

# OPINIÓN DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS REFERENTE AL ESTADO DE LA TERAPIA DE CONVERSIÓN EN LA REPÚBLICA DOMINICANA \*

## OPINION OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS IN REFERENCE TO THE STATUS OF CONVERSION THERAPY IN THE DOMINICAN REPUBLIC

Recibido: 15 de agosto de 2020 | Aceptado: 5 de octubre de 2020

Grisalidis **Hidalgo**<sup>1</sup>, Freddy A. **Paniagua**<sup>2</sup>, Edward **Martínez**<sup>1</sup>, Sandra A. **Black**<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, República Dominicana;

<sup>2</sup> University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas, USA; <sup>3</sup> Consultor en Estadística y Epidemiología, Baltimore, Maryland, USA

### RESUMEN

El *Cuestionario de Temas en la Terapia de Conversión* (CTTC) fue específicamente diseñado para evaluar la opinión de una muestra de psicólogos clínicos dominicanos (N = 45) con énfasis en 42 temas en ese enfoque terapéutico. La muestra fue integrada en tres grupos: Grupo 1=psicólogos clínicos que tratan clientes/pacientes homosexuales o bisexuales sin usar la terapia de conversión (n = 15); Grupo 2 = psicólogos clínicos que no tratan clientes/pacientes con una orientación homosexual o bisexual y no utilizan esa terapia (n = 15), y el Grupo 3 = psicólogos clínicos que utilizan la terapia de conversión con la meta de cambiar la orientación homosexual o bisexual de sus clientes/pacientes (n = 15). Los psicólogos en el tercer grupo mostraron más apoyo en el uso de la terapia de conversión en la práctica clínica y también mostraron más opiniones negativas en contra de la homosexualidad o bisexualidad, en comparación a los psicólogos en los Grupos 1 y 2. La confiabilidad (test-retest) del CTTC evaluada con la Pearson r osciló entre  $r = .46$  y  $r = .99$ . La consistencia interna del CTTC fue evaluada con la correlación  $\alpha$  (a) de Cronbach que osciló entre  $\alpha = .73$  y  $\alpha = .83$ .

**PALABRAS CLAVE:** Terapia de conversión, homosexuales, bisexuales, psicólogos clínicos

### ABSTRACT

The *Cuestionario de Temas en la Terapia de Conversión* (CTTC) was specifically designed to evaluate the opinion of a sample of Dominican clinical psychologists (N = 45) with emphasis on 42 topics in that therapeutic approach. The sample was integrated into three groups: Group 1=clinical psychologists treating homosexual or bisexual clients/patients but without using conversion therapy (n = 15); Group 2 = clinical psychologists who do not treat such clients/patients and do not use that therapy (n = 15), and Group 3 = clinical psychologists who use conversion therapy with the goal to change the homosexual or bisexual orientation of their clients/patients (n = 15). Psychologists in Group 3 were more supportive of the use of conversion therapy in clinical services and also reported more negative opinions against homosexuality or bisexuality, in comparison with psychologists in Groups 1 and 2. The test-retest reliability del CTTC, assessed with Pearson r, ranged between  $r = .46$  and  $r = .99$ . The internal consistency of the CTTC, assessed with the  $\alpha$  (a) correlation of Cronbach, ranged between  $\alpha = .73$  and  $\alpha = .83$ .

**KEYWORDS:** Conversion therapy, homosexuals, bisexuals, clinical psychologists

\* Tesis de grado para la Licenciatura en Psicología defendida por Grisalidis Hidalgo. La American Psychological Association Office of International Affairs seleccionó esta tesis entre las cinco tesis empíricas en psicología en 2019 en la República Dominicana, y recibió el mayor puntaje por el jurado. Correspondencia concerniente a este artículo debe ser enviada a Grisalidis Hidalgo, Escuela de Psicología, Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana. E-mail: grishidalgo.psy@gmail.com

Cuando terapias tradicionales (ej., terapia individual, terapia familiar, psicoanálisis, terapia cognitiva-conductual, etc.) son utilizadas para cambiar la orientación sexual de un individuo, esto es conocido como terapia de conversión. Otros términos incluyen terapia reparativa de la homosexualidad, terapia para ex-homosexuales, terapia pastoral transformacional, terapia de reorientación sexual. Entre todas esas variantes terminológicas, el término “terapia de conversión” es el más común (Beckstead y Morrow, 2004; Haldeman, 1999; Paniagua, 2016). Es importante enfatizar que la terapia de conversión no es en sí misma una terapia, pero sí es un enfoque que enfatiza el uso de esas terapias tradicionales para cambiar la orientación sexual de la homosexualidad/bisexualidad a la heterosexual (American Psychological Association, 2012; Substance Abuse and Mental Services Health Administration [SAMHSA], 2015).

#### Argumentos a favor y en contra de la terapia de conversión

La terapia de conversión es un enfoque controversial entre los profesionales de la salud mental (ej., psicólogos clínicos, psiquiatras). Varios de los temas en el instrumento utilizado en esta investigación reflejan esta controversia. Dos argumentos son generalmente ofrecidos en apoyo a esa terapia. Primero, Santo Tomás de Aquino propuso en su *Summa Teológica* que la homosexualidad está en contra de las leyes naturales creadas por Dios. Aquino argumentó que las relaciones sexuales deben ser entre un hombre y una mujer y nunca entre personas del mismo sexo. Aquino también argumentó que otra ley natural es que la meta de las relaciones sexuales es la procreación y esto no es posible en las relaciones homosexuales. De acuerdo a la posición teológica de Aquino, la homosexualidad es un “pecado” y una condición “no natural” en contra de los principios fundamentales del Cristianismo (Law, 2007; Onyenuru, 2015). El argumento teológico de Aquino es utilizado por algunos profesionales de la salud mental, algunas

organizaciones religiosas, y la Iglesia Romana Católica para convencer a los homosexuales o bisexuales porque ellos tienen que aceptar el cambio de la orientación homosexual o bisexual a la orientación heterosexual con el apoyo de la terapia de conversión (Cianciotto y Cahill, 2006; Law, 2007; Queiroz et al., 2013).

El segundo argumento en apoyo a la terapia de conversión es que la orientación homosexual o bisexual es una enfermedad que puede ser “curada” con la ayuda de esa terapia. En este argumento, esa orientación sexual puede “curarse” si el terapeuta ayuda al paciente a discutir el impacto de conflictos religiosos y la influencia negativa de factores psicosociales (ej., historia de abuso infantil, experiencias heterosexuales traumatizadas) en el desarrollo de esa orientación sexual (Haldeman, 2002/2004; Morrow y Beckstead, 2004; Nicolosi et al., 2000).

Varios argumentos en contra de la terapia de conversión han sido propuestos. Por ejemplo, organizaciones profesionales/científicas (ej., American Psychiatric Association, 1974/ 2000; American Psychological Association 1998/2012) consideran que la orientación homosexual es una variante normal y positiva en la sexualidad humana y por tanto, no es una enfermedad mental que necesita ser “curada” con la terapia de conversión (Shidlo y Schroeder, 2002; Tozer y Hayes, 2004). Esa terapia también resulta en consecuencias negativas, incluyendo abuso de sustancias ilícitas, depresión, pensamiento suicida, intento de suicidio, suicidio (American Psychiatric Association, 2000; American Psychological Association, 1998; Beckstead y Morrow, 2004; SAMHSA, 2015). Además, otros autores argumentan que la terapia de conversión resulta en violaciones en el código de ética en la disciplina del profesional de la salud mental incluyendo, por ejemplo, coerción en la participación en esa terapia, no informar al cliente en relación a la carencia de datos empíricos en apoyo de esa terapia y sus efectos negativos y el énfasis en principios religiosos para convencer al cliente que ser

homosexual es vivir fuera de la voluntad de Dios (Drescher, 2001; Forstein, 2002; Haldeman, 2002/2004; McGeorge et al., 2013; Tozer y McClanahan, 1999; Schroeder y Shidlo, 2001; Yarhouse y Throckmorton, 2002). Otro argumento en contra de esa terapia es que la misma es recomendada por razones lucrativas y no porque esa terapia es necesaria o con validéz empírica (Descher, 2001; Haldeman, 2002).

El argumento de que la terapia de conversión no tiene una validéz empírica es el más relevante en contra de esta terapia (Morrow y Beckstead, 2004; SAMHSA, 2015). Por ejemplo, SAMHSA (2015) revisó las publicaciones en el contexto de la terapia de conversión con énfasis en niños y adolescentes y concluyó que esa terapia no solamente crea problemas emocionales o psicológicos al cliente/paciente pero también su efectividad no ha sido demostrada a nivel empírico. Es importante, sin embargo, observar que la validez empírica de la terapia de conversión es un tema controversial entre los profesionales de la salud mental (Hernández Santiago y Toro-Alfonso, 2010; Shidlo y Schroeder, 2002; Spitzer, 2012). Por ejemplo Nicolosi et al. (2000) entrevistaron a 882 homosexuales previamente tratados con la terapia de conversión. Los autores reportaron que la terapia de conversión ayudó en la reducción de pensamientos y fantasías homosexuales en la mayoría de los participantes, y que esa terapia también ayudó a cambiar la orientación sexual de algunos de los participantes. Haldeman (2002) criticó el estudio de Nicolosi et al. (2000) y concluyó que los resultados de ese estudio no pueden ser generalizados a la población general de homosexuales debido a que la muestra no fue seleccionada aleatoriamente, más bien mediante anuncios en periódicos religiosos y recomendaciones de clientes tratados por terapeutas usando la terapia de conversión. Shidlo y Schroeder (2002) investigaron la opinión de 202 consumidores de la terapia de conversión y los resultados indicaron que una mayoría no cambió la orientación sexual. Maccio (2011) revisó la literatura con énfasis en esta terapia y encontró que los investi-

gadores no estuvieron de acuerdo en que esta terapia puede cambiar la orientación sexual de un individuo.

La mayoría de las publicaciones en la evaluación de la efectividad de la terapia de conversión enfatizan la opinión de los consumidores de esta terapia (Beckstead y Morrow, 2004; Shidlo y Schroeder, 2002; Tozer y Hayes, 2004). Una minoría de artículos han enfatizado la opinión de los profesionales de la salud mental con relación a diversos temas asociados con esa terapia (Bartlett et al., 2009; Lingardi et al., 2015; McGeorge et al., 2013). El objetivo primario de esta investigación es evaluar la opinión de una muestra de psicólogos clínicos dominicanos con relación a varios temas en la terapia de conversión. Otro objetivo en esta investigación es determinar las propiedades psicométricas preliminares en un cuestionario específicamente diseñado para evaluar el primer objetivo en esta investigación.

## MÉTODO

### Diseño y participantes

El diseño no experimental transversal de tipo descriptivo comparativo (Villa Romero et al., 2012) fue utilizado. Los participantes fueron seleccionados a través de la guía telefónica (páginas amarillas), en la que se verificaron los psicólogos clínicos que anuncian sus servicios a través de esta guía. Se completó el listado llamando por vía telefónica a las clínicas que tienen psicólogos brindando servicios. El criterio de inclusión fue que el participante sea psicólogo ejerciendo la psicología clínica en el Distrito Nacional (Santo Domingo), República Dominicana. El criterio de exclusión incluyó psicólogos clínicos ejerciendo fuera de ese distrito. De ese listado, 45 psicólogos clínicos fueron seleccionados aleatoriamente e integrados en tres grupos con 15 psicólogos clínicos en cada grupo. El Grupo 1 incluyó psicólogos clínicos que proveen terapia a clientes/pacientes con una orientación homosexual o bisexual, pero sin utilizar la terapia de conversión. El Grupo 2 incluyó psicólogos

clínicos que no proveen esa terapia a clientes/pacientes con una orientación homosexual o bisexual y tampoco utilizan la terapia de conversión. El Grupo 3 incluyó psicólogos clínicos que utilizan la terapia de conversión con clientes/pacientes con una orientación homosexual o bisexual con la meta de cambiar esa orientación sexual a la heterosexual.

#### Instrumento

El *Cuestionario de Temas en la Terapia de Conversión* (CTTC) incluye dos partes. La primera incluye datos demográficos (ej., edad, sexo). La segunda parte evalúa la opinión de los participantes acerca de temas relacionados con la terapia de conversión. Esos temas fueron seleccionados de una revisión exhaustiva de la literatura, lo que justifica la validación del contenido del CTTC. Esa revisión resultó en la selección de 49 temas evaluados a través de cinco escalas: 1 (*muy en desacuerdo*), 2 (*en desacuerdo*), 3 (*indiferente/neutral*), 4 (*de acuerdo*), y 5 (*muy de acuerdo*). Esos temas fueron distribuidos en seis áreas. La primera área (A) incluye 10 temas (A1-A10) que tratan “con ejemplos de razones que una persona con una orientación sexual homosexual/bisexual pudiera ofrecer para explicar porque decide ser tratado con la terapia de conversión con la meta de cambiar de homosexual/bisexual a heterosexual” (título del tema A; Flentje et al., 2014; Tozer y Hayes, 2004).

La segunda área (B) incluye 10 temas (B11-B20) que tratan “con las razones que una persona con una orientación homosexual/bisexual pudiera ofrecer para explicar porque decide ser tratado con terapias tradicionales (ej., terapia individual, terapia cognitiva-conductual) con la meta de adaptarse a su orientación sexual, pero sin la meta de cambiar esa orientación con el enfoque de la terapia de conversión (Flentje et al., 2014; Shidlo y Schroeder, 2002). La tercera área (C) incluye ocho temas (C21-C28) que tratan “con ejemplos de las razones por las que una persona con orientación homosexual/bisexual pudiera ser transferido

a otro psicólogo” (Bartlett et al., 2009; Beckstead y Morrow, 2004; Cianciotto y Cahill, 2006; Hernández Santiago y Toro-Alfonso, 2010; Queiroz et al., 2013; SAMHSA, 2015).

La cuarta área (D) incluye 12 temas (D29-D40) que tratan “con observaciones de organizaciones científicas en *contra* de la terapia de conversión” (American Psychological Association, 2012; American Psychiatric Association, 2000; SAMSHA, 2015). La quinta área (E) incluye 2 temas (E41-E42) que tratan “con leyes o legislaciones para prohibir la terapia de conversión” (Moss, 2014; Queiroz et al., 2013). La sexta área del CTTC incluye 7 temas (F43-F49) con ejemplos de terapias tradicionales (ej., terapia individual) incluidas en la terapia de conversión (Beckstead y Morrow, 2004; SAMHSA, 2015) con la siguiente instrucción: “Si usted marcó en la sección demográfica que utiliza la terapia de conversión en su práctica clínica, favor de marcar si usted utiliza una o más de las siguientes terapias tradicionales”. El CTTC es disponible a través del correo electrónico del primer autor: [grishidalgo.psy@gmail.com](mailto:grishidalgo.psy@gmail.com). El criterio para determinar el consentimiento para participar en esta investigación fue la decisión personal del participante en retornar el CTTC al primer autor.

#### Procedimiento

El cuestionario fue distribuido a cada participante en cada uno de los grupos seleccionados. El primer autor coordinó una visita a la oficina/clínica del participante, durante la que se le pidió leer un documento explicando el objetivo de la investigación, completar el CTTC, y contactar al primer autor para la colección del CTTC. En el caso de la primera administración del CTTC, algunos participantes tomaron cuatro meses para contactar al primer autor y retornar el CTTC y otros tomaron un mes. Mientras que, en general la administración del CTTC se completó en aproximadamente cinco meses. Para determinar la confiabilidad del CTTC, n=30 psicólogos clínicos que respondieron a

la primera administración del CTTC fueron instruidos a repetir el mismo cuestionario (test-retest). De esos  $n=30$  psicólogos,  $n=10$  fueron seleccionados para cada grupo.

#### Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el programa SAS/STAT Software, versión 9.4 (2016). La ji cuadrada ( $\chi^2$ ) fue utilizada para determinar diferencias significativas entre las variables. Pruebas estadísticas de dos colas fueron enfatizadas en todos los análisis de los resultados. La  $p = 0.05$  convencional en las ciencias sociales/conductuales fue utilizada para los análisis significativos (Cohen, 1994; Kline, 2013). El coeficiente de la correlación de Pearson ( $r$ ) y la correlación *alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach fueron utilizados para determinar la confiabilidad y la consistencia interna del CTTC, respectivamente. Las variables continuas (edad, años de graduado y años ejerciendo) fueron evaluadas con el test de Kolmogorov-Smirnov (Fasano y Franceschini, 1987; Justel et., 1997) y se encontró que el test demostró los criterios para la distribución normal. Por esta razón, la distribución de esas variables a través de los grupos fue evaluada con el análisis de varianza, con énfasis en estadística F y valores de  $p$ . Las variables categóricas, incluyendo sexo, grado más alto, tipo de maestría, especialidades, áreas de psicología clínica, y todos los temas en el cuestionario CTTC fueron evaluadas y se encontró que no correspondieron con los criterios para la distribución en la  $\chi^2$  debido al número limitado de variables en varias categorías. Por esta razón, se utilizó el Test Exacto de Fisher (Mehta y Patel, 1983) para calcular un valor de  $p$  apropiado, en lugar del valor de  $p$  basado en la  $\chi^2$ .

## RESULTADOS

### Características demográficas

En la muestra global ( $N = 45$ ), 44.5% de los participantes fueron hombres y 55.6% fueron mujeres, con proporciones comparables a través los tres grupos ( $\chi^2 = 3.42, p > .05$ ). La

edad fue desde 25 hasta 63 años, con un promedio de 47 años. En la muestra global, 22.2% de los participantes la edad de 25 hasta 40 años, 35.6% reportaron 41 hasta 49 años y el 42.2% reportó la edad de 50 hasta los 63 años y la diferencia en las edades no fue significativa entre los tres grupos ( $\chi^2 = 5.98, p > .05$ ). Un total de  $n=14$  participantes (31.1%) en la muestra global reportaron la licenciatura en psicología y 31 participantes (68.9) reportó la maestría, pero las diferencias entre los grupos no fue significativa ( $\chi^2 = 0.83, p > .05$ ). En el caso de los participantes con la maestría ( $n = 31$ ), 48.3% reportó una maestría en terapia familiar, 6.5% una maestría en terapia sexual, 32.2% una maestría en psicología clínica, 6.5% una maestría en psicopedagogía y 6.5% una maestría en neuropsicología; las diferencias no fueron significativas entre los tres grupos ( $\chi^2 = 10.81, p > .05$ ). En la muestra global ( $N = 45$ ),  $n=15$  psicólogos (33.3%) reportaron especialidades en psicología, pero las diferencias entre los grupos no fue significativa ( $\chi^2 = 0.60, p > .05$ ).

Los años de graduado en la muestra global ( $N = 45$ ) oscilaron entre 1 y 35, pero las diferencias no fueron significativas entre los Grupos 1, 2, y 3 ( $F = 0.90, p > .05$ ). Cuando los años de graduados fueron analizado en términos de tres categorías, el 33.3% de la muestra global ( $N = 45$ ) reportó 1-14 años de graduado, 28.9% reportó 15-25 años, y 37.8% reportó 25-35 años, pero las diferencias no fueron significativas a través de los grupos ( $\chi^2 = 1.90, p > .05$ ). El número de años ejerciendo la psicología en la muestra global ( $N = 45$ ) osciló entre 1 y 32 años, pero las diferencias no fueron significativas a través de los tres grupos ( $F = 1.31, p > 0.5$ ). Cuando los años ejerciendo en la psicología fueron analizados en términos de tres categorías (1-9, 10-19, y 20-32 años), la mayoría (44.4%) de la muestra global reportó desde 20 hasta 32 años ejerciendo en esta disciplina, pero las diferencias entre los tres grupos no fueron significativas ( $\chi^2 = 5.07, p > .05$ ).

En el caso del lugar donde el participante ejerce la psicología, es importante señalar que ellos reportaron más de un lugar. La mayoría (71.1%) de los participantes reportó ejercer la psicología en la consulta privada, pero la diferencia entre los grupos no fue significativa ( $\chi^2 = 2.81, p > .05$ ; 51.1% en instituciones del Estado ( $\chi^2 = 2.31, p > .05$ ; 13.3% reportó trabajar en la Fuerza Armada o en la Policía ( $\chi^2 = 4.61, p > .05$ ; y el 62.2% en la docencia o práctica clínica ( $\chi^2 = 5.29, p > .05$ ). Las diferencias entre los grupos a través de todas las variables demográficas no fueron significativas. Esos resultados indican que los tres grupos fueron muy comparables en todas las características demográficas en este estudio, lo que sugiere que es apropiado comparar las respuestas de los participantes en los tres grupos en el *Cuestionario de Temas en la Terapia de Conversión* (CTTC).

#### Confiabilidad (Test-Retest) del CTTC

La confiabilidad (test-retest) fue evaluada comparando las respuestas dadas por  $n=30$  participantes en la primera administración del

cuestionario (CTTC) con las respuestas dadas en una segunda administración del CTTC. La Tabla 1 muestra resultados en la evaluación de la confiabilidad del CTTC con énfasis 42 temas distribuidos a través de las áreas A-E en el CTTC. [Los temas F43-F49 no fueron incluidos en el análisis de confiabilidad pues esos temas son específicos para el Grupo 3 que reportó, en la sección demográfica del CTTC, usar la terapia de conversión en la práctica clínica]. El coeficiente de la correlación de Pearson ( $r$ ) para cada tema resultó en muy buena ( $r = .81$ ) hasta excelente ( $r = .99$ ) para 26 temas (62%) del CTTC, y aceptable ( $r = .66$ ) hasta a buena ( $r = .78$ ) para 14 temas (33%). Las correlaciones a través de esos 42 temas en la Tabla 1 (Pearson  $r$ ) fueron muy significativas ( $p < .0001$ ). En la Tabla 1, solamente dos temas (5%) en el CTTC mostraron una confiabilidad cuestionable. Esos dos temas fueron: D30 ( $r = .55$ ) y el D36 ( $r = .46$ ), pero las correlaciones (Pearson  $r$ ) para esos dos temas también fueron significativas,  $p < .002$  y  $p < .011$ , respectivamente.

TABLA 1.  
Correlación de Pearson ( $r$ ) durante el test-retest (confiabilidad) para 42 temas en el CTTC.

	$r$	$p$
A1. Creencias religiosas.	.96	<.0001
A2. Sentirse rechazado por la comunidad religiosa.	.96	<.0001
A3. El deseo de tener una vida heterosexual "normal".	.85	<.0001
A4. Sentirse rechazado por la familia.	.97	<.0001
A5. Sentirse depresivo(a) o ansioso(a) debido a la orientación homosexual/bisexual.	.77	<.0001
A6. El estigma de la sociedad en contra de la orientación homosexual/bisexual.	.87	<.0001
A7. El deseo de casarse o tener una familia en una relación heterosexual.	.92	<.0001
A8. El miedo de que la orientación homosexual/ bisexual pudiera implicar conductas de riesgo (ej., promiscuidad, sexo sin condones) que terminan en problemas con la salud del individuo (ej., SIDA, uso de drogas, alcoholismo).	.86	<.0001
A9. Cansado de seguir batallando con la orientación homosexual/bisexual.	.92	<.0001
A10. Miedo de perder la fe en Dios.	.95	<.0001
B11. Sentirse aceptado, no solitario.	.94	<.0001
B12. Ayuda a discutir problemas familiares.	.94	<.0001
B13. Ayuda a prevenir la depresión, ansiedad.	.94	<.0001
B14. Ayuda a prevenir pensamiento suicida.	.94	<.0001
B15. Ofrece la oportunidad de aprender estrategias para discutir la orientación homosexual/bisexual con la familia.	.93	<.0001
B16. Ayuda la reconciliación con fe en Dios.	.84	<.0001
B17. Ayuda en el proceso de reportar públicamente ("destape") la orientación homosexual/bisexual.	.82	<.0001
B18. Ayuda a aceptar la identidad homosexual/bisexual.	.75	<.0001
B19. Ayuda a expresar traumas en la infancia, niñez, o adolescencia relacionadas con la orientación homosexual/bisexual.	.91	<.0001
B20. Ayuda a encontrar una persona que comparte la misma orientación homosexual/bisexual.	.93	<.0001
C21. Creencias religiosas no permiten al psicólogo dar servicios clínicos a personas con una orientación homosexual/bisexual.	.96	<.0001
C22. Razones morales no permiten al psicólogo dar servicios clínicos	.66	<.0001

	<i>r</i>	<i>p</i>
a clientes/pacientes con una orientación homosexual/ bisexual.		
C23. Nada impide al psicólogo en mi país rechazar o dar servicios clínicos a personas con una orientación homosexual/bisexual, pero una transferencia a otro psicólogo es éticamente esperada.	.73	<.0001
C24. Si por razones religiosas o morales el psicólogo no puede dar servicios clínicos a homosexuales/bisexuales, por razones éticas el caso debería ser referido a otro psicólogo con experiencias clínicas en este contexto.	.81	<.0001
C25. Si la meta del cliente/paciente es cambiar de homosexual/bisexual a heterosexual con la ayuda de la terapia de conversión y el psicólogo considera esta terapia no tiene validez empírica y puede ser dañina, el cliente/paciente debería ser informado y referirlo a otro profesional de la salud mental que utiliza esa terapia.	.89	<.0001
C26. El psicólogo no considera la orientación sexual homosexual/ bisexual una enfermedad mental, lo que impide al psicólogo tratar esos clientes/ pacientes, pero referirlos a otro psicólogo es éticamente esperado.	.87	<.0001
C27. El psicólogo recomienda el enfoque basado en la terapia de apoyo o afirmativa (ayudar al cliente/paciente a adaptarse a su orientación en lugar de cambiarla), pero el cliente/paciente rechaza ese enfoque y prefiere la terapia de conversión.	.69	<.0001
C28. El psicólogo considera la homosexualidad/ bisexualidad una enfermedad mental y recomienda la terapia de conversión la cual no es aceptada por el cliente/paciente.	.63	<.0001
D29. La homosexualidad/bisexualidad no es una enfermedad.	.73	<.0001
D30. La terapia de conversión es utilizada por profesionales de la salud mental (ej., psicólogos, siquiátras) que consideran la orientación homosexual/bisexual una enfermedad que debe ser "curada".	.55	<.002
D31. Los profesionales de la salud mental y los médicos que apoyan el uso de la terapia de conversión también tienen una creencia más negativa en contra de la orientación homosexual/bisexual.	.92	<.0001
D32. No tenemos datos empíricos demuestren la efectividad de la terapia de conversión en cambiar la orientación homosexual/ bisexual a heterosexual.	.75	<.0001
D33. Solamente las personas que no consideran la homosexualidad/ bisexualidad una expresión normal de la sexualidad humana, creen que la terapia de conversión puede cambiar la orientación sexual de un individuo.	.75	<.0001
D34. Las lesbianas, los hombres gais (homosexuales), y los bisexuales pueden ser buenos padres.	.65	<.0001
D35. El proceso de "destape" (revelar la orientación homosexual/ bisexual al público) puede resultar en discriminación social, odio, y violencia física antigay.	.78	<.0001
D36. La probabilidad de que una persona adquiera infecciones de transmisión sexual (ej., el SIDA) depende de la conducta de riesgo (ej., sexos sin condones, relaciones sexuales con varias personas) y no con la orientación sexual de esa persona (ej., homosexual).	.46	<.011
D37. La posición más aceptada es que la homosexualidad/bisexualidad y la heterosexualidad son expresiones normales de la sexualidad humana.	.78	<.0001
D38. La orientación sexual no es sinónima con la actividad sexual (esto es, un adolescente o adulto puede identificarse con la orientación homosexual y nunca tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo).	.72	<.0001
D39. La terapia de conversión puede resultar en efectos negativos (ej., intento al suicidio, suicidio, depresión, ansiedad).	.88	<.0001
D40. En lugar de la terapia de conversión, un enfoque más apropiado es ayudar al individuo adaptarse a su orientación homosexual/bisexual.	.92	<.0001
E41. Leyes o legislaciones prohibiendo la terapia de conversión en otros países han sido beneficiosas para la comunidad LGBT.	.99	<.0001
E42. En la República Dominicana también necesitamos leyes o legislaciones que prohíban la terapia de conversión.	.78	<.0001

Nota: *r* = El Coeficiente de la Correlación de Pearson.

#### Consistencia interna (Alpha) del CTTC

La consistencia interna del CTTC fue evaluada con 42 temas distribuidos a través de las áreas A-E en el CTTC. Esto permitió determinar si los temas en el CTTC miden la misma dimensión a través de cinco áreas en el CTTC (esto es, A, B, C, D, y E). En este análisis, las repuestas de los 45 participantes (todos los grupos) durante la primera administración del CTTC fueron examinadas con la correlación *alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach (Aday y Cornelius, 2006). En términos de resultados con alpha globales (N = 42 temas),

$\alpha = .83$ , lo que indica una consistencia interna muy buena entre todos los 42 temas en el CTTC. En términos de los resultados a través de las áreas A-E, la consistencia interna osciló entre aceptable y muy buena: **A** ( $\alpha = .73$ ), **B** ( $\alpha = .81$ ), **C** ( $\alpha = .61$ ), **D** ( $\alpha = .83$ ), y **E** ( $\alpha = .79$ ). La consistencia interna global (N = 42 temas) también fue evaluada para cada uno de los tres grupos que osciló entre aceptable y muy buena a través de los grupos. Para el **Grupo 1**  $\alpha = .72$ ; **Grupo 2**  $\alpha = .82$ , y  $\alpha = .83$  para el **Grupo 3**. En el caso de esas cinco áreas del CTTC y sus temas (ej., áreas A con 10 temas), la consistencia

interna ( $\alpha$ ) en cada área del CTTC a través de los tres grupos también osciló entre muy aceptable y muy buena: Grupo 1 = .57-.89 para los 42 temas distribuidos a través de las áreas A-E; Grupo 2 = .64-.82, y Grupo 3 = .71-.85. El Cronbach alpha global (N = 42 temas) durante la repetición (test-retest) del CTTC con 30 participantes fue  $\alpha = .83$ , lo que indica una buena consistencia interna. En el caso de esas cinco áreas (A-E) en el CTTC durante la repetición del CTTC, la consistencia interna osciló entre aceptable y muy buena: **A:**  $\alpha = .61$ , **B:**  $\alpha = .82$ , **C:**  $\alpha = .63$ , y **D:**  $\alpha = .85$ , y **E:**  $\alpha = .83$ ).

Resultados generales a través de los grupos en el CTTC

Las Tablas 2-3 incluyen las respuestas que los participantes dieron a los temas distribuidos a través de las áreas A y B en el CTTC y en cada uno de los tres grupos. El título en cada tabla corresponde con el título del área particular en el CTTC. La Tabla 2 incluye los temas A1-A10 en el CTTC. Las diferencias no fueron significativas a través de la respuesta de los grupos en la mayoría de los temas, con la excepción de que los psicólogos en los Grupos 1 y 3 mostraron más desacuerdo con el tema A10 ("Miedo a perder la fe en Dios"), en comparación con el Grupo 2 ( $\chi^2 = 18.29, p < .011$ ).

TABLA 2.

Razones que una persona con una orientación homosexual/bisexual pudiera ofrecer para explicar porque decide ser tratado con la terapia de conversión.

	Grupo 1 N=15	Grupo 2 N=15	Grupo 3 N=15	$\chi^2$	Valor $p^1$
A1. Creencias religiosas.					
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	2 (13.3%)	3 (20.0%)	12.78	ns.
En Desacuerdo	2 (13.3%)	0 (0%)	3 (20.0%)		
Indiferente/ Neutral	0 (0%)	4 (26.7%)	2 (13.3%)		
De Acuerdo	9 (60.0%)	6 (40.0%)	3 (20.0%)		
Muy de Acuerdo	4 (26.7%)	3 (20.0%)	4 (26.7%)		
A2. Sentirse rechazado por la comunidad religiosa.					
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)	8.99	ns
En Desacuerdo	1 (6.7%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)		
Indiferente/ Neutral	2 (13.3%)	3 (20.0%)	4 (26.7%)		
De Acuerdo	6 (40.0%)	7 (46.6%)	3 (20.0%)		
Muy de Acuerdo	6 (40.0%)	3 (20.0%)	3 (20.0%)		
A3. El deseo de tener una vida heterosexual "normal".					
Muy En Desacuerdo	2 (13.3%)	2 (13.3%)	3 (20.0%)	7.95	ns
En Desacuerdo	2 (13.3%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)		
Indiferente/ Neutral	6 (40.0%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)		
De Acuerdo	4 (26.7%)	9 (60.0%)	8 (53.3%)		
Muy de Acuerdo	1 (6.7%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)		
A4. Sentirse rechazado por la familia.					
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	1 (6.7%)	5 (33.3%)	11.01	ns
En Desacuerdo	1 (6.7%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)		
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)		
De Acuerdo	7 (46.6%)	9 (60.0%)	5 (33.3%)		
Muy de Acuerdo	6 (40.0%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)		
A5. Sentirse depresivo(a) o ansioso(a) debido a la orientación homosexual/bisexual.					
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)	15.92	ns
En Desacuerdo	1 (6.7%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)		
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	3 (20.0%)	0 (0%)		
De Acuerdo	7 (46.6%)	5 (33.3%)	6 (40.0%)		
Muy de Acuerdo	6 (40.0%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)		
A6. El estigma de la sociedad en contra de la orientación homosexual/bisexual.					
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	1 (6.7%)	5 (33.3%)	13.88	ns
En Desacuerdo	3 (20.0%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)		
Indiferente/ Neutral	0 (0%)	3 (20.0%)	1 (6.7%)		
De Acuerdo	8 (53.3%)	8 (53.3%)	3 (20.0%)		
Muy de Acuerdo	4 (26.7%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)		



	Grupo 1 N=15	Grupo 2 N=15	Grupo 3 N=15	$\chi^2$	Valor $p^1$
A7. El deseo de casarse o tener una familia en una relación heterosexual.					
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	3 (20.0%)	3 (20.0%)	11.79	ns
En Desacuerdo	3 (20.0%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)		
Indiferente/ Neutral	3 (20.0%)	4 (26.7%)	2 (13.3%)		
De Acuerdo	9 (60.0%)	3 (20.0%)	4 (26.7%)		
Muy de Acuerdo	0 (0%)	2 (13.3%)	4 (26.7%)		
A8. El miedo de que la orientación homosexual/ bisexual pudiera implicar conductas de riesgo (ej., promiscuidad, sexo sin condones) que terminan en problemas con la salud del individuo (ej., SIDA, uso de drogas, alcoholismo).					
Muy En Desacuerdo	3 (20.0%)	3 (20.0%)	3 (20.0%)	6.52	ns
En Desacuerdo	3 (20.0%)	3 (20.0%)	5 (33.3%)		
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)		
De Acuerdo	8 (53.3%)	4 (26.7%)	3 (20.0%)		
Muy de Acuerdo	0 (0%)	2 (13.3%)	2 (13.3%)		
A9. Cansado de seguir batallando con la orientación homosexual/bisexual.					
Muy En Desacuerdo	3 (20.0%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)	12.58	ns
En Desacuerdo	3 (20.0%)	2 (13.3%)	5 (33.3%)		
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	4 (26.7%)	1 (6.7%)		
De Acuerdo	7 (46.7%)	6 (40.0%)	1 (6.7%)		
Muy de Acuerdo	1 (6.7%)	2 (13.3%)	4 (26.7%)		
A10. Miedo de perder la fe en Dios.					
Muy En Desacuerdo	3 (20.0%)	1 (6.7%)	6 (40.0%)	18.29	< .011
En Desacuerdo	8 (53.3%)	2 (13.3%)	4 (26.7%)		
Indiferente/ Neutral	0 (0%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)		
De Acuerdo	4 (26.7%)	8 (53.3%)	2 (13.3%)		
Muy de Acuerdo	0 (0%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)		

<sup>1</sup>.  $p > 0.05$ , con la excepción del tema A10,  $p < 0.05$ .

La Tabla 3 incluye la distribución de las respuestas a los 10 temas (B11-B20) en el CTTC. La mayoría de los participantes en los tres grupos estuvieron “de acuerdo” con esos temas (ej., “Sentirse aceptado, no solitario”,

“Ayuda a discutir los problemas familiares”, “Ayuda a prevenir la depresión, ansiedad”, etc.). Sin embargo, las diferencias no fueron significativas a través de los tres grupos con ninguno de los 10 temas en la Tabla 3.

TABLA 3.

Razones que una persona con una orientación homosexual/bisexual pudiera ofrecer para explicar porque decide ser tratado con terapias tradicionales, pero sin la meta de cambiar esa orientación con el enfoque de la terapia de conversión

	Grupo1 N=15	Grupo 2 N=15	Grupo 3 N=15	$\chi^2$	Valor $p^1$
B11. Sentirse aceptado, no solitario.					
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	0 (0%)	3 (20.0%)	13.72	ns
En Desacuerdo	0 (0%)	0 (0%)	2 (13.3%)		
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)		
De Acuerdo	10 (66.6%)	7 (46.7%)	4 (26.7%)		
Muy de Acuerdo	4 (26.7%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)		
B12. Ayuda a discutir problemas familiares.					
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)	10.05	ns
En Desacuerdo	0 (0%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)		
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	2 (13.3%)	0 (0%)		
De Acuerdo	12 (80.0%)	8 (53.30%)	6 (40.0%)		
Muy de Acuerdo	2 (13.3%)	3 (20.0%)	5 (33.3%)		
B13. Ayuda a prevenir la depresión, ansiedad					
Muy En Desacuerdo	1 (6.7%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)	6.56	ns
En Desacuerdo	0 (0%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)		
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	0 (0%)	0 (0%)		
De Acuerdo	8 (53.3%)	6 (40.0%)	8 (53.3%)		
Muy de Acuerdo	5 (33.3%)	4 (46.7%)	3 (20.0%)		
B14. Ayuda a prevenir pensamiento suicida					
Muy En Desacuerdo	1 (6.7%)	0 (0%)	2 (13.3%)		
En Desacuerdo	0 (0%)	0 (0%)	3 (20.0%)		

	Grupo1 N=15	Grupo 2 N=15	Grupo 3 N=15	X <sup>2</sup>	Valor p <sup>1</sup>
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0%)		
De Acuerdo	8 (53.3%)	9 (60.0%)	5 (33.3%)		
Muy de Acuerdo	5 (33.3%)	5 (33.3%)	5 (33.3%)	10.18	ns
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	0 (0%)	1 (6.7%)		
En Desacuerdo	0 (0%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)		
Indiferente/ Neutral	0 (0%)	1 (6.7%)	0 (0%)		
De Acuerdo	12 (80.0%)	8 (53.3%)	11 (73.3%)		
Muy de Acuerdo	3 (20.0%)	4 (26.7%)	2 (13.3%)	7.5	ns
Muy En Desacuerdo	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0%)		
En Desacuerdo	2 (13.3%)	1 (6.7%)	0 (0%)		
Indiferente/ Neutral	0 (0%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)		
De Acuerdo	11 (73.3%)	9 (60.0%)	7 (46.6%)		
Muy de Acuerdo	1 (6.7%)	2 (13.3%)	7 (46.6%)	12.09	ns
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	0 (0%)	2 (13.3%)		
En Desacuerdo	0 (0%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)		
Indiferente/ Neutral	2 (13.3%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)		
De Acuerdo	10 (66.7%)	9 (60.0%)	4 (26.7%)		
Muy de Acuerdo	3 (20.0%)	3 (20.0%)	5 (33.3%)	10.43	ns
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	0 (0%)	2 (13.3%)		
En Desacuerdo	1 (6.7%)	0 (0%)	1 (6.7%)		
Indiferente/ Neutral	0 (0%)	2 (13.3%)	0 (0%)		
De Acuerdo	11 (73.3%)	8 (53.3%)	8 (53.3%)		
Muy de Acuerdo	3 (20.0%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)	10.17	ns
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	0 (0%)	1 (6.7%)		
En Desacuerdo	1 (6.7%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)		
Indiferente/ Neutral	1 (6.7%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)		
De Acuerdo	10 (66.7%)	6 (40.0%)	4 (26.7%)		
Muy de Acuerdo	3 (20.0%)	6 (40.0%)	6 (40.0%)	8.10	ns
Muy En Desacuerdo	0 (0%)	0 (0%)	2 (13.3%)		
En Desacuerdo	3 (20.0%)	3 (20.0%)	3 (20.0%)		
Indiferente/ Neutral	4 (26.7%)	4 (26.7%)	0 (0%)		
De Acuerdo	6 (40.0%)	5 (33.3%)	2 (13.3%)		
Muy de Acuerdo	2 (13.3%)	3 (20.0%)	8 (53.3%)	14.77	ns

1. p &gt; 0.05

En el caso de los ocho temas que tratan las razones por las que una persona con una orientación homosexual/bisexual pudiera ser transferido a otro psicólogos (C21-C28, ver Tabla 1), la única diferencia significativa en los tres grupos fue que los psicólogos que utilizan la terapia de conversión (Grupo 3), mostraron más acuerdos que el tema C28: "El psicólogo considera la homosexualidad/bisexualidad una enfermedad mental y recomienda la terapia de conversión la cual no es aceptada por el cliente/paciente", en comparación con los Grupos 1 y 2 que mostraron más desacuerdos con ese tema ( $x^2=16.50$ ,  $p < .030$ ).

En el caso de los tema D29-D40 (ver Tabla 1) que tratan sobre observaciones de

organizaciones científicas en contra de la terapia de conversión, los psicólogos en el Grupo 1 mostraron más acuerdo con las organizaciones científicas que afirman que los profesionales que usan esa terapia porque ellos consideran la homosexualidad una enfermedad que debe ser "curada" (tema D30, Tabla 1). Mientras que aquellos en el Grupo 3 mostraron más desacuerdo con ese tema ( $x^2 = 22.03$ ,  $p < .005$ ). Similarmente, los psicólogos en el Grupo 1 estuvieron más de acuerdo y aquellos en el Grupo 3 más en desacuerdo con el tema D31 que trata con creencias negativas en contra de esa terapia ( $x^2 = 22.90$ ,  $p < .004$ ). En el caso del tema D32 (carencia de datos empíricos apoyando esa terapia), las diferencias entre el Grupo 1 (de acuerdo) y el Grupo 3 (desacuerdo) fue

también significativa ( $\chi^2=19.00$ ,  $p < .011$ ). Finalmente, los psicólogos que reportaron utilizar la terapia de conversión (Grupo 3) estuvieron más predispuestos a estar en desacuerdo con el tema D39 ( $\chi^2 = 15.69$ ,  $p < .047$ ): “La terapia de conversión puede resultar en efectos negativos”.

En relación con temas que tratan sobre leyes o legislaciones en el CTTC (E41 y E42, ver Tabla 1), los psicólogos en el Grupo 1 y el Grupo 2 estuvieron más de acuerdo con el tema E41 ( $\chi^2 = 32.95$ ,  $p < .0001$ ), en comparación a los psicólogos en el Grupo 3 los cuales estuvieron más en desacuerdo con ese tema (leyes prohibiendo la terapia de conversión). Los psicólogos en el Grupo 1 y el Grupo 2 también estuvieron más de acuerdo con el tema E42 ( $\chi^2 = 22.03$ ,  $p < .002$ , en comparación con los psicólogos en el Grupo 3 los cuales mostraron más desacuerdos con ese tema (la importancia de tener leyes que prohíban esa terapia en la República Dominicana).

En términos de los resultados pertinentes a las terapias convencionales utilizadas por el Grupo 3 (temas F43-F49), todos los psicólogos ( $n = 15$ , 100%) en el Grupo 3 reportaron utilizar la terapia individual (tema F43), y la mayoría (93%) reportó la terapia familiar (F44), seguido por la terapia cognitiva-conductual (87%, F47), y la modificación de conducta (80%, F48). El uso de la terapia de grupo (F45) fue reportado por el 53.3% de los participantes, y la terapia psicodinámica o psicoanálisis (F46) fue reportada por el 53.3% de los participantes en el Grupo 3. El 33% en este grupo reportó otras terapias (tema F49, en el CTTC). Estos resultados evidencian la observación anterior en términos de que la terapia de conversión no es una “terapia” en sí misma, pero un enfoque que utiliza varias terapias tradiciones con la intención de cambiar la orientación sexual de un individual que se identifica como homosexual o bisexual.

## DISCUSIÓN

En general, en comparación con los psicólogos clínicos en los Grupos 1 y 2 los psicólogos en el Grupo 3 reportaron más opiniones negativas en contra de la orientación homosexual/bisexual, mostraron más oposición al establecimiento de leyes para prohibir el uso de esa terapia, y tampoco consideraron que esa terapia puede resultar en efectos negativos (ej., suicidio). Los psicólogos en el Grupo 3 también consideraron que la homosexualidad es una enfermedad mental que puede ser tratada con la terapia de conversión, independientemente de si esa terapia es aceptada por el cliente lo que podría resultar en problemas éticos (ej., coerción en participar en esa terapia).

Los resultados de esta investigación ayudan a los profesionales de la salud mental a tener un conocimiento de los temas que son controversiales en la práctica clínica con énfasis en la terapia de conversión. Esto se demostró con una revisión de la literatura y los desacuerdos entre los psicólogos clínicos que, en esta investigación, afirmaron usar la terapia de conversión y aquellos que reportaron no usarla. Esos resultados también ofrecen a las comunidades de gays, lesbianas, bisexuales, y transexuales con un conocimiento empírico respecto a las controversias en el uso de la terapia de conversión, ya que en esas comunidades existe la preocupación de que esta terapia es utilizada por algunos profesionales de la salud mental (Dunker, 2010).

Esta investigación provee la metodología para el diseño de una investigación empírica para comparar la opinión de profesionales de la salud mental en torno a la terapia de conversión entre diferentes países en América Latina. Por ejemplo, la administración del CTTC entre los países de la región Caribeña (ej., Cuba, Puerto Rico, República Dominicana, etc.) y entre los países en las regiones de América Central (ej., Honduras, Nicaragua, etc.) y América del Sur (ej.,

Argentina, Colombia, Paraguay, etc.) podría ofrecer datos empíricos comparativos en relación a la opinión de esos profesionales sobre el estado de la terapia de conversión en esas regiones. Esta investigación comparativa es importante debido a que esa terapia no es prohibida en todas esas regiones (Paniagua et al., 2020). Esto podría implicar resultados diferentes con el CTTC en regiones donde esa terapia es prohibida (ej., Puerto Rico) en comparación a resultados donde la misma terapia no es prohibida (ej., República Dominicana).

#### Limitaciones

La muestra (N = 45) incluyó psicólogos clínicos ejerciendo en Santo Domingo (Distrito Nacional), República Dominicana, lo que impide generalizar los resultados a través de las 31 provincias en este país. La repetición del CTTC a través de todas las regiones (provincias y el Distrito Nacional) en ese país podría proveer resultados para validar la utilidad del CTTC con muestras representativas en esas regiones. El aumento de la muestra (i.e., > 45) también fortalecería las conclusiones con énfasis en la generalización de los resultados (Lipsey, 1990).

Además, las propiedades psicométricas del CTTC tienen que ser investigada con una muestra más grande, pues los resultados relacionados con la confiabilidad y la consistencia interna de CTTC son preliminares. En futuros estudios, un análisis factorial también fortalecerá los aspectos psicométricos del CTTC. Los resultados de esas comparaciones empíricas también son beneficiosos en la formulación de leyes prohibiendo la terapia de conversión, particularmente en los países donde esa terapia es muy controversial.

#### Cumplimiento con Estándares de la Ética en la Investigación

**Financiamiento:** Esta investigación no fue financiada.

**Conflicto de intereses:** Los autores expresan que no hubo conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

**Aprobación de la Junta Institucional para la Protección de Sujetos Humanos:** Esta investigación fue aprobada en el Memorandum No. 632/18/d/f. 23 de octubre de 2018, y dictado por un jurado de revisión de tesis de grado (Licenciatura en Psicología) en la Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.

**Consentimiento o Asentimiento Informado:** Sí, hubo consentimiento informado. El criterio para determinar el consentimiento para participar en esta investigación fue la decisión personal del participante en retornar al primer autor en conjunto con el *Cuestionario de Temas en la Terapia de Conversión (CTTC)*.

#### REFERENCIAS

- Aday, L. A., y Cornelius, L.J. (2006). *Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide* (3rd Edition). John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (1974). Position statement on homosexuality and civil rights. *American Journal of Psychiatry*, 131 (4), 496. <https://doi.org/10.1176/ajp.1974.131.4.496>
- American Psychiatric Association. (2000). Position statement on therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies). *American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1719-1721.
- American Psychological Association. (1998). Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation. *American Psychologist*, 53, 934-935.
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients.

- American Psychologist*, 67(1), 10-42.  
doi: 10.1037/a0024659
- Bartlett, A., Smith, G., y King, M. (2009). The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation. *BMC Psychiatry*, 9(11), 1-8. doi: [10.1186/1471-244X-9-11](https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-11)
- Beckstead, A. L., y Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, 32(5), 651-690. <https://doi.org/10.1177/0011000004267555>
- Cianciotto, J., y Cahill, S., (2006). *Youth in the crosshairs: the third wave of ex-gay activism*. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute. <http://www.welcomingresources.org/crosshairs.pdf>
- Cohen, J. (1994). The earth is round ( $p < .05$ ). *American Psychologists*, 49, 997-1003. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.12.997>
- Drescher, J. (2001). Ethical concerns raised when patients seek to change same-sex Attraction. In A. Shidlo, M. Schroeder, y J. Drescher (Eds.), *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical, and research perspectives* (pp. 181-208). Haworth Medical Press.
- Dunker, J. (2010). *La homosexualidad al desnudo*. Editora Búho.
- Fasano, G., y Franceschini, A. (1987). A multidimensional version of the Kolmogorov-Smirnov test. *Monthly Notices of the Royal Astronomical Society*, 225(1), 155-170. <https://doi.org/10.1093/mnras/225.1.155>
- Flentje, A., Heck, N. C., y Cochran, B. N. (2014). Experiences of Ex-Ex-Gay Individuals in Sexual Reorientation Therapy: Reasons for Seeking Treatment, Perceived Helpfulness and Harmfulness of Treatment, and Post-Treatment Identification. *Journal of Homosexuality*, 61(9), 1242-1268. doi: 1080/00918369.2014.926763
- Forstein, M. (2002). Overview of ethical and research issues in sexual orientation therapy. *Journal of Gay y Lesbian Psychotherapy*, 5(3/4), 167-179. [https://doi.org/10.1300/J236v05n03\\_10](https://doi.org/10.1300/J236v05n03_10)
- Haldeman, D. C. (1999). The Pseudo-science of sexual orientation conversion therapy. *Angles: The Policy Journal of the Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies*, 4(1), 1-4. <http://www.drdoughaldeman.com/doc/Pseudo-Science.pdf>
- Haldeman, D, C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation Conversion therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3) 260–264 DOI: 10.1037//0735-7028.33.3.260
- Haldeman, D. C. (2004). When sexual and religious orientation collide: Considerations in working with conflicted same-sex attracted male clients. *The Counseling Psychology*, 12(5), 691-715. <https://doi.org/10.1177/0011000004267560>
- Hernández Santiago, M., y Toro-Alfonso, J. (2010). La cura que es (lo) cura: Una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. *Revista Salud y Sociedad*,
- Justel, A., Peña, D., y Zamar, R. (1997). A multivariate Kolmogorov-Smirnov test of goodness of fit. *Statistics y Probability Letters*, 35, 251-259. [https://doi.org/10.1016/S0167-7152\(97\)00020-5](https://doi.org/10.1016/S0167-7152(97)00020-5)
- Kline, R. B. (2013). *Beyond significance testing: Statistics reform in the behavioral sciences*. (2<sup>nd</sup> Ed.). American Psychological Association.
- Queiroz, J., D'elio, F., y Maas, D. The "ex-gay movement" in Latin American: Therapy and Ministry in the Exodus Network. <http://www.politicalresearch.org/wp-content/uploads/downloads/2013/04/Ex-Gay-Movement-in-Latin-America.pdf>
- Law, S. (2007). Aquinas on homosexuality. <http://stephenlaw.blogspot.com/2007/03/aquinas-on-homosexuality.html>

- Lingiardi, V., Nardelli, N., y Tripodi, E. (2015). Reparative attitudes of Italian psychologists toward lesbian and gay clients: Theoretical, clinical, and social implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(2), 132-139. <https://doi.org/10.1037/pro0000016>
- Lipsey, M. W. (1990). *Design sensitivity: Statistical power for experimental research*. Sage Publications.
- Maccio, E. M. (2011) Self-reported sexual orientation and identity before and after sexual reorientation therapy. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 242-259. doi: [10.1080/19359705.2010.544186](https://doi.org/10.1080/19359705.2010.544186)
- McGeorge, C. R., Carlson, T. S., y Toomey, R. B. (2013). An exploration of family therapists; beliefs about the ethics of conversion therapy: The influence of negative beliefs and clinical competence with lesbian, gay, and bisexual clients. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 41(1), 42-56. <https://doi.org/10.1111/jmft.12040>
- Mehta, C.R., y Patel, N.R. (1983). A network algorithm for performing the Fisher's Exact test in r x c contingency tables. *Journal of the American Statistical Association*, 78, 427-434. doi: 10.2307/2288652
- Morrow, S. L., y Beckstead, A. L. (2004). Conversion therapies for same-sex attracted clients in religious conflict: Context, predisposing factors, experiences, and implications for therapy. *The Counseling Psychologist*, 32, 641-650. <https://doi.org/10.1177/0011000004268877>
- Moss, I. (2014). Ending reparative therapy in minors: an appropriate legislative response. *Family Court Review*, 52(2), 316-329. <https://doi.org/10.1111/fcre.12093>
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., y Potts, R. W. (2000). Retrospective self-report of changes in homosexual orientation: A consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports*, 86(3), 1071-1088. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3c.1071>
- Onyenuru, P. O. (2015). Thomas Aquinas on Homosexuality: Natural or Unnatural Behaviour? [http://www.academia.edu/19659799/Aquinas\\_on\\_Homosexuality](http://www.academia.edu/19659799/Aquinas_on_Homosexuality).
- Paniagua, F. A. (2016, 10 de abril). *¿Puede la terapia de conversión transformar a niños y adolescentes con una orientación homosexual a heterosexuales?* [Presentación de ponencia]. XIII Congreso Caribeño de Psicología, Fundación para el Desarrollo de la Psicología en el Caribe (FUNDEPSIC), Santo Domingo, República Dominicana.
- Paniagua, F. A., Black, S. A., y Hidalgo, G. (2020). *Estado de la terapia de conversión en el mundo*. [Manuscrito en preparación]. Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, University of Texas Medical Branch-Galveston.
- Queiroz, J., D'Elio, F., y Maas, D. (2013). *The "exgay" movement in Latin America: Therapy and ministry in the Exodus Network*. Somerville, MA: Political Research Associated. <https://www.politicalresearch.org/ex-gay-movement-latin-america>
- Shidlo, A., y Schroeder, M. (2002). Changing sexual orientation: A consumers' report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249-259. doi:10.1037//0735-7028.33.3.249
- Shroeder, M., y Shidlo, A. (2001). Ethical issues in sexual orientation conversion therapies: An empirical study of consumers. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 5(3/4), 131-166. doi: [10.1300/J236v05n03\\_09](https://doi.org/10.1300/J236v05n03_09)
- Spitzer, R. L. (2012). Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 757. doi:10.1007/s10508-012-9966-y
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2015).

- Ending Conversion Therapy: Supporting and Affirming LGBTQ Youth*. HHS Publication No. (SMA) 15-4928. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tozer, E. E., y Hayes, J. A. (2004). Why do individuals seek conversion therapy? The role of religiosity, internalized homonegativity, and identity development. *The Counseling Psychologist*, 32, 716-740. <https://doi.org/10.1177/0011000004267563>
- Tozer, E. E., y McClanahan, M. K. (1999). Treating the purple menace: ethical considerations of conversion therapy and affirmative alternatives. *The Counseling Psychologist*, 27(5), 722-742. <https://doi.org/10.1177/0011000099275006>
- Villa Romero, A. R., Altamirano, L. M., y García de la Torre, G. S. (2012). *Epidemiología y estadística en salud pública*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Yarhouse, M. A., y Throckmorton, W. (2002). Ethical issues in attempts to ban reorientation therapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 66-75. doi: 10.1037//0033-3204.39.1.66