

## **Proyecto del Senado 1000**

Ponencia ante las vistas senatoriales

Dra. María de los A. González Morales, PsyD.

El propuesto Proyecto del Senado 1000 que pretende prohibir “la práctica de la terapia de conversión” en personas menores de edad nos resulta de gran preocupación. A continuación estaremos comentando nuestra postura en contra del mismo.

### *Aclarando conceptos*

Primeramente, es necesario aclarar que las llamadas terapias de conversión, terapias reparativas o terapias de reorientación sexual constituyen términos arcaicos y en desuso en la práctica clínica. Los esfuerzos por ayudar a personas que presentan situaciones relativas a su orientación o identidad sexual han estado presentes por siglos y, ciertamente, algunos de ellos no han estado enmarcados dentro de estándares basados en evidencia científica porque esta aún no ha estado disponible.

La investigación acerca de los fenómenos de la orientación e identidad sexual es relativamente nueva y se encuentra en pleno desarrollo. No es posible al presente establecer de manera categórica que se tiene conocimiento total y concluyente acerca de estos temas. Por esta razón, responsablemente tenemos que reclamar la mayor de las prudencias al atender este asunto.

La evidencia actual nos lleva a descartar los términos “terapias de conversión”, “terapias reparativas” o “terapias de reorientación sexual” por las siguientes razones:

1. Estos términos sugieren que la meta de la terapia sea el cambio categórico y radical de una conducta hacia otra, lo cual, no es una meta realista no solo en este sino en la generalidad de los procesos de cambios de conductas,
2. Estos términos implican la existencia de un tipo o modelo de terapia específica para lograr este cambio, lo cual, es incorrecto,
3. Estos términos sugieren que el cambio de orientación o identidad es la meta del terapeuta y que es una meta única y preestablecida en el proceso, lo cual, no es posible para este o ningún otro proceso de ayuda. La autonomía del cliente es un principio fundamental de la ética para las profesiones de ayuda. Las metas de la terapia no las establece el terapeuta sino el cliente.

Dicho con más claridad, el Proyecto del Senado 1000 busca prohibir unos modelos terapéuticos que no existen actualmente dentro de la psicología basada en ciencia. No obstante, esos supuestos modelos terapéuticos que no existen el proyecto los define de una manera tan arbitraria, tan ambigua y tan simplista que el resultado será una aplicación generalizada, injusta y equivocada de la ley.

### *Trastorno de Disforia de Género*

En el tema de la identidad y orientación sexual como fenómeno psicológico hay que destacar varios aspectos. Primero, el Trastorno de Disforia de Género según definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V).

La disforia de género es definida como *“el malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado”*.

Por género, el DSM-V indica *“el rol público que se vive como chico o chica, como hombre o*

*mujer*” y por género asignado se refiere a la *“identificación inicial (al momento del nacimiento) del individuo como varón o mujer”* (DSM-V, p. 451).

Este es un trastorno clínica y científicamente reconocido. El mismo requiere una diversidad de intervenciones terapéuticas para atenderlo a él y a los trastornos que pueden coexistir con él, tales como, trastornos de ansiedad, depresión, dependencia de sustancias, trastorno dismórfico corporal, diversos trastornos de la sexualidad y trastornos psicóticos, entre otros.

La ciencia no ha definido que exista una vía de acción terapéutica única para atender este trastorno. Decir que la aceptación y la afirmación de la incongruencia de género percibida por el sujeto es la única opción clínica carece por completo de evidencia. De hecho, el mismo DSM-V dice: *“los adolescentes y adultos con disforia de género antes de la reasignación de sexo tienen un riesgo aumentado de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios. Tras la reasignación de sexo, la adaptación puede variar y el riesgo de suicidio puede persistir”* (DSM-V, p. 454). Así que, el propio DSM-V enfatiza que la reasignación de género no necesariamente soluciona el trastorno.

Diferentes estudios apuntan al hecho de que las personas que hacen la transición hacia el género percibido presentan sobre diez veces más prevalencia de suicidio que la población general. Así lo reporta la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (Suicide Attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults, 2014) informando intentos de suicidio en un 46% de los hombres transgénero, 42% en las mujeres transgénero y 45% entre los adolescentes transgénero. El suicidio en la población general suele ocurrir en un 4%.

Por supuesto, el discurso simplista tiende a explicar esta prevalencia con el argumento del discrimen. Si bien el discrimen tiene efectos psicológicos adversos, al estudiar el fenómeno de la

discriminación encontramos que en los Estados Unidos, por ejemplo, los grupos raciales (negros) son los que sufren mayor discriminación y, sin embargo, presentan estadísticas de suicidio significativamente más bajas en comparación con los grupos de diversidad de género. Así ocurre con el discrimen por origen étnico o por creencias religiosas. Estos dos grupos también presentan en los Estados Unidos una incidencia muy elevada de discrimen y crímenes de odio en su contra, no obstante, presentan indicadores de suicidio similares a la población general.

Sobre este particular, el DSM-V también aporta que *“se ha encontrado que la ansiedad es relativamente frecuente en los sujetos con disforia de género, incluso en las culturas que aceptan las conductas sexuales variantes”* (DSM-V, p. 459). No podemos tapar el cielo con la mano. La incongruencia entre el género asignado y el género percibido provoca un conflicto intra-psíquico que no podemos ignorar y que merece ser tratado clínicamente. El problema no se explica solamente por el discrimen o el conflicto socio-cultural. Estos sujetos enfrentan un importante conflicto intrapersonal.

La reasignación de género, o sea, ayudar a la persona a asumir el género percibido no parece ser la solución en todos los casos. La evidencia demuestra que los indicadores clínicos de casi la mitad de estos individuos empeoran con la reasignación de género.

En el caso específico de los niños y adolescentes, este manejo clínico tiene que ser muy cuidadoso por varias razones:

1. Son estadísticamente más vulnerables al riesgo de suicidio,
2. Tienen un entendimiento menor del fenómeno de la sexualidad,
3. Aún se encuentran en el proceso de la construcción de su identidad y

4. Enfrentan procesos de cambios hormonales que les hacen más vulnerables a las fluctuaciones en el estado de ánimo y a la exploración de conductas sexuales de riesgo.

### *La Fluidéz de la Sexualidad*

Además de este trastorno que es relativo al aspecto de la identidad sexual tenemos que atender el fenómeno de la orientación sexual. Este es definido como la atracción erótica hacia hombres, mujeres o ambos.

El consenso científico sostiene que la orientación sexual en algunos sujetos no necesariamente constituye una característica inmutable sino una cambiante y fluida a lo largo de la vida. Ya a mediados del siglo pasado, Alfred Kinsey empezó a definir la orientación sexual como un continuo variable y dinámico que puede fluctuar entre la exclusiva heterosexualidad hacia la exclusiva homosexualidad y viceversa moviéndose entre una diversidad de gradaciones intermedias. El concepto de fluidez en la atracción sexual ya está aceptado por la ciencia más allá de cuestionamientos.

En segundo lugar, el consenso científico también establece que esta compleja diversidad sexual está determinada por una variedad de factores entre los que se encuentran los factores genéticos, psicológicos, hormonales, familiares, sociales y del desarrollo humano. Esto, necesariamente, plantea un acercamiento multifactorial y multidisciplinario al atender sujetos con necesidades en estas áreas.

Un tercer asunto importante es el concepto de elección de la orientación sexual. La ciencia ya ha demostrado hasta la saciedad que las conductas sexuales no son genéticas. Los seres humanos no nacen con un repertorio de conductas sexuales instintivas predeterminadas más allá de las conductas necesarias para la reproducción humana. Las conductas sexuales resultan del ejercicio

de la voluntad del individuo al explorar la diversidad de opciones frente a las influencias multifactoriales ya mencionadas.

Por estas razones, la ciencia concuerda con que los acercamientos terapéuticos para estos sujetos (sean adultos, adolescentes o niños) deben estar dirigidos a la exploración de la fluidez de la atracción sexual. La terapia debe, entonces, respetar en todo momento la autonomía del paciente para que sea él quien establezca las metas terapéuticas reconociendo que estas pueden variar a lo largo del proceso en la medida en que el paciente explore libremente sus alternativas sexuales y atienda trastornos u otros asuntos que requieran atención clínica.

En el caso de los menores de edad, es importante destacar que la ley establece que ellos no pueden consentir la participación en conductas sexuales hasta los 16 años de edad. La exploración, entonces, se limita a los aspectos cognitivos y emocionales de la sexualidad.

### *Un proyecto innecesario*

La propuesta del Proyecto del Senado 1000, por lo tanto, viola la autonomía del paciente, entra en conflicto con la ética de los profesionales de la salud que vienen obligados a respetar esa autonomía y se opone a los hallazgos de la ciencia que conforman las actuales guías clínicas para el tratamiento. Este proyecto resulta en una intromisión indebida del Estado en la privacidad de la relación entre el profesional y su paciente/cliente. La exploración de la sexualidad en sus diversas variantes es una prerrogativa del individuo y nunca debe ser reglamentada por el Estado.

Si este proyecto se aprobara, no logro imaginarme cómo manejaría a un adolescente que venga a terapia y me diga que ha estado explorando conductas sexuales diversas y que ahora desea explorar la heterosexualidad. En tal caso, ¿qué debo decirle? ¿Le diré: “caramba, lo siento,

la Ley no me permite que te ayude a alcanzar esa meta en terapia”? ¿O tal vez le debo decir: “bueno, el problema es que la ley no te permite que explores la heterosexualidad”?

Al escucharlo de esta manera, nos damos cuenta de que el proyecto propone una violación a los derechos más fundamentales del individuo. El proyecto es impositivo y arbitrario al determinar el tipo de exploración sexual que un sujeto puede realizar en terapia.

Además, el proyecto nos luce del todo innecesario. Preguntamos, ¿de dónde surge la necesidad de este proyecto? ¿Dónde están los casos de menores con necesidades en las áreas de orientación e identidad sexual que han sufrido daños como consecuencia directa de la intervención de profesionales o ministros religiosos?

Si esos casos existen, ¿dónde están las demandas civiles por los daños ocasionados por mala práctica profesional? ¿Dónde están las querellas en la Junta Examinadora de Profesiones de la Salud?

Si en Puerto Rico existen profesionales realizando intervenciones terapéuticas que están provocando daños a estos menores ¿cómo es que no han salido publicados en la prensa siendo que esta es una activa defensora de estas causas? ¿Dónde están los padres que defienden a sus hijos de estas malas prácticas?

Si en verdad esto es un problema actual en el país, ¿la solución está en que paguen justos por pecadores? ¿La solución es negarles a todos los pacientes la autonomía en sus procesos terapéuticos?

Si estos casos existen, las leyes de Puerto Rico ya proveen para que estos daños sean resarcidos y para que estos profesionales tengan que rendir cuentas. No se puede legislar para

atender problemas que no existen o problemas que ya son atendidos mediante otros recursos de ley.

### *Las constantes*

Si vamos a ser honestos con el cúmulo de literatura científica, tenemos que reconocer que en el tema de orientación e identidad sexual se presentan las siguientes constantes:

1. La orientación e identidad sexual para algunas personas es un continuo fluido, variante y dinámico a lo largo de la vida,
2. Las personas con diversidad de orientación e identidad sexual pueden transcurrir a lo largo de la vida en un proceso de exploración y cambio en cualquier dirección, entiéndase, desde la exclusiva heterosexualidad hasta la exclusiva homosexualidad y viceversa,
3. La mayoría de los cambios que se experimentan en ese continuo de la fluidez de la sexualidad ocurren espontáneamente fuera de procesos terapéuticos,
4. Los procesos de ayuda para personas con diversidad en la orientación e identidad sexual pueden variar desde los modelos tradicionales de psicoterapia, los modelos de terapias específicas para estas condiciones clínicas, los modelos de auto ayuda y los modelos basados en espiritualidad, entre otros.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2009, *Report of the APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation.*) ha aceptado que no existen estudios científicos rigurosos acerca de los esfuerzos por cambiar la orientación sexual que nos permitan establecer una aseveración definitiva acerca de si estos son seguros o dañinos y ofrecidos por quién puedan, entonces, ser seguros o dañinos. Así que, la ciencia ha sido clara. Tenemos que



concluir que no estamos frente a una discusión científica. Estamos ante una discusión política y cultural.

La discusión científica se concluye permitiendo que los profesionales atiendan a sus pacientes utilizando los modelos terapéuticos basados en ciencia ya existentes, desde sus respectivas competencias profesionales y respetando en todo momento la autonomía del paciente. La discusión política y cultural es otro campo de interés que bien merece ser atendido pero que nunca debe imponerse sobre los principios de la ciencia y la ética profesional.

### *Un enfoque salubrista*

Claro está, los profesionales de la salud están comprometidos en mantener un enfoque salubrista en su práctica clínica. Esto nos obliga a tener siempre presente la elevada prevalencia de enfermedades asociadas a las conductas sexuales diversas.

Como resume la Gay and Lesbian Medical Association ([glma.org](http://glma.org)) las personas con conductas:

1. Homosexuales: presentan riesgos elevados de padecer VIH/SIDA, hepatitis, depresión, ansiedad, cáncer de colon, testículo y próstata, problemas con el consumo de drogas, alcohol y tabaco, violencia de pareja y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo virus de papiloma humano,
2. Lesbianas: presentan riesgos elevados de padecer cáncer de seno, depresión, ansiedad, condiciones cardíacas, cáncer ginecológico, problemas con el consumo de drogas, alcohol y tabaco, violencia de pareja y enfermedades de transmisión sexual,

3. Bisexuales: presentan riesgos elevados de padecer depresión, ansiedad, cáncer de seno, colon, testículo y próstata, problemas con el consumo de drogas, alcohol y tabaco y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo virus de papiloma humano,
4. Transgéneros: presentan riesgos elevados de padecer depresión y suicidio, ansiedad, varios tipos de cáncer, problemas con el consumo de drogas, alcohol y tabaco, condiciones cardíacas y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo virus de papiloma humano.

Si bien la autonomía del paciente siempre tiene que ser respetada, la orientación acerca de los asuntos de salud asociados a las conductas de diversidad sexual es una obligación ética-legal para los profesionales de la salud. Las intervenciones terapéuticas deben enfatizar en una expresión de la sexualidad que se mantenga dentro de los parámetros de salud y seguridad. En el caso de los menores de edad, también sus conductas sexuales se deben limitar hasta tener la edad de consentimiento sexual.

#### *La participación de los padres*

El Proyecto del Senado 1000 pretende peligrosamente excluir la participación de los padres en estos procesos tan vitales para la salud de los menores. Independientemente de los acuerdos o desacuerdos entre los padres y los hijos, no podemos negar que los padres constituyen la más importante influencia y apoyo en la vida de los hijos, sean menores o sean adultos. Además, tienen una incuestionable autoridad legal sobre sus hijos menores de edad.

Cualquier proyecto legislativo que proponga limitar el acceso de los padres frente a las necesidades de salud física y/o mental de sus hijos es un proyecto que les desampara y les desprotege. Si queremos atender satisfactoriamente a los menores con necesidades en las áreas

de identidad y orientación sexual, uno de los primeros asuntos para trabajar debe ser la integración saludable de los padres al proceso. Esto debe incluir orientación y educación sobre los temas de sexualidad diversa desde sus múltiples perspectivas e integración de los padres en una actitud de apoyo y compromiso.

Proponer que el Estado pueda ignorar la autoridad de los padres en materia de tratamiento para sus hijos es un acto que se opone a la patria potestad que estos ostentan. Cuando estos tratamientos en particular tienen que ver con los procesos médico-quirúrgicos pertinentes a la reasignación sexual, nos metemos en una zona de peligro.

Estos tratamientos de reasignación de sexo al momento están plagados de incertidumbres e inconsistencias en cuanto a los resultados que producen. Responsablemente no podemos aseverar que la reasignación de sexo resuelve los problemas psicológicos propios del trastorno de disforia de género ni que mejora la calidad de vida del paciente.

Considere el siguiente panorama: unos padres se niegan a que su hijo menor de edad reciba tratamientos o cirugías para la reasignación de sexo y el Estado lo autoriza basado en esta ley (en caso de que se apruebe). Entonces, como ya hemos visto que puede ocurrir en la mitad de los casos, este joven empeora su condición clínica una vez completados los tratamientos y se suicida. Obviamente, el Estado será legalmente responsable y tendrá que enfrentar las demandas correspondientes.

La construcción de la identidad es un conflicto psicológico activo durante la etapa de la adolescencia. Ya que este conflicto no encuentra su estabilidad y/o resolución hasta llegada la adultez, es muy peligroso promover o permitir que los adolescentes participen de terapias de reasignación sexual puesto que, llegada la adultez, el paciente puede retractarse de la identidad

que creyó tener pero entonces se encontraría frente a las consecuencias de procedimientos médico-quirúrgicos irreversibles.

De hecho, en Estados Unidos y Europa ya se han documentado una diversidad de casos de pacientes que interesan revertir los procesos de reasignación sexual. Si estos procesos van a llevarse a cabo, es importante que se posterguen hasta que el sujeto ya sea adulto y que sea atendido en terapia durante la niñez y adolescencia para atender síntomas psiquiátricos y explorar la fluidez de su sexualidad.

No podemos concluir que todos los pacientes con necesidades en las áreas de identidad u orientación sexual presentan un conflicto único y que se puedan atender a todos ellos bajo el mismo enfoque. Esto es igualmente cierto con todo otro trastorno o condición que pueda requerir atención clínica. Por lo tanto, cada caso debe ser particularmente atendido en sus méritos y esa evaluación particular del caso es materia de las competencias clínicas y no de las disposiciones legales.

### *Conclusión*

El Proyecto del Senado 1000 es innecesario y peligroso, no es congruente con los hallazgos de la investigación científica, crea más problemas de los que pretende resolver y viola principios fundamentales de la ley y la ética. Recomendamos respetuosamente al Honorable Senado de Puerto Rico que descarte este proyecto en su totalidad.

Gracias por su atención,

Dra. María de los A. González Morales, PsyD, MAC, CAT IV, CT  
Psicóloga / Consultora  
angiegonzalez@hotmail.com