológico con rasgos biológicos del otro sexo, así como una unión de actividad y pasividad, tanto en la medida en que estos rasgos de carácter psíquico dependen de los biológicos, cuanto en la medida en que son independientes de ellos (pp.200-201).

Otro de los factores que incidirían en aquello que sería propio del hombre y de la mujer es la manera en que niños y niñas descubren las diferencias anatómicas entre los sexos. Según Freud, dicha constatación activa procesos y destinos posibles que cada sexo deberá resolver de manera diferenciada. Así es como el complejo de castración, que queda inmediatamente anudado a dicha constatación, “produce en cada caso efectos en el sentido de su contenido: inhibidores y limitadores de la masculinidad, y promotores de la feminidad” (Freud, 1925, p.276).

De esta forma, la diferencia entre los sexos sería una comprensible consecuencia de la diversidad anatómica de los genitales y de la situación psíquica enlazada con ella. Esto último es fundamental ya que confirma una de las líneas argumentativas que Freud tuvo desde el comienzo y que hizo que para el psicoanálisis fuese difícil pronunciarse frente a la pregunta que aborda el devenir de un sujeto en tanto hombre o mujer: no es solo su dotación anatómica, algo más debe ocurrir para que los signos de ese cuerpo informen acerca de lo que significa para cada sujeto *ser un hombre o una mujer*.

Con todo, resulta posible aventurar que a propósito de la disposición bisexual que Freud le reconoce a la especie humana, la relación de correspondencia entre el sexo anatómico y las polaridades de la vida sexual –masculino y femenino– no sería, por tanto, un hecho de la naturaleza, sino más bien un proceso que implica, también, un trabajo psíquico (Freud, 1933). Esto último permitiría extender la pregunta que establece tardíamente Freud respecto a la mujer y formularla, también, para el caso de los hombres: tarea para el psicoanálisis será la de comprender “cómo deviene la mujer a partir del niño de disposición bisexual” (p.108).

Si bien faltan elementos de análisis que integren otros procesos que intervienen en el desarrollo de la masculinidad y la feminidad, interesa constatar que, al menos en la obra freudiana, no existirían antecedentes que permitan cimentar la conceptualización de un determinado orden sexual, cuyo fundamento sea la apelación a una unión hipostática entre conceptos que se corresponderían de manera unívoca y excluyente, a saber, las categorías de sexo y género. Toda vez que ello ocurre, se resuelve, sin más, un problema que el mismo psicoanálisis de Freud no logró resolver del todo, pero que sí condenó de manera tajante al término de su enseñanza, en su conferencia sobre la feminidad:

“Masculino y femenino es la primera diferencia que ustedes hacen cuando se encuentran con otro ser humano, y están habituados a establecerla con resuelta certidumbre (...) Pero no podrán ustedes menos que desconcertarse en cuanto al valor decisorio de estos elementos y extraer la conclusión de que aquello que constituye la masculinidad o la feminidad es un carácter desconocido que la anatomía no puede aprehender” (Freud, 1933, p.105).

Resulta ventajoso, entonces, situar ese “desconcierto” como punto de partida de un trabajo que interroge el problema de la diferencia sexual más allá del dato biológico, situación que, en sus límites, poco o nada ayuda a comprender el giro que ha tomado la discusión actual en torno a las nuevas sexualidades, particularmente la de los sujetos homosexuales. La pregunta, entonces, no sitúa del lado de los *hechos* la cuestión de la diferencia sexual, sino que cuestiona su desarrollo y los destinos posibles que siguen a la resolución de un enigma que no puede resolverse sin referir a la particularidad del sujeto que lo encarna.

En Freud no hay manera de resolver el problema invocando a la naturaleza y sus lógicas. Toda naturalización de los términos psicoanalíticos supone, al menos, reivindicar un orden que no sería el del inconsciente y sus leyes de funcionamiento. Por otro lado, implica la emergencia de un orden universal que opaca lo singular y las maneras con que cada sujeto debe resolver la pregunta por el *ser* de un hombre y una mujer, cuestión que, en términos clínicos, resulta fundamental.

- **Los usos del psicoanálisis y la invocación del *nombre* de Freud.**

Un error frecuente entre quienes recurren al psicoanálisis como argumento para explicar la sexualidad humana es confundir los conceptos *instinto* y *pulsión*. Desde el punto de vista terminológico, el concepto *pulsión* fue introducido en las traducciones de Freud como equivalente al término alemán *Trieb*. Al respecto, Laplanche y Pontalis (1996) señalan que en la

lengua alemana existen las palabras *Instinkt* y *Trieb*, y que en la obra freudiana se encuentran ambos términos con acepciones claramente diferenciadas. Cuando Freud introduce la palabra *Trieb* en los *Tres ensayos* lo hace para romper con la terminología dominante en el campo de la sexología, específicamente, para distanciarse de la noción de instinto sexual definido por Krafft-Ebing, el cual aludía a una realidad comprendida como natural y con una meta preestablecida, a saber, la reproducción (Capurro, 2001).

Basándose en el estudio de las perversiones sexuales y las modalidades de la sexualidad infantil, Freud impugna el pensamiento popular que atribuye a la pulsión sexual un fin y un objeto específico. Por el contrario, Freud “muestra que el objeto es variable y contingente y solo es elegido en su forma definitiva en función de las vicisitudes de la historia del sujeto” (Laplanche y Pontalis, 1996, p.325). Al mismo tiempo, muestra que los fines son igualmente múltiples, parciales y dependientes de fuentes somáticas, “de tal forma que las pulsiones parciales no se subordinan a la zona genital y no se integran a la realización del coito más que al final de una evolución completa que no viene garantizada por la simple maduración biológica” (ídem). Por tanto, la elección del término *instinto* como equivalente al de *Trieb* no solo da cuenta de un error –¿intencionado?– de traducción, sino que introduce una confusión entre la teoría freudiana de las pulsiones y las concepciones psicológicas del instinto animal, confundiendo los planos de la necesidad y el deseo, lo universal con lo singular.

¿Qué consecuencias tuvo lo anterior para la comprensión freudiana del fenómeno de la inversión? Si bien introdujo una definición ampliamente criticada –la de desviación respecto al objeto–, al evaluar sus alcances con su teoría sobre la pulsión, no queda más que pensar que lo que finalmente se cuestiona es, precisamente, la existencia de una norma heterosexual que dirige la sexualidad humana hacia la consecución de un destino preestablecido, el cual se supeditaba a lo que Krafft-Ebing comprendía como *instinto de reproducción*. Tanto es así, que en una nota agregada en 1915, el mismo Freud (1905) problematizó la supuesta *normalidad* de la atracción heterosexual, señalando que “en el sentido del psicoanálisis, ni siquiera el interés sexual exclusivo del hombre por la mujer es algo obvio, sino un problema que requiere esclarecimiento” (p.132).

Pese a lo anterior, el mismo texto que cuestiona el carácter *dado* de la norma heterosexual introduce una definición de *normalidad evolutiva* a partir del concepto de *salidas típicas* del desarrollo psicosexual, que admite jerarquías diferenciables y un horizonte teórico de series que imprime su propia valencia y direccionalidad. El problema es que cuando se refiere a la homosexualidad, Freud propuso los conceptos *fijación* y *detención* en el desarrollo, lo que a juicio de Capurro (2011) posibilitó que aquellas operaciones fueran interpretadas con un sesgo

patologizante, transformando a la homosexualidad en un síntoma mórbido. “Como señala Bersani, mediante ese enojoso sesgo Freud abre también para el homosexual una historización posible de su sexualidad” (párr. 63), lo cual en sí mismo podría ser hasta incluso inocuo en sus efectos, salvo que dicho recorte de su teoría se utilice como recurso para patologizar una sexualidad que el mismo Freud condenó tras ser interpelado sobre aquello en varias ocasiones.

En este sentido, el interés de Freud en la homosexualidad radicó en sus esfuerzos por comprender las formas de vida corriente, los avatares de la vida amorosa, las vicisitudes del deseo humano y el problema de la elección de objeto. Explicando la homosexualidad, Freud comprendía, también, la heterosexualidad. Al reclasificarla como una forma de *elección sexual* más que como un problema de degeneración, Freud se embarcó en la tarea de comprender cómo es que el individuo humano elige a sus parejas sexuales, cómo es que se orienta el deseo y cómo es que, finalmente, el sujeto se apropia de aquello que lo define como ser sexuado. Nunca estuvo en su horizonte instituir un determinado orden sexual, ni patologizar el deseo humano, ni moralizar las vías a través de las cuales los individuos eligen a sus parejas sexuales (Roudinesco, 2001).

Si esto ha ocurrido en la historia, se debe a que Freud habría sido víctima de una teoría teleológica que respondería al modo en que fue teorizada la sexualidad humana en los siglos XIX y principios del XX. Siguiendo a Eve Sedgwick (1990, citada en Capurro, 2001), Raquel Capurro agrega que las clasificaciones teóricas producidas en dicha época no solo comprometieron un saber en torno al tema, sino que además desencadenaron una serie de luchas políticas en las que posiblemente Freud también se vio involucrado. Más que eso, una lucha que afectó la transmisión de la teoría y la lectura que continuó tras su muerte entre quienes pretendieron apropiarse de aquello que conceptualizan como el *verdadero Freud*.

Uno de los problemas que siguieron a su muerte fue el de la institucionalización del psicoanálisis y la cuestión política de la admisión de analistas homosexuales. Aun cuando en la actualidad existan políticas antidiscriminatorias al interior de las distintas escuelas y asociaciones, los usos del psicoanálisis en la argumentación en contra del matrimonio igualitario y la adopción por parte de parejas homosexuales, dan cuenta de una forma de acción del prejuicio al interior de las sociedades psicoanalíticas que Elisabeth Roudinesco (2001) califica como expresión de una homofobia enmascarada, suerte de negación que operaría de igual forma que el anti-semitismo contemporáneo que se observa en algunas sociedades democráticas.

El carácter homofóbico que describe Roudinesco (2001) se observa en la manera en que es invocado el psicoanálisis en el debate acerca de los derechos civiles de gays y

lesbianas, particularmente, en la estructura que adopta la argumentación del *sí* frente a la lucha contra la discriminación y el *no* que se declara contrario a cualquier tipo de reivindicación democrática. A su juicio, el problema que aqueja a los analistas no sería la definición del estatuto clínico de la homosexualidad, sino la *práctica* homosexual en sí misma, esto es, parejas del mismo sexo teniendo relaciones sexuales y queriendo comportarse como cualquier otro neurótico: deseando tener hijos, vivir como una familia, disfrutar de ciertos derechos, etc. Esto sería inaceptable para algunos analistas homofóbicos. Muchos de ellos temen que un acto sexual que difiere en naturaleza del coito entre un hombre y una mujer, reemplazará la *escena primaria freudiana*:

Temen que la escena primaria, basada en la diferencia anatómica entre los sexos, será reemplazada por un real y prácticamente monstruoso desconocido. Como si esta diferencia anatómica corriera el riesgo de borrarse o pudiese desaparecer bajo el peso de la una presunta “homogeneización” de los sexos. ¡Qué curiosa fantasía! Esta diferencia sexual no está a punto de ser suprimida, ni tampoco corre el riesgo de ser cubierta por otras diferencias⁹³ (párr. 48).

De esta forma, la homofobia que continúa caracterizando a la comunidad psicoanalítica no sería una reacción contra el deseo *perverso* de los homosexuales, sino a su deseo de *normalización*, el cual es visto por muchos como un intento de *homo-sexualizar* a la sociedad. Lo mismo habría ocurrido en relación a las mujeres y sus anhelos emancipadores: quienes se opusieron –y continúan haciéndolo– a sus demandas, percibían que sus demandas eran una estrategia política que buscaba feminizar a la sociedad a través de la degradación de la figura del *padre*, situación que hoy sigue produciendo sus propios fantasmas (Roudinesco, 2001).

1.2 La homosexualidad como un problema normativo.

Todos los autores revisados coinciden en hacer de la homosexualidad un objeto de análisis problemático para las ciencias. Con mayor o menor elegancia, cada uno se las ingenia para soslayar el juicio acerca de su carácter patológico, insistiendo en que si bien no se trata de una enfermedad, sí sería una condición sintomática que refiere a un “desorden” que habría que “reparar”. Desorden que, por cierto, se comprende en relación a un conjunto de factores que comparten, incluso, otras manifestaciones sintomáticas.

Las distintas formas de nominación del dispositivo muestran que, en su evolución, lo que prevalece sería un arreglo de tipo cosmético, semántico incluso, que elige cuidadosamente las

⁹³ Traducción propia.

palabras para nombrar aquella realidad que se propone “tratar”. Así es como aparecen siglas (AMS, SOCE) y palabras que le otorgan cierta cualidad a la terapéutica a la que refieren (reparativa, de conversión, de reorientación). Pese a que la etiqueta “enfermedad” no aparece en el discurso de los terapeutas que defienden el modelo, sí aparecen las palabras “naturaleza” y “normalidad” como parámetros de comparación para justificar la legitimidad de un dispositivo que *ofrece* cambiar la orientación sexual de un individuo. Aun cuando se explicita la paradoja en la que incurren, insisten en negar que su práctica sea calificada con los mismos términos que califican a sus opositores; como si sus esfuerzos no representaran, también, un determinado proyecto, una forma particular de comprender la sexualidad humana, una “empresa” que es igualmente política, ideológica e interesada.

Al respecto, resulta necesario revisar algunas de las reflexiones de Georges Canguilhem (2009) en torno al problema de lo normal y lo patológico. Si bien los términos en los que escribe no necesariamente aplican al problema de la homosexualidad, existen comparaciones pertinentes que provienen de otros campos del saber científico, y que han inspirado la reflexión iniciada por la psiquiatría y la filosofía en relación a los objetos con los que tratan. Específicamente, interesa conocer los contextos en los que han aparecido algunos de los conceptos enunciados anteriormente, sus usos y su traducción al lenguaje popular.

De entrada, Canguilhem (2009) señala que la clínica y la terapéutica, en tanto que métodos de racionalización científica, se comprenden como técnicas de “instauration o de restauración de lo normal” (p.12), agregando que, desde el campo de la medicina, la cura queda definida como el acto de “llevar a la norma una función o un organismo que se ha apartado de ella” (p.89). Si extrapolamos esto último a la discusión sugerida en relación a la homosexualidad, resulta pertinente ubicar, aquí, la definición que propone el sacerdote Fernando Chomalí (2008) respecto de la tendencia homosexual, la cual, a su juicio, no podría ser considerada una enfermedad, ya que “la homosexualidad es más bien una variante que se *sale de la regla*⁹⁴ –es decir, anormal– de la orientación sexual” (p.31).

No parece antojadiza la comparación, más aún cuando instala el mismo problema que Canguilhem intenta resolver en sus ensayos. Para Chomalí y otros más, el concepto “enfermedad” adquiere un sentido distinto al de “anormalidad”, sin embargo, parece razonable sospechar que ambas categorías refieren a un mismo sentido, al menos en términos de sus efectos e implicancias para la técnica terapéutica. Ya lo advertía Canguilhem (2009) al señalar cuán equívoco es el término “normal”, particularmente en relación a sus usos, advirtiendo que designa tanto a un *hecho* como al *valor* que el que habla le atribuye, puntualizando que esto

⁹⁴ Las cursivas son mías.

último sería más bien un juicio de apreciación, antes que uno de realidad. Siguiendo con el argumento, “por *normativo* se entiende en filosofía todo juicio que aprecia o califica un hecho con relación a una norma” (p.92), agregando que dicha modalidad de juicio queda subordinada a la misma norma que instituye. Por tanto, según Canguilhem, lo normativo sería aquello que instituye normas.

En línea con lo planteado por Chomalí, el médico pediatra Christian Schnake (2008) señala que la homosexualidad cuestionaría una verdad biológica inmovible, a saber, que la dignidad de la persona humana “se expresa inequívocamente de manera sexuada en hombre y mujer” (p.36), criterio que reafirma Chomalí (2008) al puntualizar que la sexualidad humana se comprende como una realidad biológica universal e inmutable, cuya diferenciación corporal posibilita el encuentro entre un hombre y una mujer desde su complementariedad sexual, la cual supone una noción reproductiva y binaria del cuerpo, que ordena que ambos sexos se complementen a partir de su disposición natural a reproducirse y procrear. Esto último impactaría en el modo en que es comprendido el deseo erótico, el cual queda naturalmente orientado hacia el sexo opuesto, diferenciándose de aquellos deseos que carecen de la potencialidad de la reproducción natural, y que son calificados como anormales o patológicos (Morán, 2012).

Desde esta perspectiva, Schnake (2008) refiere que “la expresión de una identidad sexual que no está en armonía con la propia naturaleza no puede ser en modo alguno una condición de normalidad” (p.37), “independiente de que en la actualidad todos quieran negar que existe una naturaleza” (Ferrer, 2014, párr. 20); y aclara que aquello que se considera normal no sería un fenómeno estadístico, sino más bien la adecuación de la sexualidad del individuo “a una función naturalmente determinada” (Schnake, 2008, p.37).

Se trata, entonces, de una normatividad de tipo biológica y natural que parece funcionar de modo impositivo, como si fuera una ley, condicionando su efecto de manera unívoca y predecible. A diferencia de una ley de la naturaleza, lo propio de una norma sería proponerse como un posible modo “de reabsorción de una diferencia, de arreglo de un diferendo” (Canguilhem, 2009, p.187), por tanto, una norma no tiene sentido de norma mientras está sola.

La posibilidad de referencia y regulación que ofrece una norma, supone la facultad de otra posibilidad que no puede ser más que inversa. En efecto, una norma solo es posibilidad de una referencia,

cuando ha sido instituida o escogida como expresión de una preferencia y como instrumento de una voluntad de sustitución de un estado de cosas que decepciona por un estado de cosas que satisface. De este modo, toda preferencia de un orden posible

es acompañada –la mayoría de las veces de una manera implícita– por la aversión del orden posible inverso (Canguilhem, 2009, p.188).

Cualquiera sea su modalidad, la norma refiere a un valor, “impone una exigencia a una existencia”, discrimina y distingue cualidades de acuerdo a la oposición polar de una positividad y una negatividad (Canguilhem, 2009, p.187), situación que interroga el origen y cualidad de los puntos de referencia con que se declara que la homosexualidad no sería una condición normal. Y a la inversa, por cierto, ya que la referencia a una determinada naturaleza sirve tanto para reivindicarla como una condición normal o anormal.

Al respecto, Canguilhem (2009) refiere que cuando el objeto de normalización consiste en una experiencia de tipo antropológica, no existe ninguna referencia normativa que sea original, es decir, no existe nada en el origen que pueda ser comprendido como no normativo. En este sentido, “la regla solo comienza a ser regla cuando arregla, y esta función de corrección surge de la infracción misma”. Por tanto, “en el orden de lo normativo el comienzo es la infracción” (pp.188-189), y si ésta es así, habría que situar cuál sería aquella *norma de vida* original que sirve como referencia de toda anormalidad posterior.

En sus esfuerzos por comprender lo anterior, Canguilhem (2009) sitúa en el origen “una representación mítica de una existencia inicialmente adecuada a su exigencia” (p.188), un modo de vida cuya regularidad no sería deudora de ninguna regla, suerte de *edad de oro* o *paraíso*. Incluso ahí, “en ese sueño ingenuo de regularidad con ausencia de regla”, lo normal norma “el universo del discurso mítico que hace el relato de su ausencia” (p.189). Esto explicaría el hecho de que en muchos de los relatos míticos, el advenimiento de la *edad de oro* señala el fin de un caos, por ende, lo incluye como regularidad negada. “Caos y edad de oro son los términos míticos de la relación normativa fundamental” (p.189), donde el primero de ellos cumple la función de provocar la interrupción del segundo, convirtiéndose a sí mismo en un nuevo orden.

Desde una perspectiva religiosa, no cabría más que pensar que aquel mito fundacional se justifica desde el Génesis y el dato de una verdad revelada a la que solo algunos tienen acceso. El *paraíso* queda instituido luego que la divinidad interviene sobre un fondo de *regularidad salvaje* que termina siendo negada en el relato del texto bíblico. Esto sería lo que recogen las perspectivas teóricas a las que suscriben Christian Schnake, Marcela Ferrer y Fernando Chomalí, remitiéndose a una definición de naturaleza humana que no se comprende si no es en referencia a su Creador, a un Dios que creó al hombre y la mujer a su imagen y semejanza, y que los dotó de una sexualidad que está ordenada en función del mandato de la reproducción, la complementariedad biológica y la donación.

Sin explicitarlo de esta forma, Charles Socarides (1970) propone su propio mito e instala la noción de una heterosexualidad universal que comprende como un dado normativo y ahistórico, que se sostiene en

las concepciones humanas universales de apareamiento y de la unidad de la familia, con su complementariedad y contraste entre los sexos. Además, [la elección de objeto heterosexual] está determinada por dos billones y medio de años de evolución humana, y sería producto de la diferenciación sexual, al comienzo solo basada en la reproducción y luego ampliándose para incorporar la gratificación sexual⁹⁵ (p.1201).

Lo anterior reforzaría las intuiciones que antes sistematizó Irvin Bieber al proponer que la heterosexualidad exclusiva sería la norma biológica (Bieber et al., 1962, citado en Drescher, 1998), norma que, por cierto, fija lo normal a partir de una decisión, la cual es normativa por definición (Canguilhem, 2009).

Con todo, lo que se concibe como natural y/o propio de la naturaleza, no sería neutro respecto de su intención ni del orden que pretende establecer, ya que aquello que caracteriza a lo natural deja de ser una mera constatación descriptiva y pasa a ser un tipo de vida específico que organiza el deseo, la sexualidad y los cuerpos. De esta forma, la heterosexualidad sería el proyecto normativo que defienden estos autores, no en tanto orientación sexual, sino como término para definir la sexualidad normativa; es el ideal que toma la técnica terapéutica como objetivo, en sus esfuerzos por *llevar a la norma* aquello de la sexualidad humana que la infringe y transgrede.

¿Cuáles son las implicancias de todo esto? No solo se advierte la intención normativa que hay detrás del modelo reparativo, sino también el mito que instala la existencia de un orden inmanente y originario que, en términos históricos, ingresa tardíamente al inventario de conceptos con los que hoy se nomina la sexualidad normal, a saber, la heterosexualidad. En línea con lo señalado en relación a los términos *caos* y *edad de oro*, pese a que “lo anormal como a-normal es posterior a la definición de lo normal (...), la anterioridad histórica de lo anormal futuro es la que suscita una intención normativa” y, por tanto, lo normal sería el efecto obtenido tras la ejecución del proyecto normativo (Canguilhem, 2009, p.191). Si lo normal es un efecto, cobra sentido lo señalado anteriormente acerca de la regularidad negada que existía previamente y que convoca, a su vez, a un nuevo orden.

Si bien la invención de la homosexualidad es anterior al del concepto heterosexualidad, lo es precisamente porque fue necesario crear una palabra que viniera a reglar aquella realidad

⁹⁵ Traducción propia.

que existía con atribuciones distintas de las que ostentaba la figura del sodomita o el afeminado: ya no se trata solo de actos sexuales que requieren ser regulados en referencia a una norma superior prescrita por Dios, sino de personas que requieren ser clasificadas según los términos que la ciencia de fines del siglo XIX había instituido. Así es como lo “hetero” adviene como regla de lo “homo” y se posiciona como norma de existencia, excluyendo las sexualidades no normativas e inventando una técnica que las rectifique (Capurro, 2001).

En este contexto, la heterosexualidad constituye una economía psíquica particular, que se define contra la categoría históricamente disponible del homosexual. Tal como propone Leo Bersani (1998), la homosexualidad habría sido inventada como recurso para preservar la siempre tambaleante construcción de la heterosexualidad. Esto no solo sugiere que la homosexualidad haya existido como tal dentro de las categorías que la *sociedad recta* ha dispuesto, sino que también ha sido “la diferencia internamente excluida que [ha consolidado] la identidad heterosexual” (p.50).

Siguiendo con el argumento, Monique Wittig (1980) se pregunta por los efectos que ha tenido un determinado orden discursivo sobre las maneras en que se distribuye el poder en las relaciones humanas, señalando que la relación heterosexual ha sido el parámetro de todas las relaciones jerárquicas, la norma que define posiciones sociales estáticas entre opresores y oprimidos que, además, ofrece una “versión científica de la realidad social en la que los humanos son dados como invariantes, no afectados por la historia, no trabajados por conflictos de clases, con una psique idéntica para cada uno porque está programada genéticamente” (p.46). Este tipo de discursos dan por supuesto que aquello que funda a la sociedad, cualquiera sea, es la heterosexualidad. Hablan sobre las mujeres, las lesbianas y los hombres homosexuales exigiendo que hablen sobre sí mismos en sus propios términos, esto es, según lo normado por la heterosexualidad; y lo hacen en un espacio que consideran apolítico, como si sobre aquello que los concierne pudieran existir signos políticamente insignificantes.

Pese a que los movimientos de liberación de las feministas, y los *gay and lesbian studies* de los setenta, cuestionaron las categorías filosóficas, médicas y políticas que han construido a los sujetos no heterosexuales, muchas de ellas siguen siendo utilizadas por las ciencias contemporáneas y funcionan como conceptos dentro de un conglomerado de disciplinas, teorías e ideas preconcebidas que Monique Wittig (1980) denomina “pensamiento heterosexual”. Se trata de los conceptos *mujer, hombre, sexo, diferencia sexual, naturaleza, cultura*, entre otros, que han sido históricamente interpretados desde una matriz de sentido específica, ésta es, la relación heterosexual; idea, que por lo demás, representa un tipo de relación que queda excluida de lo social en el análisis.

El carácter opresivo que detenta el pensamiento heterosexual radica en su tendencia a universalizar su producción de conceptos, y formular leyes que terminan siendo válidas para todas las sociedades e individuos. Esta tendencia a la universalidad trae, como efecto, que el pensamiento heterosexual es incapaz de concebir una cultura y/o una sociedad, en la que la heterosexualidad no ordene todas las relaciones humanas (Wittig, 1980). Por tanto, la consecuencia lógica sería pensar que la alteridad y la diferencia sexual están, también, afectadas por el modo en que los discursos y prácticas sociales han construido al otro/diferente.

Según Wittig (1980), *hombre* y *mujer* son creaciones políticas concebidas para otorgar un mandato biológico a dispositivos sociales que se caracterizan por reproducir relaciones de opresión entre los seres humanos. Dado que las relaciones humanas son siempre construidas, la pregunta que habría que hacerse no es cuál de ellas es más natural, sino a qué intereses sirve cada construcción (Bersani, 1998). Lo diferente –mujer, lesbianas, gays– queda siempre ubicado en una posición de inferioridad y opresión respecto de la jerarquía heterosexual, debido a que, en su origen, *lo normal* buscó autoprotegerse de una otredad que siempre fue comprendida como amenazante. Por tanto, sería posible hipotetizar que “la consolidación cultural de la heterosexualidad se basa en su construcción más fundamental y no reflexiva como repetición compulsiva de una respuesta traumática a la diferencia” (p.53).

De esta forma, y volviendo al análisis inicial, la despatologización de la homosexualidad y la permanencia de la egodistonía como criterio diagnóstico, muestran hasta qué punto la heterosexualidad necesita a la homosexualidad para conservar su eficacia como régimen político. Tal como sugiere Capurro (2001), “¿qué consecuencias trae esa exclusión sobre el término que esgrimía la norma, vale decir, la heterosexualidad?” (párr.18).

¿Por qué insistir sobre una discusión que opone como ideológica la motivación de quienes critican a quienes desconocen sus efectos regulatorios, particularmente, sobre la prohibición de curar la homosexualidad? ¿Por qué omitir del análisis los intereses de un grupo que, de igual forma, intenta imponer su proyecto? ¿Qué efectos tiene lo anterior sobre la construcción de la alteridad y la diferencia sexual, particularmente sobre aquellos que quedan ubicados del lado de lo no normativo? ¿En qué medida esto último moviliza la necesidad de cambio y/o cura de los así llamados *homosexuales no-gay*?

1.3 Violencia y subjetivación: sujetos del insulto.

Los autores revisados en los capítulos anteriores definen la homosexualidad desde la negatividad e, incluso, desde su negación. No solo lo hacen en referencia a la norma

heterosexual, sino también en oposición a la palabra gay y todo aquello que conceptualizan como “estilo de vida gay” o “cultura homosexual”. Se sirven de los resabios que aún persisten del diagnóstico de “homosexualidad egodistónica” y del malestar de aquellos que se sienten disconformes con sus sentimientos homosexuales. Desde ahí se inventa una forma de nominación inédita que redobla su negatividad –“homosexual no-gay”– y se inscribe la experiencia del sujeto en una sigla –AMS–. Esto con el fin de evitar que el individuo confunda los niveles del *ser* (lesbiana, gay) con el del *tener* (tendencias, sentimientos, atracción, pensamientos) y aleje de sí la posibilidad de identificarse con aquello que no es.

Dado lo anterior, conviene preguntarse por los tipos de subjetividad que se potencian con este tipo de discursos acerca de la homosexualidad. Y no solo eso, sino también interrogar las condiciones que posibilitan que una determinada existencia pueda ser vivida, cualquiera sea su expresión. Para ello se revisará la aproximación que propone Judith Butler (2001) al problema de la formación del sujeto y sus vínculos con el poder, profundizando en la paradoja que instala la subordinación de la cual el sujeto es su deudor.

Lo primero sería cuestionar el supuesto que comprende al poder como una fuerza que actúa sobre el sujeto y desde afuera, que lo subordina y lo relega a un orden inferior. Lejos de eso, el poder no sería algo a lo que el sujeto se opone, sino algo de lo que depende para existir. En esto radicaría el sometimiento, el cual supone la dependencia fundamental del sujeto ante un discurso que no ha elegido, pero que, de manera paradójica, inicia y sustenta su propia potencia. Cualquiera sea la interpretación que se haga, el proceso de devenir sujeto se inicia a través de una sumisión primaria al poder (Butler, 2001).

Pese a lo que podría pensarse, el sujeto estaría apegado de manera apasionada a su propia subordinación. Siguiendo a Freud y a Foucault, Judith Butler (2001) señala que no sería posible explicar la emergencia del sujeto sin la existencia de un vínculo apasionado con aquellos de quienes depende de manera esencial, por tanto, la subordinación sería condición para el devenir del sujeto, y ésta, a su vez, implicaría un estado de sumisión obligatoria respecto del poder que lo constituye. El sometimiento del que es objeto “explota el deseo por la existencia, que siempre es conferida desde fuera; impone una vulnerabilidad primaria ante el Otro como condición para alcanzar el ser” (p.32).

Al respecto, Foucault (1976, citado en Butler, 2001) asocia el carácter productivo del poder a los regímenes reguladores y disciplinarios, agregando que la formación del sujeto acontece según los requerimientos del poder, esto es, mediante un proceso de incorporación de normas. Este proceso de internalización, al operar como fenómeno psíquico, restringe y produce el deseo, al mismo tiempo que incide sobre la formación del sujeto y circunscribe el

ámbito de la socialidad vivible. Al ser algo psíquico, la norma no se limita a restablecer el poder social, sino que se vuelve formativa y vulnerable, por tanto, es esta misma condición, la vulnerabilidad, lo que termina por definir al sujeto como un tipo de ser explotable (Butler, 2001).

Con todo, el sujeto se ve obligado a buscar los signos de su existencia fuera de sí, en categorías, nombres y términos que no ha creado, y que conllevan simultáneamente subordinación y existencia. La paradoja se vuelve mortífera cuando la posibilidad de persistir como ser social reconocible, supone negociar los términos en que esa existencia puede ser vivida dentro de las peligrosas condiciones de la vida social (Butler, 2001). Peligrosas, porque “cuando la elección se vuelve imposible, el sujeto persigue la subordinación como promesa de existencia” (p.32).

Interesante. Para algunos sujetos existen contextos que posibilitan la elección, la redefinición e invención de nuevas categorías que permiten nuevas formas de vida y de relación. Otros, en cambio, existen en contextos que no reconocen ni legitiman la diferencia fuera de los márgenes previamente normados por el poder que les dio forma. ¿Cómo es posible, entonces, que emerja una “subjetividad homosexual” que no solo asuma la subordinación y el sometimiento como condiciones de existencia, sino que permita subvertir la norma y plantearse en sus propios términos? Cuando la subjetividad ha sido formada desde la negatividad, el repudio y la no existencia, cabe preguntarse si eso mismo no incide en las trayectorias de vida de quienes consultan por sus “tendencias homosexuales” y se acogen a una terapéutica que promete devolverles su existencia como heterosexuales. Y al revés, en qué medida ese mismo contexto incide sobre los procesos de subjetivación de quienes se identifican como gays y se sienten violentados por los mismos discursos que posibilitaron su existencia.

En este contexto, Didier Eribon (2000) ofrece una lectura del proceso de subjetivación que experimentan gays y lesbianas que se cruza con lo planteado por Judith Butler, y que articula a propósito de su reflexión sobre la injuria y sus esfuerzos por comprender de qué maneras el orden social conforma la conciencia misma de los y las homosexuales. Al respecto afirma que toda pregunta que busque definir al homosexual como una realidad estable y bien definida, equivoca el rumbo al pretender que existe solo una forma de ser homosexual. Pese a ello, Eribon admite que existe un elemento común en todos los individuos homosexuales, al menos en el contexto de las sociedades occidentales contemporáneas, esto es: “un gay o una lesbiana es una persona que, en un momento u otro de su vida, ha sido o sabe que puede ser insultado” (p.63). Aquello que podría ser común en la vivencia de cualquier minoría, adquiere un sentido particular en el caso de las personas homosexuales.

“La injuria, real o potencial, es omnipresente en su vida” (Eribon, 2000, p.63), es el síntoma de un *mundo de injurias* compuesto por un conjunto de representaciones sociales y culturales, discursos e imágenes que luchan por desvalorizar y deslegitimar la homosexualidad y a los homosexuales. La injuria es, también, la expresión de la asimetría entre los individuos, entre los que son legítimos e ilegítimos, y que en razón de aquello son vulnerables. Adquiere la forma de un poder constituyente en tanto define los términos de relación con el mundo y categoriza de manera negativa a los individuos según la posición que ocupan en lo social; es la que instituye la dominación y la que produce las subjetividades sometidas.

Así, he sido producido como lo que soy en mí mismo ser por estas palabras de estigmatización que el otro puede dirigirme, lanzarme en cualquier momento, en cualquier circunstancia, incluso cuando menos lo espero. Más aún, son palabras de las que puedo temer el impacto, la violencia, sin que haya necesidad de que se pronuncien, ya que sé que pueden serlo y que su amenaza está siempre presente (p.56).

Y en esto, Eribon (2000) coincide con Judith Butler ya que si la injuria está dotada de tal poder, lo es porque precede al sujeto, lo define en sus posibilidades de existencia con una serie de palabras que marcan las jerarquías sociales, culturales y raciales que instauran las fronteras y definen los lugares que ocuparán los individuos. Si las palabras están dotadas de dicha fuerza, es porque se sostienen de todo un orden social que perpetúa y reproduce la desigualdad y discriminación de la cual algunos son objeto. La injuria sería un llamado al orden –a ese orden que Wittig caracterizó como *pensamiento heterosexual*–, que reproduce, legitima y perpetúa una determinada manera de ser y existir, tanto en lo social como respecto a uno mismo.

La discusión relativa a la despatologización de la homosexualidad y la prohibición de promover y/o practicar la terapia reparativa, instala como contrapunto el hecho de que muchos de los pacientes que solicitan un cambio en su orientación sexual lo hacen luego de haber conocido el “estilo de vida gay”, habiendo, incluso, ejercido como gays. Cada uno de estos supuestos merece ser interrogado por sí solo, sin embargo, interesa discutir lo que sugiere dicha afirmación, a saber, que este tipo de pacientes no culpa al ambiente, los prejuicios y el estigma social de su malestar, sino que habría algo en el “mundo gay” que no se ajusta con sus expectativas, con su anhelada *identidad social como heterosexuales*, y que confirma la hipótesis de que la homosexualidad, en sí misma, sería el problema.

El modelo reparativo y sus denominaciones posteriores están contruidos a partir de una determinada manera de comprender la homosexualidad que no deja espacio a ningún otro lugar de enunciación que admita, si quiera, la diferencia. Si bien es cierto que el dispositivo está

dirigido a quienes presentan un motivo de consulta particular y una sintomatología específica, no existe posibilidad alguna que el modelo se deje interrogar por la singularidad del paciente o la crítica externa, ni menos que se reconozca a sí mismo como un discurso discriminatorio y/o violento, ya que tal como plantea Eribon (2000), “toda reflexión sobre la injuria, homófoba o racista, debe pasar por una reflexión más amplia sobre la economía discursiva en la que tal o cual forma de injuria o de discriminación está [inscrita]” (p.58). Por tanto, no cabe más que reiterar la idea señalada anteriormente acerca de la ceguera en la que incurren los terapeutas y la misma teoría que los empodera, ya que al desconocer que sus conceptos y prácticas responden a un ideario o proyecto político específico, no hay crítica ni sanción que los detenga. Precisamente porque obtienen su poder desde un determinado orden social que sigue funcionando y reproduciendo su particular manera de comprender la sexualidad. Tal como destaca Eribon al reflexionar acerca de la homofobia y el discurso de la subversión:

La «heterosexualidad» como norma y como prescripción social, como modelo de pareja, como fundamento de la familia, etc., no es en el fondo más que una forma ideológica y cultural históricamente construida sobre el rechazo de la homosexualidad y de la bisexualidad (p.77).

Desde ahí, entonces, es que no tiene sentido cuestionar el dispositivo reparativo sin atender, al mismo tiempo, al orden social en el cual se inscribe. No se trata solo de una cuestión técnica y de principios, ya que la terapia reparativa opera según los modos de procedimiento que son propios de la disciplina de la que obtiene su legitimidad, la cual no ha sido lo suficientemente crítica consigo misma, ni con los usos que otros hacen de su *arsenal técnico y teórico*.

2. Psicoterapia y poder.

2.1 La psicoterapia como tecnología de gobierno de las subjetividades.

La contextualización anterior interpela a la psicoterapia y los juegos de poder que actúan en el tipo de relación que se produce entre el terapeuta y quien consulta. Así como un determinado orden social incide sobre el modo en que son constituidos los sujetos, lo mismo ocurre con la psicología y las disciplinas que utilizan el prefijo “psi”, las cuales a partir de su consolidación a mediados del siglo XIX, sistematizaron una serie de saberes y prácticas que

posibilitaron el desarrollo de nuevas formas de autoridad terapéutica, las cuales, por cierto, han influido en los procesos de subjetivación contemporáneos (Rose, 1997; 1998).

En este contexto, la psicoterapia ha obtenido su legitimidad desde el poder que le otorga el discurso científico y el conocimiento positivo acerca de los seres humanos. Dichos saberes y prácticas se erigen, a su vez, como principios que informan acerca de cómo deben conducirse las personas y gobernarse a sí mismos, situación que en el contexto actual adquiere un alcance distinto del que prevaleció en épocas anteriores. El poder, así entendido, se comprende como una acción que guía las acciones de otros, vale decir, opera como mecanismo de gobierno y control de la conducta, incidiendo sobre el modo en que los individuos ejercen su libertad (Rose, 1997; 1998).

Lo que sería distinto respecto de otros momentos de la historia, es que las estrategias de gobierno que se sirven de la psicoterapia para incidir sobre el comportamiento de las personas, actúan sobre un sujeto que se comprende en términos de su libertad, autonomía e individualidad, valores que serían propios de las sociedades liberales y que han impactado en las maneras en que se comprenden los individuos en tanto *sujetos* de esa libertad. Libertad que aparece como deseable en el horizonte de las aspiraciones individuales y que es al mismo tiempo padecida, situación que instituye un nuevo campo de problematización que se convierte en un asunto de tipo técnico, esto es, que se ocupa de las maneras en que cada individuo administra, gestiona y ejercita su libertad (Castel, Castel y Lovell, 1980; Rose, 1998; 1999).

Una de las estrategias que acompañan este proceso de tecnificación de la vida, es la introducción de un principio de intervención psicologizante que no solo supone que los individuos se relacionen consigo mismos en tanto seres psicológicos e inteligibles, sino que impone un principio de traducción de la existencia en términos psíquicos que se extiende a toda la vida, incluyendo aquellas esferas de la vida cotidiana que antes no eran objeto de la psiquiatría y que comienzan a ser problematizadas según nuevos estándares, destacando entre otras, la felicidad, autonomía, autorrealización y autenticidad (Castel, Castel y Lovell, 1980; Rose, 1998; 1999).

En este contexto comienza a desarrollarse lo que Robert Castel (1980) ha denominado *terapias para normales*, es decir, técnicas científicas de manipulación del individuo y su medio, que buscan llevar al máximo el rendimiento humano a través de un esquema de refuerzo de la normalidad. El objetivo no sería restituir la salud, sino conservarla: “se trata de corregir las desviaciones y de maximizar el funcionamiento del individuo asimilándole a un modelo técnico, por tanto, manipulable, inserto en un medio científicamente controlable y modificable” (p.290).

El dispositivo reparativo se inserta dentro de este nuevo paradigma de atención psicológica. En términos generales, problematiza ciertas áreas de la vida que terminan siendo los principales gatillantes de la consulta, esto es, aquellas que refieren al núcleo mismo de la identidad de la persona: lo verdadero, auténtico y original; aquello que debe ser restituido para que la vida pueda ser vivida según estándares de normalidad, autonomía y coherencia. La fórmula que desencadena los encuentros y que termina por modular las expectativas de quienes consultan, es que *todo homosexual es un heterosexual latente*, por tanto, la voluntad y el esfuerzo personal por alcanzar dicha meta, se imponen como criterios para “elegir” el tipo de dispositivo que mejor se ajuste a sus deseos. El cambio es posible porque depende de la persona conseguirlo. Y si esto es así, se “ofrecen” técnicas de intervención que faciliten el logro de dicho objetivo y que maximicen las posibilidades de trabajar sobre aquello que, en última instancia, implica al sujeto en sus capacidades para decidir y esforzarse por aquello que desea.

La libertad es invocada como recurso no solo en tanto condición de posibilidad de la intervención terapéutica, sino como argumento que termina por politizar el debate en tanto conflicto de libertades: la de quien elige dónde y de qué formas tratar lo que le aqueja, y la de quienes dispensan la oferta terapéutica. Lo paradójico es que esa misma libertad se vuelve problemática para el individuo ya que instala una exigencia sobre la voluntad que, en muchos casos, termina por imponer una decisión forzada entre posiciones que son, por definición, excluyentes: no hay tránsitos posibles, el individuo debe elegir entre una u otra y el dispositivo lo fuerza a ello a través de metodologías voluntaristas que producen sus propios quiebres, especialmente cuando el individuo fracasa en la consecución de sus objetivos, se rinde tras un tiempo importante de trabajo o “recae” en antiguas prácticas sexuales proscritas por la indicación terapéutica. Lo que aparece, en dichos casos, es la experiencia de la culpa en su dimensión patológica, una adhesión obsesiva a ideales sociales de dominio de sí, disciplina mental, interiorización del control de las pulsiones sexuales y agresivas, y del sentido de la responsabilidad llevada a sus últimas consecuencias (Castel, 2014).

Es el exceso de normalidad lo que deviene objeto de sufrimiento para el individuo (Castel, 2014). La misma libertad que aparece como garante del proceso terapéutico, produce, también, sus propios síntomas y malestares, aquello que Eve Sedgwick (1993) denomina “patologías de la voluntad”, y que sitúan como objeto sintomático el fracaso en el logro del autocontrol, la asertividad y la interrupción de pautas conductuales disfuncionales, entre otros, al tiempo que legitiman nuevas técnicas de tratamiento que se ocupan del logro de dichos ideales: el análisis transaccional, la programación neurolingüística, el psicodrama, los juegos de rol, las técnicas bioenergéticas y psicodinámicas, etc.

Con todo, no solo se problematiza la identidad sexual de un individuo, sino también la misma libertad que motivó la decisión por el cambio, lo cual sugiere que la defensa de la libertad, al ser formulada como *libertad de elección*, termina imponiendo su propio régimen normativo, esto es, obligando al individuo a ser responsable, autónomo y coherente con aquello que, supuestamente, forma parte de su ser. En este sentido, optar libremente por la salud implica admitir que el individuo opta por aquello que supone que existe en estado de potencia en su interior, en este caso, una identidad sexual determinada. La paradoja está en que para que ello opere y motive una consulta, se requiere que el cuerpo, la sexualidad y el género reciban de entrada una significación previa que se formula, siempre, en términos ideales, desde una especie de potencia que habría que explotar y descubrir, muchas veces a costa de la propia salud (Rose, 1998).

Si lo que se pretende restituir es la normalidad, en este caso, una identidad en potencia que no ha logrado desarrollarse plenamente, la norma opera, entonces, como principio de calificación y de corrección, legitimando cierto modo de ejercer el poder cuya función no sería la de excluir y rechazar, sino la de difundir una técnica de intervención y transformación de las subjetividades que está siempre vinculada a un determinado proyecto normativo (Foucault, 2000).

2.2 El problema del objeto y su especificidad.

Al describir su itinerario de recuperación, Richard Cohen (2012) explicita sus deseos de disponer de un modelo que pueda ser replicado por todos los que acompañan terapéuticamente a personas con tendencias homosexuales. Y lo hace describiendo aquello que él mismo denominó *tecnología del cambio*. Al respecto, Rose (1998) vincula el concepto “tecnología” con la noción de “gubernamentalidad” que desarrolla Foucault (2001), definiendo esta última como una modalidad de ejercicio del poder que

apunta al conjunto de prácticas a través de las cuales se pueden constituir, definir, organizar, instrumentalizar, las estrategias que los individuos en su libertad pueden establecer unos en relación a otros. Individuos libres que intentan controlar, determinar, delimitar la libertad de los otros, y para hacerlo disponen de ciertos instrumentos para gobernarlos (p.141).

En este contexto, las tecnologías refieren a un conjunto heterogéneo de dispositivos, reglas, normas y procedimientos que se organizan en torno a una racionalidad práctica, y que se orientan en función de un objetivo que termina por objetivar y someter al sujeto (Rose, 1998).

Desde ahí es que el itinerario de recuperación propuesto por Cohen no puede solo analizarse como un problema de tipo técnico, de principios o de manejo instrumental, ya que al hacerlo así se invisibilizan los juegos de poder implicados y la intencionalidad que subyace a una propuesta que se esmera en parecer neutra respecto de sus intereses.

Al servicio de lo anterior se inventan una serie de conceptos y se dispone, también, de un conjunto de técnicas que contribuyen a alcanzar los fines terapéuticos. No sin razón se le pide al individuo que interrumpa su comportamiento sexual impropio con personas de su mismo sexo y se indica un tipo de terapia cognitivo conductual que contribuye a rectificar comportamientos que se han desviado de la norma. La premisa que acompaña las dos primeras etapas del proceso es que si todo comportamiento ha sido aprendido, “puede, en consecuencia, ser desaprendido y sustituido por otro más adecuado” (Castel, Castel y Lovell, 1980, p.251).

Las técnicas de modificación de la conducta no interrogan al síntoma en su singularidad ni tampoco se detienen en comprender su valor referencial: lo atacan directamente. Los psicoterapeutas asumen el rol de técnicos de la conducta, y cubren un campo heterogéneo de indicaciones que sorprende por su diversificación e intercambiabilidad, asumiendo la responsabilidad del diseño de programas terapéuticos que son libremente elegidos por los individuos y que amplían la empresa del control de la vida ordinaria, la cual “se convierte en la escena de una vasta empresa de rectificación pedagógica” (Castel, Castel y Lovell, 1980, p.253).

Lo problemático aquí sería determinar cuál es, finalmente, el objeto de cura o de cambio que orienta la práctica terapéutica. En su analogía con la adicción, vemos que la especificidad del objeto a cambiar se desdibuja, y termina asumiendo los principios de un programa de gobierno cercano al de las comunidades terapéuticas y los doce pasos, apuntando, en muchos casos, a un cambio que se sostiene desde la vivencia del fanático y el converso, quien debe estar permanentemente observándose a sí mismo, compartiendo su testimonio con otros, ofreciéndose como objeto de identificación, y participando de instancias de seguimiento y control de tipo individual y comunitarias.

Siguiendo a Foucault (2000), existiría un esfuerzo por inscribir y constituir la patología como rasgo individual, desplazando el nivel de realidad del objeto a la conducta y maneras de ser del individuo, asignándole a ello un valor causal. Es así como la infancia y calidad del apego con los progenitores del mismo sexo, el estilo de vida gay, la ideología de género, la sensibilidad y temperamento individuales aparecen como objetos de atención preventiva y de cuidado terapéutico, que legitiman una forma de conocimiento científico que extiende el poder

de castigar a otra cosa que la infracción, es decir, se cura y rehabilita algo que podría ser, también, otra cosa

En la medida en que se propone la idea de un reemplazo, en este caso, conductas sexuales impropias por otras más adecuadas, estilos de vida sanos e integrados, coherencia y armonía con una determinada naturaleza y/o principio normativo, se valida inmediatamente la posibilidad de hacer ingresar allí, en la estructura tecnológica del cambio, cualquier otro tipo de conducta, condición, anormalidad, error y/o disfunción.

Respecto de esto último, cobra sentido lo señalado por Foucault (2000) en relación a la psiquiatría en tanto tecnología de lo anormal. En el momento en que deja de concebirse a sí misma como un saber y una técnica de la enfermedad, inventa una nueva nosografía en torno al concepto de “estado”, el cual se comprende como un objeto psiquiátrico privilegiado, que opera como un fondo causal permanente a partir del cual pueden desarrollarse una serie de episodios y procesos; “es el basamento anormal a partir del cual se tornan posibles las enfermedades” (p.289). El estado que caracteriza a un individuo calificado de anormal destaca por su fecundidad etiológica, la cual es absoluta y total. El estado pone en relación cualquier conducta desviada con una especie de fondo unitario que la explica, y en este sentido, se comprende como “el conjunto estructural característico de un individuo cuyo desarrollo se ha interrumpido, o bien que retrocedió de un estado de desarrollo ulterior a uno anterior” (p.290).

Aun cuando el dispositivo reparativo se presenta como específico respecto de su objeto, no queda claro, finalmente, qué es lo que pretende curar o cambiar, ya que el fondo psíquico que lo determina incluye una diversidad de objetos que reivindicán para sí su estatuto causal, problematizando otras áreas de la vida de la persona e incluyendo dentro de la trama a una serie de otros personajes que terminan siendo sindicados como responsables. Se investiga, entonces, no solo al individuo, sino también el tipo de relación que mantiene con sus padres, su familia, sus ancestros.

Así lo sugiere Cohen en las primeras entrevistas con sus pacientes. Le pide a la persona que dibuje un genograma de tres generaciones y explique con detalles los vínculos entre unos y otros. El terapeuta se esfuerza por *dar caza* a los patrones y dinámicas familiares que se repiten, y lo que se transmite de generación en generación, desplazando sobre la herencia aquello que carga el individuo en el presente como marca que acompañará sus futuras elecciones (Foucault, 2000). Esto no solo incide sobre las maneras en que queda comprendida la homosexualidad del individuo, sino también sobre las atribuciones del dispositivo. La herencia permite que las disciplinas psi de lo anormal no sean solo técnicas ocupadas del placer y/o del instinto sexual desviado, sino que aparezcan como tecnologías del matrimonio, la

familia y la crianza, pronunciándose sobre lo bueno, lo malo y lo saludable, calificativos que no se amparan en criterios de tipo médicos o científicos, sino en valoraciones y juicios que dan cuenta de un tipo de expertise distinto que antes era patrimonio de otro tipo de dispositivos

2.3 Un confesionario que no admite fallas ni fisuras.

A partir de lo expuesto, sería posible pensar el dispositivo reparativo como un programa de entrenamiento. Su *currículum* garantiza el aprendizaje de estrategias y habilidades para actuar en conformidad con aquello que se desea y que el programa tiene previamente establecido. El individuo acude con la expectativa de aprender a ser y comportarse, delegando en el otro la autoridad y el poder de moldear su vida, incidir sobre sus decisiones y reforzar el logro de cada una de las metas.

Al respecto, llama la atención el examen minucioso y detallado al que se somete el individuo que consulta en la primera sesión. Si bien las preguntas del cuestionario sugerido por Cohen no serían muy distintas a las que se incluyen en las fichas clínicas de hospitales, pautas de entrevista de ingreso y/o anamnesis clínica, en el caso de la terapia reparativa cumplen la función de interrogar explícitamente al individuo en sus prácticas y fantasías sexuales, solicitando una serie de detalles y minucias que terminan por ubicar al terapeuta del lado del confesor o director espiritual.

El dispositivo completo es una excusa para hacer hablar al individuo acerca de su sexualidad y dar cuenta de su verdad. Reproduce sin grandes modificaciones aquello que Foucault (2011) describió como *ciencia-confesión* en su *Historia de la sexualidad*, cuya técnica, la confesión, procuraba que la verdad y el sexo se mantuvieran unidos por medio de la expresión obligatoria y exhaustiva de un secreto individual. ¿Cuáles son sus características? Lo primero y fundamental: la confesión es un ritual de discurso que exige que el sujeto que habla coincida con el del enunciado. Es un ritual que se despliega en una relación de poder, pues no se confiesa sin la presencia de un otro, quien no necesariamente es el interlocutor, sino que puede adquirir la forma de una *instancia* que impone, valora e interviene para juzgar, consolar o reconciliar; un ritual en el que la sola enunciación produce modificaciones en quien la articula: lo vuelve inocente, lo purifica, lo cura, lo libera, etc. De esta forma, la confesión es, también, una práctica de subjetivación ya que en el acto de confesar la persona se constituye a sí misma. Tal como señala Rose (1997) parafraseando a Foucault: “el ‘yo’ que habla se identifica a sí mismo con el yo que es el sujeto de quien se habla (...) Confesar es un acto de identificación” (p.113).

Esto último es fundamental. El término “identificación” es referido en diversas ocasiones –y aludiendo a registros distintos– por los terapeutas y teóricos reparativos; sería el proceso que garantiza una correcta identificación con el género que le corresponde a un hombre o una mujer, esto es, aquello que sería propio y/o natural para cada uno de los sexos. Algunos hipotetizan que una falla en el proceso de asunción de la identidad de género sería responsable del desarrollo de la tendencia homosexual de niños pre-homosexuales. Otros agregan que lo decisivo sería el proceso de desapego defensivo que experimentan los niños y que impide que se identifiquen con aquello de lo masculino/femenino que representa el padre o la madre. Es, también, el recurso que se utiliza para “transferir” los rasgos de lo masculino o lo femenino en el vínculo terapéutico: la regla es que, al menos en un comienzo, el terapeuta debe ser del mismo sexo del paciente, reparando en la relación terapéutica, aquello que no pudo desarrollarse correctamente en la infancia a través del vínculo con el padre o la madre.

En este contexto, el yo del individuo se comprende como un complejo de hábitos adquiridos que suponen la asimilación de un conjunto de destrezas que permitan lidiar con la vida. La existencia completa queda codificada en términos de habilidades y competencias que pueden ser fácilmente enseñadas y aprendidas, extendiéndose “el imperio de la norma a través del poder de la imagen. La vida consiste en imitar las imágenes de la vida⁹⁶” (Rose, 1999, p.243). La identificación a la cual aluden los terapeutas responde a este esquema imitativo, suerte de acoplamiento irreflexivo a la imagen de hombre o de mujer a la cual aspiran. Para tales efectos, se recurre a diversas técnicas, destacando las de la “biblioterapia”, la “relación con el mentor”, la participación en “grupos terapéuticos” y el uso del testimonio personal.

La “biblioterapia” desafía al individuo a conocer las causas de su homosexualidad. Para ello, se sugiere que lea y/o estudie una serie de libros y manuales que cumplen con dicho objetivo. Es una técnica que opera en la línea del sentido, esto es, en la línea del insight, de la toma de consciencia, de la resignificación de la propia vida a partir de explicaciones, hitos biográficos, descripciones y testimonios de éxito que le otorgan un nuevo *sentido* a una realidad padecida. Muchos individuos se sienten reconocidos en la experiencia de otros, en la descripción que hacen de la relación padre e hijo, de los vínculos familiares y de la adaptación escolar. Los pacientes iniciados en estas prácticas, traducen su experiencia vital en los términos en que son representados por la teoría. “Comprenden” su sexualidad desde este nuevo lugar, generándose un primer efecto de alivio que refuerza la esperanza en el cambio y la motivación que se requiere para seguir adelante.

⁹⁶ Traducción propia.

Los “grupos terapéuticos” operan en una línea similar a la “biblioterapia” ya que funcionan en forma paralela al proceso individual. Se comparten experiencias, se escuchan unos con otros, se dirige la conversación hacia los éxitos y fracasos. Muchos de estos grupos son moderados por “ex-gays” o terapeutas del mismo sexo. Se reconocen mutuamente en los procesos, se alientan y se *confiesa* en grupo aquello que pasa a formar parte de la comunidad. Los testimonios cumplen una función similar. Muchos individuos deciden poner por escritos sus experiencias y acceden a participar en seminarios, tutoriales vía *youtube*, charlas y/o conferencias. Replican los mismos conceptos y teorías que han aprendido en sus procesos terapéuticos, explican a otros el modelo y las causas, e, incluso, politizan su identidad como una adquisición atesorada que merece ser protegida, así como el dispositivo que posibilitó dicha conquista.

Estas tres técnicas contribuyen a que el individuo se explique a sí mismo de manera coherente, sin fisuras ni flancos abiertos; contribuyen a que el individuo se acople a un discurso acerca de la sexualidad que totaliza su experiencia de acuerdo a la imagen de hombre o de mujer que desea. Al respecto, Bernise Hausman (2006) se pregunta por las producciones discursivas acerca de lo transexual y sus efectos de regulación sobre los tipos de subjetividad transexual que resultan posibles y legítimos. Extrapolando los alcances de su estudio al de la homosexualidad, sería posible señalar que los relatos autobiográficos de pacientes ex-gays instituyen cierta hegemonía discursiva al interior de una comunidad particular –en este caso, la de los pacientes y terapeutas reparativos–, que empuja a que los miembros se apropien de las modalidades de enunciación que se corresponden con la de quienes han logrado cambiar su orientación sexual. En la medida en que el testimonio de otros autoriza la identidad de quienes se encuentran en proceso, la construcción de una identidad heterosexual resulta posible y la demanda por el cambio se legitima.

Siguiendo con el argumento, la “biblioterapia” y los testimonios de vida producen un efecto de reordenamiento del relato personal, no solo respecto de quien lo emite, sino en relación a quienes se ubican en posición de escucharlo y confirmar su existencia a través de gestos y/o palabras. Esto se ve reforzado por la intervención del terapeuta, quien espera confirmar en el relato del paciente, lo que la teoría tiene previamente tipificado. La interpretación sigue un curso similar. El terapeuta actúa en la transferencia aquello que responde, más bien, a sus propias creencias acerca de la homosexualidad. Hace coincidir de manera violenta el lugar de enunciación de su paciente con un sentido que irrumpe sin posibilidad de ser desmentido.

El terapeuta conoce, sabe, se anticipa y se mueve según cálculos de tipo estratégicos. Lee a sus pacientes como si fueran uno de los manuales de entrenamiento que lo habilitaron

como terapeuta. Con intervenciones como la anterior, el paciente queda secuestrado en las explicaciones que le otorga su terapeuta, quien, en ocasiones, asume el rol de “mentor”, palabra que reemplaza al antiguo confesor o director espiritual.

Cohen (2012) define la relación con el “mentor” como un medio a través del cual la persona puede restaurar la relación padre-hijo; supone un modelo de vinculación donde quien actúa como padre recibe el nombre de *mentor*, y quien actúa como el hijo, *adulto-niño*. Desde esta perspectiva, quien participa como *adulto-niño* en la terapia, debe mantener avisado a su terapeuta de todas las actividades en las que incurre y que estén relacionadas con su proceso de curación. En caso que no estuviera en terapia, “debe existir algún sistema por el que se rindan cuentas: sea ante su confesor, su párroco, su pastor, rabino o director espiritual” (p.275). Cuando el “mentor” no es el terapeuta, Cohen sugiere que exista algún sistema de verificación o contraste que posibilite el intercambio de impresiones entre el terapeuta, los mentores o consejeros espirituales. Esto con el fin de apoyarse mutuamente y controlar el desarrollo personal del paciente.

Lo anterior construye un sistema de vigilancia y control que deja al sujeto en posición de dependencia total respecto de sus mentores y terapeutas. La vida completa se vuelve transparente a ojos de quienes examinan con rigor cada uno de sus secretos y fantasías más íntimas. La verdad se produce en esa relación. El individuo está desposeído de ella, no le pertenece, surge como efecto una vez que es confesada delante del otro. El que escucha no será solo el dueño de la cura o el juez que condena o absuelve; será el dueño de esa verdad, su usurpador. Su poder no solo consiste en exigir que la verdad sea proferida según estándares de verificación preestablecidos; su poder consiste en constituir un discurso verdadero acerca del sexo que no admite diferencias (Foucault, 2011). La confesión y el relato íntimo de la propia historia, los cuestionarios, el “cuaderno de vida”, las conversaciones con el “mentor”, los encuentros con pares heterosexuales y los sistemas de rendición de cuenta del proceso de curación dejan de ser una prueba y pasan a ser un signo que debe ser interpretado. La palabra obtiene su sentido antes, incluso, de ser proferida. El terapeuta *sabe* lo que es bueno para su paciente, de la misma manera que un *pastor* sabe lo que es bueno para sus *ovejas*.

En su extremo, la relación que se da entre el paciente, el terapeuta y el resto de los actores que intervienen en el proceso es similar al tipo de relaciones que caracterizan a una secta. En sus vínculos con la comunidad de ex-gays y homosexuales sanados, el individuo se somete a un proceso de despersonalización y compromiso con la empresa terapéutica que refuerza un vínculo de dependencia total con su terapeuta y/o mentor, quien vigila cada uno de los pasos de su paciente y lo somete a una serie de tecnologías de control coercitivos que

serían propias de los grupos sectarios. Al demonizar al mundo gay y la *cultura de muerte*, lo que hace este tipo de grupos es erigir barreras respecto del resto que producen un sentimiento de antagonismo con el mundo exterior, y que los deja ubicados en un lugar de excepción y exclusividad que fomenta el secretismo y la clandestinidad (Palma, 2011).

Un elemento diferenciador que sería característico de los grupos sectarios es la articulación discursiva de un ideal de pureza que instala, a su vez, una demanda de expulsión de las impurezas que se sirve del examen de conciencia y la confesión como metodologías de análisis exhaustivo de la vida (Palma, 2011). Quienes progresan en sus procesos se sienten elegidos por sus terapeutas: hay gradaciones entre los usuarios, tránsitos entre unos y otros, roles y responsabilidades diferenciadas respecto del grupo de apoyo y en relación a sus pares. Los terapeutas los eligen según sus logros y progresos en el proceso, o en función del nivel de “adoctrinamiento” que exista respecto de la teoría. Tal como señalaron Schroeder y Shidlo en su investigación: el fanatismo es tal que los pacientes asumen una suerte de misión al compartir con otros sus experiencias. Uno de sus entrevistados señaló que su terapeuta lo entusiasmó a que participaran juntos en una conferencia de ex-gays con el fin de presentar sus logros terapéuticos en su lucha contra la homosexualidad. Tras ser cuestionado por los motivos que tuvo al querer aparecer junto a su terapeuta en dicha conferencia, el entrevistado señaló que se sintió tremendamente honrado. “Quería ser el niño símbolo de NARTH. Yo creía firmemente en la causa⁹⁷” (Schroeder y Shidlo, 2011, *Was there coercion in the therapy?*, párr. 2).

El cambio terapéutico es uno de los índices de verificación del ideal de pureza exigido a quienes se inician en el proceso de recuperación. Ya sea que el dispositivo se llame reparativo, de conversión o de reorientación, el supuesto de base es que se produce una transformación interna, una experiencia de renovación y/o de purificación que, para muchos, inaugura el nacimiento de un nuevo ser. Las referencias bíblicas son evidentes en muchos de los autores revisados, particularmente en los textos de Cohen, Moberly, Nicolosi y van den Aardweg. En distintos momentos ejemplifican el proceso con las “pruebas” que tuvo que pasar el pueblo elegido por Dios en su *éxodo* hacia la tierra prometida; la conversión de San Pablo, la incredulidad de Pedro, la cruz de Jesucristo, el bautismo de Jesús por Juan el Bautista, el *génesis* de Adán y Eva, la parábola del hijo pródigo y la imagen de Jesús como portador de una verdad que *los hará libres*.

Nicolosi (s.f.), por ejemplo, establece un paralelo entre las experiencias de transformación que aparecen en los poemas épicos griegos, con aquello que se relata en la biblia. En el primer caso, existirían tres fases: exilio, viaje y vuelta a casa; en la tradición

⁹⁷ Traducción propia.

cristiana, por su parte, están las fases de descenso, conversión y ascenso, que en las historias del antiguo testamento equivalen a las de pecado, arrepentimiento y gracia. A su juicio, la terapia reparativa seguiría un proceso similar:

vemos una muerte del narcisismo y de las defensas del Falso Self con las que se han identificado algunos clientes, pensando erróneamente que representan a su Verdadero Self. Aquí, algo viejo (Falso Self) debe morir para dar paso a que nazca algo nuevo y más bello. Este renacimiento involucra una transformación en el cliente, quien descubre que la vida puede ser vivida sin recurrir a esas viejas defensas. Cuando renuncia a la Posición de Vergüenza y comienza a relacionarse con los demás a través de un Self Asertivo, observa cómo su Verdadera Identidad de Género comienza a emerger lentamente. Y siempre el viaje termina de la misma manera: con una vuelta a casa, [un regreso] a la mujer⁹⁸ (párr. 14).

La lógica restitutiva sigue marcando la impronta del modelo, no solo en relación a su objeto, sino también respecto del cambio de un estado anterior por otro que queda definido como más verdadero. Tarea del sujeto será descubrirlo; tarea del terapeuta, contribuir a que ello ocurra. Los referentes bíblicos, los testimonios, libros y grabaciones operan en esa línea: fuerzan una identificación al ideal que captura al sujeto en una imagen que no resiste falla alguna. Se afirman a ese ideal a toda costa, expulsando fuera de sí cualquier signo que muestre fisuras, agujeros, vacilaciones, incoherencias. Por eso es que el sujeto de la enunciación debe coincidir con el del enunciado. El titubeo, la falla y el error se taponean e interpretan rápidamente para que no aparezca nada de la subjetividad del individuo que deleve aquello del inconsciente que se resista y/o fracase en sus esfuerzos por escapar del dominio de quienes pretenden darle caza (Di Ciaccia, 2013).

Si la lógica restitutiva es la que orienta la cura, quienes mejor se ocupan de ello son los teólogos o las ciencias de lo religioso. Ni la psicología ni el psicoanálisis debiesen pronunciarse acerca de ello. Y esto no solo aplica para el dispositivo reparativo. Pareciera ser que la terapéutica actual opera bajo este principio, develando verdades y esencias que son restituidas a través de la interpretación, el vínculo terapéutico o el encuentro místico, explotando al máximo los valores de la autenticidad y coherencia de sí que han permeado el modo en que se comprende, hoy, la psicoterapia.

⁹⁸ Traducción propia.

2.4 La identidad como una ficción.

Nuevamente la heterosexualidad es interrogada. Esta vez, en tanto objetivo y meta terapéutica. Aun cuando el dispositivo reparativo opere bajo el supuesto de que *todo homosexual es un heterosexual latente*, la identidad heterosexual emerge como un “producto” que se obtiene a través de un proceso de entrenamiento y modelaje. El relato de quienes han concluido exitosamente sus procesos refuerza, más bien, la idea de una identidad heterosexual construida y/o fabricada antes que la asunción de algo del orden de lo auténtico u original. Lo problemático sería insistir en que existe algo verdadero y potencial⁹⁹ que habría que actualizar y reafirmar, una especie de *esencia* que ordenaría la existencia de los seres sexuados y que se impone por sobre otro tipo de existencias que terminan siendo consideradas como ilegítimas y anormales.

Judith Butler (2007) se ocupa de este tipo de problemas al cuestionar la *estructura* que hace que una determinada existencia sea inteligible en tanto poseedora de un sexo y/o un género, impugnando el carácter normativo que posee el paradigma identitario en tanto exige que las personas den cuenta de ciertos atributos que no son más que normas de inteligibilidad socialmente instauradas y mantenidas. En tanto la identidad se preserva a través de los conceptos estabilizadores de sexo, género, práctica sexual y deseo, la noción misma de “persona” se ponen en duda por la irrupción cultural de esos “seres con género «incoherente» o «discontinuo» que aparentemente son personas pero que no se corresponden con las normas de género culturalmente inteligibles mediante las cuales se definen las personas” (p.72).

La idea de que puede existir una “verdad” acerca del sexo se crea a partir de las prácticas reguladoras que producen identidades coherentes y continuas, las cuales se subordinan a una matriz cultural específica que determina que algunos tipos de identidades simplemente no puedan *existir*, a saber, aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y aquellas en las que las prácticas del deseo no son consecuencia ni del sexo ni del género (Butler, 2007). Desde esta perspectiva, la palabra “consecuencia” daría cuenta de una relación de tipo política creada por leyes culturales específicas que ordenan la forma y el significado de las sexualidades. De esta manera, aquellas identidades de género que no se adaptan a dichas reglas de inteligibilidad cultural, se manifiestan y existen en lo social como “defectos en el desarrollo o imposibilidades lógicas desde el interior de ese campo” (p.73).

⁹⁹ Las referencias winnicottianas al verdadero y falso self responden a esta lógica: se substancializa el self en claves de verdad y falsedad, como si hubiese *algo* ahí que espera ser descubierta.

Desde esta matriz se comprende la sentencia de los autores revisados y la calificación que hacen de la homosexualidad como trastorno afectivo, desorden de apego o como estado anormal del desarrollo. No sería un trastorno mental, pero sí una desviación, un salirse del orden. De igual manera se comprende lo que Joseph Nicolosi (2009a) describió como regla causal de la homosexualidad, esto es, que la identidad de género determina la orientación sexual. Por tanto, si la homosexualidad se explica como un síndrome de déficit de la identidad de género –masculina o femenina–, la teoría opera con un principio de inteligibilidad que apuesta por una *esencia* que habría que restituir, la cual, por cierto, no solo valida un determinado dispositivo terapéutico, sino también refuerza la acción de un principio ordenador que excede las pretensiones del dispositivo.

Con todo, resulta pertinente cuestionar críticamente la no diferenciación conceptual que establecen los terapeutas reparativos entre los términos sexo y género. En ningún caso los igualan, pero sí subordinan el concepto género al de sexo, otorgándole un papel determinante al dato biológico por sobre cualquier otro tipo de categoría. No se trata de establecer las distinciones e instalar un marco de referencia que defina correctamente los términos. Hacerlo sería imponer un modelo igualmente normativo que oculta los juegos de poder que resultan de un acuerdo intencionado, que en ningún caso es inocuo respecto de sus efectos sobre los cuerpos y las sexualidades.

A juicio de Butler (2007), la coherencia o unidad de cualquier género, necesita una heterosexualidad estable y de oposición que determine el límite de sus posibilidades dentro de un sistema binario y opuesto de géneros. En este contexto, la identidad surge como efecto de prácticas discursivas específicas que determinan una continuidad causal entre los términos sexo, género y deseo, los cuales, a su vez, se comprenden como *esencias* que refieren a una naturaleza estable, coherente y unívoca, aquello que Nietzsche interroga en su crítica a la *metafísica de la sustancia*.

Al respecto, Michel Haar (citado en Butler, 2007) comenta que la crítica nietzscheana a la metafísica de la sustancia va emparejada a una crítica de la noción misma de persona psicológica en tanto cosa sustantiva, agregando que las categorías psicológicas del yo, el individuo y la persona emergen de la ilusión de que existe algo así como una identidad sustancial. De esta forma, cuando la teoría reparativa afirma que las personas “son” hombres y mujeres, y que, además, “son” heterosexuales, se supedita la noción de género a la de identidad y se concluye que una persona “es de un género y lo es en virtud de su sexo, su sentido psíquico del yo y diferentes expresiones de ese yo psíquico, entre las cuales está el deseo sexual” (p.79). Esta manera de comprender los términos permite develar los motivos

políticos que posee esta visión sustancializadora del género, la cual convence a los individuos que existe un “verdadero yo” que se manifiesta en una forma de “heterosexualidad obligatoria y naturalizada [que] reglamenta al género como una relación binaria en la que el término masculino se distingue del femenino, y esta diferenciación se consigue mediante las prácticas del deseo heterosexual” (p.81).

Butler invita a pensar el género no como un atributo sustantivo, sino como resultado de ciertas prácticas reguladoras que operan como ficciones y que producen la identidad de género en tanto efecto de verdad del discurso hetero-normativo (Mattio, 2008). De esta forma, el deseo, los actos y los gestos que parecen emanar de una identidad de género específica, se comprenden como performativos, vale decir, “que la esencia o la identidad que pretenden afirmar son *invenciones* fabricadas y preservadas mediante signos corpóreos y otros medios discursivos” (Butler, 2007, p.266). Por tanto, si las palabras, actos y gestos crean el efecto de un núcleo interno de inteligibilidad que se proyecta sobre la superficie del cuerpo, es porque esa misma interioridad es efecto y función de un discurso público y social que instituye, sobre dicha superficie, una frontera ilusoria que distingue lo interno de lo externo, y que termina instaurando la integridad del sujeto. En palabras de Butler, “si la «causa» del deseo, el gesto y el acto puede situarse dentro del «yo» del actor, entonces las regulaciones políticas y las prácticas disciplinarias que crean ese género, presuntamente coherente, en realidad desaparecen” (p.267) y, con ello, la posibilidad de interrogar políticamente el supuesto núcleo psicológico de la identidad.

Si lo que antes aparecía como verdadero ahora se revela como un artificio, no sería posible, entonces, evaluar los géneros en términos de su verdad y falsedad, sino como efecto de verdad de un discurso sobre la identidad que los presenta como originales, estables y coherentes. El género ha de interpretarse, más bien, como una identidad puramente contingente, inestable y débilmente edificada a través de la repetición estilizada de actos (Mattio, 2008). Para ejemplificar la dimensión construida y performativa del género, Butler (2007) describe las prácticas culturales del travestismo y las *drag queens*, cuestionando el concepto de identidad de género verdadera y problematizando la relación entre la *imitación* y el *original*: “al imitar el género, la travestida manifiesta de forma implícita la estructura imitativa del género en sí, así como su contingencia”, y agrega que “en vez de la ley de coherencia heterosexual, vemos el sexo y el género desnaturalizados mediante una actuación que asume su carácter diferente y dramatiza el mecanismo cultural de su unidad inventada” (p.269).

De esta forma, el género no es más que la parodia de un original. La *drag* revela que la noción de identidad original sobre la que se articula el género es una imitación sin un origen,

por tanto, “la ‘parodia de género’ es una producción que se presenta *como* una imitación, pero que en realidad desestabiliza el vínculo entre ‘copia’, ‘imitación’ y ‘original’” (Mattio, 2008, p.90). Así, lo que definimos como *normal* y *original* no es más que una copia inevitablemente fallida, un ideal que nadie puede encarnar (Butler, 2007).

Sin pretenderlo, la terapia reparativa confirma muchas de las intuiciones desarrolladas por Judith Butler a propósito del caso de las *drag queens*. La tecnología del cambio que describe Cohen está al servicio de un programa que busca construir una identidad sobre la base de un original que se pretende descubrir. La tendencia homosexual sería un obstáculo, una desviación que debe ser interpretada como sintomática y restituida en el eje del sentido respecto de ciertas prácticas que regulan la expresión verdadera de los géneros. Lo que resulta curioso es que no perciban que la heterosexualidad resultante es, también, una ficción. Aun cuando pretendan que *existe* en potencia, se reconoce que la cura opera del mismo modo que en los casos de las adicciones, es decir, conservando una condición que los acompañará de por vida, al modo de un *cuerpo extraño* que lucha por expresarse cuando las defensas caen y la identidad se revela como ilusoria.

En este sentido, podría pensarse la heterosexualidad resultante como un síntoma, suerte de *fetiché* que permite mantener estabilizada la identidad de individuos que requieren que un determinado régimen de inteligibilidad siga operando en sus vidas y en la de quienes se vinculan con ellos. Así como las *drag queens*, buscan ser reconocidos por los otros como *verdaderos heterosexuales*; buscan ser interpretados como tales, que sus gestos y actitudes evidencien aquello que es propio de los hombres y mujeres heterosexuales que conocen, de quienes han obtenido sus credenciales a través de estrategias de encuentro de tipo no sexual que contribuyen a que el individuo pueda relacionarse con los otros de la forma en que lo hacen los *verdaderos* hombres o mujeres.

Quienes no saben de sus historias y experiencias se confunden al verlos, jamás pensarían que son ex-gays ni que su *vida anterior* era la de una persona homosexual. La heterosexualidad les sirve como máscara mientras funciona. Por lo mismo es que algunos se casan o continúan vinculados a grupos de autoayuda y/o de apoyo: necesitan que otros confirmen que su identidad es aquella que despliegan en público y en privado, que son “portadores creíbles de esos atributos” con los que la matriz heterosexual los define y vuelve inteligibles (Butler, 2007, p.275).

CONCLUSIONES.

Al comienzo de uno de sus libros sobre la homosexualidad masculina, Joseph Nicolosi (1997) se pregunta si acaso “¿resulta posible atender a las necesidades de homosexuales no-gays, y, al mismo tiempo, proponer un modelo de desorden psicológico que no ofenda a quienes no desean cambiar?¹⁰⁰” (p.21). Pareciera ser una pregunta honesta, al menos en su formulación. Es más, resulta pertinente revisar sus alcances de manera crítica, ya que es una de las preguntas que cruza transversalmente el debate actual en torno a las terapias reparativas. Ya sea que se prohíban o se defiendan, lo que está de fondo es una pregunta de tipo clínica que interroga los modos en que se comprenden la práctica terapéutica y la posición de los que escuchan el malestar de quienes consultan.

En su especificidad, la pregunta de Nicolosi supone una interpelación de tipo técnica y moral a la psicología que tensiona la relación entre homosexualidad, psicopatología y psicoterapia. En nombre de los pacientes se reivindica un modelo que se diferencie de las terapias de tipo afirmativas, y se legitima el malestar de quienes están disconformes con el *estilo de vida gay* y con aquello que no se corresponde con su identidad potencial en tanto heterosexuales.

En términos generales, la misma pregunta sirve para interrogar a la psicología en su posición respecto de la sexualidad y las “sexualidades no normativas”. Aun cuando el discurso oficial es que la homosexualidad no es un trastorno mental, la psicología es permanentemente demandada a pronunciarse acerca de situaciones que se encuentran vinculadas con la orientación sexual de los individuos, dando cuenta de su expertise tanto en el ámbito privado como en programas de televisión, seminarios y comunicados públicos acerca de proyectos de ley específicos –ley antidiscriminación, de identidad de género, acuerdo de unión civil, ley de adopción, etc.– o respecto de la sexualidad humana en general, situación que, en su diversidad, no presenta como resuelta la discusión al interior de la disciplina.

No existiría tal neutralidad, la homosexualidad no es un concepto neutro, aun cuando se pretenda presentarlo de esa manera. Y no lo es, precisamente, porque pronunciarse sobre la orientación sexual o identidad de género de un individuo supone, también, hacerlo sobre el orden social en el que se inscribe el debate y los conceptos sobre los que se ha legitimado la psicología, y la psicoterapia en particular. El dispositivo reparativo se inventó a partir de los mismos conceptos con los que hoy se trabaja clínicamente el sufrimiento y el malestar de las personas; utiliza las técnicas de diversas escuelas psicológicas y circula en el mercado de igual

¹⁰⁰ Traducción propia.

manera que dispositivos que ofrecen su eficacia respecto de otros objetos. Por tanto, no se justifica la crítica sobre un dispositivo sin que se interrogue críticamente la existencia de modelos de intervención terapéutica que hacen de la especificidad de su oferta una nueva norma, norma que organiza y regula la forma en que hoy son conducidos los procesos terapéuticos, cualquiera sea su objeto.

En relación a la homosexualidad, ¿por qué la psicología debe pronunciarse sobre este asunto? Y si lo hace, ¿cuál sería su objeto de problematización? Nicolosi (1997) explicita su postura y abandona la intención política de su inquietud inicial, aventurándose en otra de tipo moral. Autorizando a quienes intervienen desde su modelo, señala que sería responsabilidad de la psicología discernir si “el derecho de un hombre gay a vivir su estilo de vida” es o no saludable, agregando que, por lo mismo, “la profesión psicológica tiene la responsabilidad de continuar con la exploración de las causas, naturaleza y tratamiento de la homosexualidad”. A su juicio, “no creo que el estilo de vida gay sea saludable, tampoco que la identidad homosexual resulte ego-sintónica¹⁰¹” (p.21).

Esto lo habilita a intervenir y pronunciarse de maneras que considera del todo justificadas. Sin embargo, lo que aquí se defiende en nombre de la ciencia y la ética, no es más que un orden político que se presenta como neutro respecto de su carácter ideológico: la discusión no sería si existen o no estilos de vida, culturas o mundos gays y lésbicos, sino más bien que se desmoralice el discurso sobre la homosexualidad. Y que se desmoralice no solo en términos del negativismo del que ha sido objeto históricamente, sino respecto de toda valencia.

Lo anterior podría también pensarse respecto de la postura profesional de quienes piensan que debiesen existir recomendaciones específicas de trabajo psicoterapéutico que orienten la práctica clínica con gays y lesbianas. En este contexto, los discursos acerca de la lo normal y lo natural, ¿están libres de reproducir diferencias? ¿No serán, también, maneras de reproducir un régimen normativo similar, al menos en su estructura, que el de aquellos que califican a la homosexualidad de anormal y antinatural? ¿Cuáles son los tipos de existencia que se potencian con los modelos terapéuticos afirmativos? ¿No será que aquí también se evalúa la experiencia del sujeto en función de una norma que determina las maneras en que tiene que vivir su homosexualidad?

Aquello que debiese orientar la cura sería, más bien, la manera particular con que cada individuo se *sujeta* a su malestar. Cualquiera sea la forma en que problematice su sexualidad, la respuesta del terapeuta debiera atender a la forma particular con que ese individuo en

¹⁰¹ Traducción propia.

específico formula su demanda, evitando pronunciarse respecto de ella sin que el sujeto haya consentido, previamente, su participación en la queja que motivó su consulta.

Desde esta perspectiva, el gran acierto de Freud fue validar la pregunta por un saber acerca del sufrimiento que se funda más en la ignorancia que en el conocimiento. La pregunta, aquí, se desplaza desde el hablante hacia aquello otro no discernido al que se le supone el saber acerca de un sufrimiento que lo interroga vitalmente, y que cuestiona sus explicaciones acerca de las causas que lo originaron. La cuestión de la *verdad* irrumpe, nuevamente, en el espacio terapéutico, precisamente en el momento en que un saber anterior se vuelve deficiente para enfrentar los avatares de la vida. El individuo se descubre a sí mismo en falta, y es esta condición la que posibilita que el dispositivo terapéutico funcione, al menos en un primer momento.

La *verdad* adquiere un carácter substancial y absoluto en el modelo reparativo. El terapeuta conoce desde antes la respuesta que el individuo busca, respondiendo a su demanda de manera unívoca sin posibilitar que se construya un síntoma que interroge en su singularidad al individuo en relación con su sufrimiento. Lo que hacen no es psicoanálisis; la técnica psicodinámica a la que refiere el modelo de Cohen y Nicolosi no es otra cosa que el uso instrumental del psicoanálisis en la vertiente del sentido, como discurso normativo para juzgar lo bueno, lo malo, lo justo y lo que conviene a los individuos (Miller; Pfauwadel, 2013). Se trata, más bien, del diseño de un dispositivo de control y rectificación conductual que sanciona desde un comienzo las entradas y salidas posibles al proceso terapéutico, obturando todo signo de apertura a un devenir que no esté previamente tipificado. Es, en definitiva, un modelo que atenta contra la emergencia de un deseo que no puede sino dejarse arrasar por la presencia intrusiva del terapeuta, quien, a su vez, exige que el relato de su paciente coincida con criterios diagnósticos preestablecidos que orientarán la cura de manera automática, participando activamente en el proceso e interviniendo desde una posición que fuerza la identificación del paciente con los contenidos de un ideal que no le pertenece y que *mide* de manera implacable sus progresos, re-caídas y estancamientos.

Al exigirle que presente en forma narrativa las razones por las que su vida ha seguido tal o cual rumbo, el dispositivo opta por relacionarse con un *yo cognoscente* que puede ser domesticado y aprehendido a través de una técnica que prioriza un relato sin fisuras por sobre otro que se presenta como enigmático e ininteligible (Butler, 2012). Del lado del individuo, esto supone soportar la herida narcisista que le recuerda que no es del todo inteligible ni acabado, que el sentido es algo que se le escapa y que lo sintomático sería, precisamente, el retorno de una *verdad* en la falla de un saber (Lacan, 1966); aquello que da traspies en el discurso y que lo

confronta con un deseo que no se deja totalizar por explicaciones que supriman su carácter enigmático e indeterminado. Para que esto ocurra, tienen que existir condiciones que posibiliten dicho encuentro, condiciones que cuestionen la posición de aquel que habla en relación a sus propios dichos; que interroguen al *sujeto* respecto a su participación en aquello que el *yo* vive como ajeno, y que acepte la división que hace de toda persona un *sujeto* en falta.

Si lo que está en juego es un saber hacer con la incoherencia, el sin sentido y el cuestionamiento persistente de un sujeto que, en su estructura, es pura opacidad, no cabe otra que pronunciarse respecto de los procesos denegatorios de la incoherencia que son, finalmente, intentos por eludir la experiencia de la castración y el lugar de extranjería que encarna el que no se ajusta a los parámetros de adecuación que se comercializan a partir de una oferta que promete vivir la vida de manera auténtica, libre y coherente con aquello que uno *verdaderamente* es.

A propósito de lo anterior, resulta pertinente rescatar el término “autenticidad” de su impronta neoliberal, y hacerlo a partir de la lectura que hace Didier Eribon (2001) del texto de Sartre sobre *la cuestión judía*. En este contexto, la autenticidad consiste en una decisión y toma de posición acerca de lo que uno es, en este caso, ser homosexual *para sí* y no solamente *en sí*, fuera de la mirada de los otros y de aquello que los ha hecho existir en sus propios términos. No se trata de esencializar, nuevamente, la identidad gay o lésbica, sino de *hacerse* homosexuales, asumir que la autenticidad, así comprendida, “solo puede entenderse como un proceso nunca concluido de construcción e invención de uno mismo” (p.159). En línea con lo expuesto por Judith Butler, la identidad homosexual queda comprendida como un irrealizable; irrealizable en términos de que nunca se puede coincidir con uno mismo, y que esa tarea, lejos de prometerle estabilidad, perpetúa, por el contrario, la inquietud. De ahí es que Foucault (1982) diga que “ser gay es ser en devenir” (p.112).

En este contexto, la *inquietud de sí* aparece como práctica de transformación de la existencia respecto de sí mismo, los otros y respecto del mundo; moviliza al sujeto a cuidar de sí en un tipo de relación que requiere del otro para des-cubrirse en su relación con la verdad. El otro, en este caso, interviene como operador en la formación del individuo como sujeto, como aquel que es capaz de relacionarse con el saber respecto de sí desde la ignorancia y la inadecuación, desde la fisura en su propia subjetividad (Foucault, 2001). La inadecuación con la propia identidad es, también, la inadaptación elegida respecto de “los corsés que podrían instituir toda estabilización de la identidad” (Eribon, 2001, p.164), punto de implicación subjetiva con aquellas *elecciones de existencia* que responden a una *ascesis homosexual* que le recuerda a los gays y lesbianas que su identidad está siempre por crearse (Foucault, 1981).

Lo dicho hasta ahora entrega algunas orientaciones generales que permiten pensar una posición clínica posible dentro del campo teórico que se ha revisado. En este cometido, la *parrhesia*, en tanto actitud ética y procedimiento técnico, permite situar la relación del sujeto con la *verdad* dentro de una perspectiva de análisis que, en su extrapolación al campo clínico, no solo interroga a la psicoterapia y la posición del terapeuta, sino también al sujeto en su relación consigo mismo.

Etimológicamente, la *parrhesia* es el decir todo, la franqueza, la libertad y la apertura de quien *decide* decir lo que tenga que decir de la manera que le plazca. La *parrhesia*, a su vez, tiene dos adversarios de los cuales se tiene que liberar: uno de tipo moral, la *adulación*; y otro de tipo técnico, la *retórica*. Esta última actúa sobre los individuos inclinándolos para tal o cual cosa, pero a beneficio de quien habla. Se sirve de un *arte metódico* para llegar a una verdad segura y bien establecida, esto es, a través de una vía única y excluyente, que puede enseñarse y aprenderse a través de un proceso de tecnificación de sus procedimientos. Por el contrario, la *parrhesia* opera según los principios de un arte de tipo *conjetural* que procede según argumentos que son simplemente probables y plausibles, brindando a quien se vale de ellos “la posibilidad de no seguir una regla –una regla única– e intentar, en cambio, alcanzar esa verdad probable mediante toda una serie de argumentos que se yuxtaponen sin que sea indispensable un orden necesario y único” (Foucault, 2001, p.364).

El hablar claro del terapeuta se transfiere al hablar claro del paciente. La práctica de la palabra libre del terapeuta debe servir de incitación, sostén y oportunidad para la emergencia de la palabra libre del paciente (Foucault, 2001). De esta forma, el efecto de verdad del *arte conjetural* es la transformación del sujeto en relación a sus dichos, en relación a la verdad que descubre en sí mismo como consecuencia del modo en que se vincula con el terapeuta. No es un set de habilidades, aptitudes y saberes que no existían previamente y que el individuo incorpora al término del proceso. Es, más bien, un proceso de subjetivación del discurso acerca de la verdad que posibilita que el sujeto se constituya a sí mismo como tal.

La *parrhesia* no funciona como la confesión, no usurpa la verdad del otro, no la objetualiza ni la hace substancial. El otro no está allí como pastor o director espiritual, está ahí como *conductor de la cura*, como lugar de tránsito para que el sujeto se reconozca en sus dichos y se descubra a sí mismo en ellos. Si el otro, terapeuta, logra ubicarse en dicho lugar, podrá operar desde una escucha que lo movilice a ser *alojamiento* del padecimiento del sujeto y de su subversión subjetiva, antes que a actuar, en la transferencia, su propio narcisismo (Gómez, 2004). En este contexto, la neutralidad terapéutica debe ser desafiada en su comprensión tradicional, integrando el deseo del terapeuta como elemento determinante en la

dirección de la cura. Deseo que, por cierto, no es el del pedagogo, ni el del mentor ni el confesor, sino el de quien adopta un semblante que posibilita una clínica de lo contingente en lugar de una que fije sus posibilidades antes de que el sujeto las recorra y formule en sus propios términos.

Aun cuando esta propuesta pudiese ubicarse, también, del lado del ideal, pareciera ser que al menos en su intención es más honesta que aquellas que no explicitan su cometido y que instrumentalizan para sí la libertad y la motivación de quien busca genuinamente ayuda en su sufrimiento. Parte de la crítica desarrollada hasta aquí podría formularse, también, a quienes defienden un modelo de intervención de tipo afirmativo: ¿qué hacer con un paciente que solicita que lo curen de su homosexualidad? Cualquiera sea la intervención, lo cierto es que no debiese existir ninguna diferencia fundamental respecto de cualquier otro motivo de consulta, por tanto, lo clave sería pensar la clínica desde una ética que respete el derecho del paciente a resistirse frente a todo intento de dominación, reeducación y adoctrinamiento que provenga del otro. Y para que ello ocurra, el dispositivo debe respetar esa libertad, ese punto de decisión soberano que incumbe solo al sujeto en su relación –siempre problemática– con el deseo (Lacan, 1988).

Tarea de cada individuo es la de descubrir las vías de su deseo, las cuales son siempre “singulares, torcidas, marcadas de contingencias y de malos encuentros” (Miller et al., 2013, párr. 6). La cura, en este contexto, tiene que ver con el encuentro singular de cada sujeto con la solución que ha creado para arreglárselas con el malestar que lo aqueja. Para algunos, la homosexualidad será una solución, para otros, la heterosexualidad; un terapeuta no tiene por qué pronunciarse sobre esto. Ambas son una respuesta igualmente legítima, semejante en su estructura a lo que Eribon (2001) describe como *toma de posición*, el acto de elegirse a sí mismo:

Fuera como fuese, sea la que sea la inscripción fantasmática del deseo homosexual, sean las que sean incluso las posiciones políticas efectivas de tal o cual persona... sigue en pie el hecho de que el mundo al que un gay o una lesbiana determinados quieren asimilarse es el mundo de injurias que les trata, real o potencialmente, de «sucio marica» o de «sucia tortillera», y en el que, por consiguiente, siempre sufrirán, de una forma u otra, marginación y ostracismo. Lo cual no puede dejar de tener efectos psicológicos... (pp.167-168).

A partir de sus efectos es que conviene revisar críticamente la manera en que se ha ido pensando la relación entre psicoterapia y homosexualidad, así como también las políticas públicas en salud mental que se ocupan de la realidad de este segmento de la población. No solo habría que interrogar críticamente las bases epistemológicas en que se sostienen las

distintas intervenciones, sino también los regímenes normativos que se reproducen a través de los discursos acerca de la homosexualidad que prevalecen en los terapeutas y las instituciones de salud que se acogen a dichas prácticas. La consejería, la terapia afirmativa y/o cualquier otro modelo que aparezca como “efectivo” en las recomendaciones de organismos especializados en estas materias, debiesen interrogarse con el mismo rigor con que se cuestiona el dispositivo reparativo, ya que cualquier terapéutica que opere de manera similar a la reparativa está destinada a las mismas problemáticas descritas en esta tesis.

Con todo, resulta fundamental preguntarse por el sentido que adquieren las modalidades de apoyo, aceptación y acompañamiento del proceso de “salir del closet”, y la comprensión de la homosexualidad como una expresión más de la sexualidad normal; los espacios de supervisión y las intervenciones que sugieren *igualar* a los homosexuales y heterosexuales en sus formas de resolver sus dilemas existencias; y el juicio de “no efectividad” que muchos de estos dispositivos reproducen al evaluar las terapias AMS. ¿Qué efectos tiene lo anterior sobre las maneras en que se produce la subjetividad homosexual? ¿Qué efectos tiene sobre la identidad heterosexual y la matriz de regulación de los géneros no inteligibles?

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ablove, H. (2000). Freud, la homosexualidad masculina y los americanos. En J. Allouch, D. Halperin, J. Butler, E. Sedgwick, H. Ablove, C. Lévi-Strauss, J. Matlock y M-J. Bonnet, *Graffias de Eros. Historia, género e identidades sexuales* (pp. 173-197). Buenos Aires, Argentina: Edelp.
2. American Psychiatric Association. (1973). *Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printing, Page 44. Position Statement (Retired)*. Recuperado de http://www.torahdec.org/downloads/dsm-ii_homosexuality_revision.pdf
3. American Psychological Association. (2000). *Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients*. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>
4. American Psychological Association. (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>
5. Angelides, S. (2001). The Pink Threat. En S. Angelides, *A History of Bisexuality* (pp. 71-106). Estados Unidos: University of Chicago Press.
6. Arana, G. (2012). *My So-Called Ex-Gay Life*. Recuperado de <http://prospect.org/article/my-so-called-ex-gay-life>
7. Asociación Médica Católica Americana. (2003). *Homosexualidad y Esperanza. Declaración de la Asociación Médica Católica*. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/usothomos.html>
8. Bayer, R. (1987). *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*. Princeton, Estados Unidos: Princeton University Press.
9. Bersani, L. (1998). *Homos*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
10. Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.
11. Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, España: Paidós.
12. Butler, J. (2012). *Dar cuenta de sí mismo: violencia ética y responsabilidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

13. Byrd, A., Nicolosi, J. & Potts, R. (2008). Client's perceptions of how reorientation therapy and self-help can promote changes in sexual orientation. *Psychological Reports* 2008, 102(1), 3-28. doi:10.2466/PRO
14. Canguilhem, G. (2009 [1971]). *Lo normal y lo patológico*. Ciudad de México, México: Siglo veintiuno editores.
15. Capurro, R. (2001). Homosexual – Heterosexual. Crítica de un par conceptual. *Revista Querencia*, (2). Recuperado de http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro2/raquel_capurro.htm
16. Castel, F., Castel, R. & Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona, España: Anagrama.
17. Castel, P.-H. (2014). *Hacia otra historia de nosotros mismos, a la sombra de las obsesiones-compulsiones*. Recuperado de <http://www.lapsos.cl/hacia-otra-historia-de-nosotros-mismos/>
18. Chauncey, G. (1994). *Gay New York. Gender, Urban Culture, and the Making of the Gay Male World, 1890 – 1940*. Nueva York, Estados Unidos: BasicBooks.
19. Chomalí, F. (2008). *La homosexualidad. Algunas consideraciones para el debate actual acerca de la homosexualidad. Antecedentes científicos, antropológicos, éticos y jurídicos en torno a las personas y las relaciones homosexuales*. Recuperado de <http://humanitas.cl/html/destacados/Estudio%20Homosexualidad.pdf>
20. Cohen, R. (2012). *Comprender y sanar la homosexualidad*. Madrid, España: Libros Libres.
21. Colegio de Psicólogos de Chile. (2015). *Fundamentos técnicos. Posición del Colegio de Psicólogos de Chile acerca de las terapias reparativas para curar la homosexualidad*. Recuperado de http://colegiopsicologos.cl/web_cpc/wp-content/uploads/2015/06/Referencias-Tecnicas-Terapias-Reparativas-Revision-final-04-Junio-2015.pdf
22. Congregación para la Doctrina de la Fe. (1975). *Declaración Acerca de Ciertas Cuestiones de Ética Sexual*. Recuperado de http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19751229_persona-humana_sp.html
23. Congregación para la Doctrina de la Fe. (1986). *Carta a los Obispos de la Iglesia Católica Sobre la Atención Pastoral a las Personas Homosexuales*. Recuperado de http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19861001_homosexual-persons_sp.html

24. Congregación para la Doctrina de la Fe. (2004). *Carta a los Obispos de la Iglesia Católica Sobre la Colaboración del Hombre y la Mujer en la Iglesia y en el Mundo*. Recuperado de http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20040731_collaboration_sp.html
25. Contardo, O. (2011). *Raro: una historia gay de Chile*. Santiago, Chile: Planeta.
26. Cornejo, J. (2011). Configuración de la homosexualidad medicalizada en Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, (9), 109-136.
27. Cultura Pro-Gay – Presentación (s.f.). Recuperado de http://www.esposiblelaesperanza.com/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=5
28. Di Ciaccia, A. (2013). La teoría del matrimonio en Santo Tomás de Aquino. En J.A Miller y B.H Lévy (Eds.), *El matrimonio y los psicoanalistas* (pp. 49-54). Buenos Aires, Argentina: Grama.
29. Drescher, J. (1998). I'm Your Handyman: A History of Reparative Therapies. En J. Drescher, A. Shidlo, y M. Schroeder (Eds.), *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives* (pp.5-24). Nueva York, Estados Unidos: The Haworth Medical Press.
30. Drescher, J. (2002). Sexual Conversion ("Reparative") Therapies: History and Update. In B. Jones & M. Hill (Eds.), *Mental Health Issues in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Communities* (pp. 71-91). Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
31. Drescher, J. (2003). An Interview with Robert L. Spitzer, MD. En J. Drescher y J. Merlino (Eds.), *American Psychiatry and Homosexuality: An Oral History* (pp. 95-112). Nueva York, Estados Unidos: Harrington Park Press.
32. Drescher, J. (2008). A History of Homosexuality and Organized Psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(3), 443-460.
33. Drescher, J. (2010). Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, (39), 427-460. doi:10.1007/s10508-009-9531-5
34. Eribon, D. (2000). *Identidades. Reflexiones sobre la cuestión gay*. España, Barcelona: Ediciones Bellaterra.
35. Eribon, D. (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. España, Barcelona: Anagrama.

36. Eribon, D. (2004). *Una moral de lo minoritario. Variaciones sobre un tema de Jean Genet*. Barcelona, España: Anagrama.
37. Ferrer, M. (2008). *Percepción infantil de no ser aceptado como un factor predisponente a la homosexualidad*. (Tesis). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
38. Ferrer, M. (2014). *Marcela Ferrer, la psicóloga que abre esperanza a quienes sufren por sentir atracción al mismo sexo*. Recuperado de <http://www.portaluz.org/marcela-ferrer-la-psicologa-que-abre-esperanza-a-quienes-sufren-por-817.htm>
39. 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.
40. Forstein, M. (2001). Overview of Ethical and Research Issues in Sexual Orientation Therapy. En J. Drescher, A. Shidlo, & M. Schroeder (Eds.), *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives* (pp.167-179). Nueva York, Estados Unidos: The Haworth Medical Press.
41. Foucault, M. (1981). El triunfo social del placer sexual. Conversación con Michel Foucault. En E. Castro (Ed.), *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto* (pp. 115-122). Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
42. Foucault, M. (1982). Desear un mundo donde otras formas de relación sean posibles. Conversación con Michel Foucault. En E. Castro (Ed.), *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto* (pp. 101-113). Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
43. Foucault, M. (2000 [1974-1975]). *Los anormales*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica de Argentina.
44. Foucault, M. (2001 [1981-1982]). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
45. Foucault, M. (2009 [1984]). El uso de los placeres. En M. Foucault, *Historia de la sexualidad*. Ciudad de México, México: Siglo Veintiuno Editores.
46. Foucault, M. (2011 [1976]). La voluntad de saber. En M. Foucault, *Historia de la sexualidad*. Ciudad de México, México: Siglo Veintiuno Editores.
47. Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
48. Freud, (1920). *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

49. Freud, S. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
50. Freud, S. (1933). *Conferencia 33. La feminidad*. Obras completas. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
51. Gay, P. (2001). *Freud. Vida y legado de un precursor*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
52. Gittings, B. (2006). Preface: Show-and-Tell. En J. Drescher y J. Merlino (Eds.), *American Psychiatry and Homosexuality: An Oral History* (pp. xv-xxi). Nueva York, Estados Unidos: Harrington Park Press.
53. Gómez, M. (2004). Práctica del Psicoanálisis y Posición Ética. *Aesthethika. Revista internacional de estudio e investigación interdisciplinaria sobre subjetividad, política y arte*, 1(1), 1-7. Recuperado de http://www.aesthethika.org/IMG/pdf/Gomez_Practica_del_pss_y_posicion_etica.pdf
54. Grupo Juan Pablo II. (2014). *La atracción hacia personas del mismo sexo (AMS): De puerta de la "trágica revolución antropológica" a matriz de vida nueva*. Recuperado de http://www.esposiblelaesperanza.com/images/stories/Autoayuda/Articulos/AMS_Rev_A_ntr.pdf
55. Hausman, B. (2006). Body, technology and gender in transsexual autobiographies. En S. Stryker & S. Whittle (Eds.), *The transgender studies reader* (pp. 335-361). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
56. Illouz, E. (2007). *Intimididades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos Aires, Argentina: Katz.
57. Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Buenos Aires, Argentina: Katz.
58. Lacan, J. (1988 [1959-1960]). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 7. La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
59. Lacan, J. (1966). *Escritos 1. Del sujeto por fin cuestionado*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editorial.
60. Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
61. Lorenzo, E. (2014). *Causas de la homosexualidad: Temperamento (1° de 4)*. Recuperado de <http://elenalorenzo.com/?p=55>
62. Lynch, P. (2006). An Interview with Ralph E. Roughton, MD. En J. Drescher y J. Merlino (Eds.), *American Psychiatry and Homosexuality: An Oral History* (pp. 259-273). Nueva York, Estados Unidos: Harrington Park Press.

63. Mattio, E. (2008). Identidades inestables. Performatividad y radicalismo *queer* en Judith Butler. En C. Schickendantz (Ed.), *Memoria, identidades inestables y erotismo. Textos sobre género y feminismos* (pp. 77-106). Córdoba, Argentina: Universidad Católica de Córdoba.
64. Miller, J.A. (2013). Matrimonio homosexual: olvidar la naturaleza. En su: *El matrimonio y los psicoanalistas* (pp. 43-48). Buenos Aires, Argentina: Grama.
65. Miller, J.A., Laurent, E., Maleval, J., Matet, J., Mahjoub, L., Leguil, C., Brousse, M., Briole, G. et al. (2013). Matrimonio para todos: Contra la instrumentalización del psicoanálisis. Recuperado de http://eol.org.ar/la_escuela/Destacados/Lacan-Quotidien/LC-cero-269.pdf
66. Morán, J. (2012). El activismo católico conservador y los discursos científicos sobre sexualidad: cartografía de una ciencia heterosexual. *Sociedad y Religión*, 22(37), 167-205.
67. Moberly, E. (1983). *Homosexuality: A New Christian Ethic*. Estados Unidos: James Clarke & Co Ltd.
68. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual. (2004). *III Informe Anual DDHH Minorías Sexuales Chilenas*. Recuperado de <http://www.movilh.cl/documentacion/informeddh2004.doc>
69. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual. (2008). *Colegio de Psicólogos afirma por primera vez públicamente que la homosexualidad no es una enfermedad*. Recuperado de <http://www.movilh.cl/colegio-de-psicologos-afirma-por-primera-vez-publicamente-que-la-homosexualidad-no-es-una-enfermedad/>
70. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual. (2012). *XI Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual en Chile, Hechos 2012. Historia anual de las minorías sexuales chilenas*. Recuperado de http://www.movilh.cl/documentacion/XI_Informe_de_DHH_Movilh_Hechos_2012.pdf
71. National Association for Research and Therapy of Homosexuality. (2012). NARTH Statement on Sexual Orientation Change. *Journal of Human Sexuality*, (4), 141-143.
72. Nicolosi, J. (1997). *Reparative Therapy of Male Homosexuality: A New Clinical approach*. Estados Unidos: The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc.
73. Nicolosi, J. (1998). *An Ex-Gay man describes the change process: Gordon Opp*. Recuperado de <http://www.narth.org/docs/opp.html>

74. Nicolosi, J. & Byrd, A. (2000). Retrospective Self-Reports of Changes in Homosexual Orientation: A Consumer Survey of Conversion Therapy Clients. *Psychological Reports* 2000, (86), 1071-1088.
75. Nicolosi, J. (2001). A Developmental Model for Effective Treatment of Male Homosexuality. *American Journal of Pastoral Counseling*, 3(3-4), 87-99.
76. Nicolosi, J. (2009a). *Quiero dejar de ser homosexual. Casos reales de terapia reparativa*. Madrid, España: Ediciones Encuentro.
77. Nicolosi, J. (2009b). *Cómo prevenir la homosexualidad. Los hijos y la confusión de género*. Madrid, España: Palabra.
78. Nicolosi, J. (2009c). *Living in harmony with one's biological design: Interview with an ex-gay man*. Recuperado de <http://josephnicolosi.com/living-in-harmony-with-ones/>
79. Nicolosi, J. (s.f.). *The Three Phases of the Transformative Experience*. Recuperado de <http://www.josephnicolosi.com/the-three-phases-of-the-trans/>
80. Nicolosi, J. (s.f.a.). *¿Qué es la terapia reparativa? Examinando la Controversia*. Recuperado de https://static1.squarespace.com/static/5527394ae4b0ab26ec1c196b/553007bde4b0d72dc645b7ca/553007bde4b0d72dc645b7cc/1397062233034/la_terapia_reparativa.pdf
81. Organización Panamericana de la Salud (2012). *"Curas" para una enfermedad que no existe*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17704&Itemid%20
82. Palma, I. (2011). Institución eclesiástica y sexualidad intergeneracional. Cómo entender los abusos de poder. En C. Del Río y M.O. Del Piano (Eds.), *La irrupción de los laicos. Iglesia en crisis* (pp.85-113). Santiago, Chile: Uqbar.
83. Pfaudel, A. (2013). ¡Diferencia para todos! En J.A Miller y B.H Lévy (Eds.), *El matrimonio y los psicoanalistas* (pp. 63-67). Buenos Aires, Argentina: Grama.
84. Phelan, J., Sutton, P. & Whitehead, N. (2009). Response to APA Claim: There Has Been No Conclusive or Convincing Evidence That Sexual Orientation May Be Changed Through Reorientation Therapy. *Journal of Human Sexuality*, (1), 9-39.
85. Preciado, B. (2008). Historia de la Tecnosexualidad. En su: *Testo Yonqui* (pp. 57-68). Madrid, España: Espasa Calpe.
86. Ratzinger, J. (1995). Introducción. *Humanitas* 2013, (28), 9-17.
87. Rose, N. (1997). Terapia y poder: techné y ethos. *Revista Archipiélago*, (76), 101-124.

88. Rose, N. (1998). *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*. Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University Press.
89. Rose, N. (1999). *Governing the soul. The Shaping of the Private Self*. Londres, Rein Unido: Free Association Books.
90. Roudinesco, E. (2001). Psychoanalysis and Homosexuality. En S. Benvenuto y A. Molino (Eds.), *In Freud's Tracks. Conversations from the Journal of European Psychoanaysis* (Versión Kindle). Estados Unidos: Rowman & Littlefield Publishers, INC.
91. Scasta, D. (2003). John E. Fryer, MD, and the Dr Anonymous Episode. En J. Drescher y J. Merlino (Eds.), *American Psychiatry and Homosexuality: An Oral History* (pp. 15-26). Nueva York, Estados Unidos: Harrington Park Press.
92. Schnake, C. (2008). *El rol del pediatra en la promoción de un desarrollo pleno de la identidad sexual del niño. Fundamentos bioéticos de su intervención*. (Tesis). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
93. Schroeder, M. y Shidlo, A. (2001). Ethical Issues in Sexual Orientation Conversion Therapies: An Empirical Study of Consumers. En J. Drescher, A. Shidlo, y M. Schroeder (Eds.), *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical and Research Perspectives* (Versión Kindle). Nueva York, Estados Unidos: The Haworth Medical Press.
94. Sedgwick, E. (1993). Epidemics of the will. En E. Sedgwick, *Tendencias* (pp. 130-142). London, United Kingdom: Routledge.
95. Socarides, C. (1970). Homosexuality and Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 212 (7), 1199-1202.
96. Socarides, C. (2000). *Homosexuality: A Consideration of Factors Relevant to the Success/Failure in the Psychoanalytic Treatment of Overt Obligatory Male Homosexuality*. Recuperado de <http://www.narth.org/docs/030207Socarides.pdf>
97. Spitzer, R. (2003). Can Some Gay Men and Lesbians Change Their Sexual Orientation? 200 Participants Reporting a Change from Homosexual to Heterosexual Orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 403-417.
98. Spitzer, R. (2012). *Exclusive: Dr. Robert Spitzer Apologizes to Gay Community for Infamous 'Ex-Gay' Study*. Recuperado de <http://www.truthwinsout.org/news/2012/04/24542/>
99. Taylor, A. (2011). *The Fight for the Cure: The Declassification of Homosexuality as Mental Illness*. Recuperado de http://roundtable.menloschool.org/issue10/3_Taylor_MS_Roundtable10_Fall_2011.pdf

100. 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.
101. Van den Aardweg, G. (2011). On the Psychogenesis of Homosexuality. *The Linacre Quarterly* 2011, 78 (3), 330-354. doi:0024-3639/2011/7803-0006
102. Wittig, M. (1980). El pensamiento heterosexual. En su: *El pensamiento heterosexual y otros ensayos* (pp. 45-57). Madrid, España: Egales.
103. Zachar, P. y Kendler, K. (2012). The removal of Pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: A comparison. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 7 (4), 1-7. doi:10.1186/1747-5341-7-4
104. Zanotti, P. (2007). *Gay. La identidad homosexual de Platón a Marlene Dietrich*. Madrid, España: Turner.
105. Zegers, B., Larraín, M. y Bustamante, F. (2007). *Sobre la homosexualidad*. Santiago, Chile: Mediterráneo.