

**HOMOSEXUALIDAD Y ESPERANZA
DECLARACION DE LA ASOCIACION MÉDICA CATOLICA, DE EEUU**

INDICE

I CONSIDERACIONES

Introducción

1. No es innato.
2. Atracción por el mismo sexo, como síntoma.
3. La atracción por el mismo sexo puede prevenirse.
4. Se está al riesgo, no predestinado.
5. Terapia
6. Fines de la terapia.

II RECOMENDACIONES

1. Atención a personas que sienten atracción por el mismo sexo.
2. El papel del sacerdote
3. Profesionales de la salud católicos
4. Profesores en instituciones católicas
5. Familias católicas
6. La comunidad católica
7. Los Obispos.
8. Esperanza.

PRIMERA PARTE

CONSIDERACIONES.

INTRODUCCION

La Asociación Médica Católica (EEUU) se dedica a mantener los principios de la Fe Católica en todo lo que se relaciona con la práctica de la medicina y a promover los principios éticos Católicos en la profesión médica, incluyendo profesionales de salud mental, el clero y el público en general.

Ningún tema ha causado más revuelo en la década pasada que el de la homosexualidad, y por ello la Asociación Médica Católica Americana (AMCA) presenta el siguiente resumen y examen de la cuestión en el momento actual. Este resumen se basa en gran medida en las conclusiones de varios estudios, y pone énfasis a la consistencia de las enseñanzas de la Iglesia y de estos estudios. Es de esperar que esta revisión servirá también como instrumento de educación y de referencia para el clero Católico, los médicos, el personal de salud mental, educadores, padres, y para el público en general.

AMCA apoya las enseñanzas de la Iglesia Católica, como ha sido expuesta en la versión revisada del Catecismo de la Iglesia Católica, especialmente las enseñanzas en materia de sexualidad. “Todos los bautizados están llamados a vivir la castidad” (CIC, n.2348) “Los casados están llamados a vivir la castidad matrimonial; los demás viven la castidad en forma de continencia” (CIC 2349) “...la tradición ha afirmado siempre que los actos homosexuales son intrínsecamente desordenados... No pueden ser aprobados bajo ninguna circunstancia.” (CIC 2333)

Es posible, con la ayuda de la Gracia de Dios, para todas las personas el vivir la castidad, incluyendo aquellos que sienten atracción homosexual, como el Cardenal George, Arzobispo de Chicago, ha expresado en lenguaje muy fuerte, en su discurso a la Asociación Nacional Diocesana Católica para el ministerio a Lesbianas y Homosexuales. “Negar que el poder de la Gracia hace que aquellos que experimentan atracción homosexual, puedan vivir la castidad, es negar, en efecto, que Jesús ha resucitado de entre los muertos”

(George, 1999).

Ciertamente hay circunstancias tales como desórdenes psicológicos y experiencias traumáticas, que pueden, a veces, hacer tal castidad más difícil, y aún hay condiciones que pueden disminuir significativamente la responsabilidad individual, en casos de faltas contra la castidad. Sin embargo, tales circunstancias y condiciones, no niegan la libertad de conciencia, ni eliminan el poder de la gracia. Aunque muchos hombres y mujeres que se sienten atraídos homosexualmente, dicen que esos deseos sexuales fueron experimentados como un “hecho dado” (Chapman, 1987 ¹) esto no puede implicar una predeterminación genética o una condición inmutable. Algunos se rindieron a la atracción por personas del mismo sexo porque se les dijo que habían nacido con esa inclinación, y que era imposible cambiar el tipo de atracción sexual. Tales personas pueden creer que es fútil y sin esperanza el resistir tal atracción, de modo que abrazan la identidad gay.* Estas personas, entonces, pueden sentirse oprimidas por el hecho que la sociedad y la religión, en especial la Iglesia Católica, no acepta que tales deseos se expresen a través del acto sexual.

(Schreier 1998²)

Los trabajos citados en este informe contradicen el mito de que la atracción homosexual sea genéticamente predeterminada y que no se pueda cambiar, y ofrece esperanzas para la prevención y el tratamiento.

1. NO ES INNATO.

Un número de investigadores han intentado encontrar una causa biológica para la atracción homosexual. Los medios de comunicación han popularizado la idea de que un “gene gay” ya habría sido descubierto. (Burr 1996 ³), pero a pesar de los numerosos intentos, ninguno de los estudios mas difundidos (Hamer 1993 ⁴; LeVay 1991 ⁵) han podido ser reproducidos. (Gadd 1998) Un número de autores han revisado cuidadosamente tales estudios y encontraron que no sólo no demuestran una base genética para la atracción homosexual, sino que ni siquiera pretenden tener evidencia científica para tal afirmación. (Byne 1963⁶; Crewdson 1995 ⁷; Goldberg 1992; Horgan 1995 ⁸; McGuire 1995⁹; Porter 1996; Rice 1999¹⁰)

Si la atracción homosexual fuera genética, entonces uno esperaría que los mellizos idénticos tuvieran la misma orientación sexual. Sin embargo, hay numerosos casos de mellizos idénticos que no son idénticos en su orientación sexual. (Bailey 1991¹¹; Eckert 1986; Friedman 1976; Green 1974; Heston 1968; McConaghy 1980; Rainer 1960; Zuger 1976) La historia de casos con frecuencia revela factores del medio ambiente que explican el desarrollo de distintos modelos de atracción sexual en niños genéticamente idénticos, lo que apoya la teoría de que la atracción homosexual es el producto de la interacción de una variedad de factores ambientales. (Parker 1964¹²).

Sin embargo, hay intentos frecuentes de convencer al público que la atracción homosexual tiene base genética. (Marmor 1975¹³) Tales esfuerzos pueden ser motivados por política, porque la gente tiende a responder más positivamente a exigencias de cambio en política o en doctrina religiosa, cuando están convencidas de que la atracción sexual es genéticamente determinada, e inmutable. (Ernulf 1989¹⁴; Piskur 1992¹⁵) Otros han intentado probar la base genética de la atracción homosexual para poder apelar a las cortes en busca de derechos basados en la inmutabilidad.”(Green 1988¹⁶)

Los católicos creen que la sexualidad fue estructurada por Dios como un signo del amor de Cristo, el novio, a su novia, la Iglesia, y por consiguiente, la actividad sexual es adecuada solamente dentro del matrimonio. Un desarrollo psico-sexual saludable lleva naturalmente a la atracción de personas por el sexo opuesto. Traumatismos, errores educacionales y el pecado puede causar una desviación de esta conducta.. Las personas no deben ser identificadas por sus conflictos emocionales o de desarrollo, como si tal fuera su identidad esencial. En el debate entre esencialismo y estructuración social, el que crea en la ley natural aceptará que los seres humanos tienen una naturaleza esencial -- ya sea macho o hembra -- y que las inclinaciones pecaminosas -- tales como el deseo de involucrarse en actividad homosexual -- son estructuras que pueden, por lo tanto, ser desestructuradas.

Es por lo tanto probablemente prudente evitar siempre que sea posible, usar las palabras “homosexual” y “heterosexual” como sustantivos, ya que tal uso sugiere un estado inmutable y una equivalencia entre el estado natural de hombre y mujer, como Dios los creó, y aquellos que experimentan atracción o conducta hacia personas del mismo sexo.

2. ATRACCION HACIA EL MISMO SEXO, COMO SINTOMA.

Las personas se sienten atraídas por personas del mismo sexo por distintas razones. Si bien hay modelos de desarrollo con aspectos similares, cada individuo es único, con una historia personal. En las historias de personas que se sienten atraídas por otros del mismo sexo, uno encuentra frecuentemente uno o más de los siguientes:

Alienación del padre en la infancia, porque el padre fue percibido como hostil, distante, violento o alcohólico. (Apperson 1968¹⁷; Bene 1965¹⁸; Bieber 1962¹⁹; Fisher 1996²⁰; Pillard 1988²¹; Sipova 1983²²).

La madre fue sobre protectora (niños hombres), (Bieber, T. 1971²³; Bieber 1962²⁴ Snortum 1969²⁵)

La madre era necesitada de afecto y exigente con los niños, (Fitzgibbons 1999²⁶)

Madre emocionalmente vacua (niñas), (Bradley 1997²⁷; Eisenbud 1982²⁸)

Los padres no fomentaron la identificación con el propio sexo (Zucker 1995²⁹)

Ausencia de juegos más o menos violentos (niños). (Friedman 1980³⁰; Hadden 1967^a 31)

Falta de identificación con sus iguales del mismo sexo, (Hockenberry 1987 32; Whitman 1977 33)

Aversión a los juegos por equipo (niños), (Thompson 1973³⁴)

Falta de coordinación de la mano con la vista, que lleva a pullas de los iguales (niños), (Bailey 1993 35; Fitzgibbons 1999³⁶; Newman 1976³⁷)

Abuso sexual o violación, (Beitchman 1991³⁸; Bradley 1997³⁹; Engel 1981⁴⁰; Finkelhor 1984; Gundlach 1967⁴¹)

Fobia social o timidez extrema, (Golwyn 1993⁴²)

Pérdida de un padre por muerte o divorcio (Zucker 1995)

Separación de un padre durante una etapa crítica del desarrollo (Zucker 1995)

En algunos casos, la atracción sexual homoerótica o la actividad ocurre en un paciente con algún otro diagnóstico psicológico, tal como:

Depresión grave, (Fergusson, 1999⁴³)
Ideas de suicidio (Herrell 1999),
Neurosis de angustia generalizada,
Abuso de drogas,
Desórdenes de conducta de adolescentes,
Personalidades psicopáticas marginales, (Parris 1993⁴⁴; Zubenko 1987⁴⁵)
Esquizofrenia , (Gonsiorek 1982 ⁴⁶)
Narcisismo patológico. (Bychowski 1954⁴⁷; Kaplan 1967 ⁴⁸)

En unos pocos casos, la conducta homosexual aparece tarde en la vida como respuesta a un trauma, tal como el aborto, (Berger 1994⁴⁹; deBeauvoir 1953) o profunda soledad (Fitzgibbons 1999)

3. LA ATRACCION HOMOEROTICA PUEDE PREVENIRSE.

Si las necesidades emocionales y de desarrollo de cada niño se satisfacen adecuadamente tanto por la familia como por sus iguales, el desarrollo de atracción homoerótica es muy poco probable. Los niños necesitan cariño, alabanzas y aceptación por ambos padres, por sus hermanos y por sus iguales. Tales situaciones familiares y sociales, sin embargo, no siempre se establecen con facilidad y las necesidades de los niños pueden no ser fácilmente reconocibles. Algunos padres pueden estar luchando con sus propios problemas y ser incapaces de proporcionar la atención y el apoyo que el niño requiere. Algunas veces los padres hacen esfuerzos grandes, pero la personalidad del niño hace que el apoyo y la educación sean más difíciles. Algunos padres reconocieron signos incipientes y buscaron atención y consejo profesional, y se les dio consejos inadecuados y a veces erróneos.

El Diagnostic and Statistical Manual IV (APA 1994⁵⁰) de la Asociación

Psiquiátrica Americana ha definido la Desordenada Identidad de Género (GID) en niños como una fuerte y persistente identificación con el género opuesto, insatisfacción con el propio sexo, y preferencia por papeles del sexo opuesto en juegos o fantasías. Algunos investigadores (Friedman 1988, Phillips 1992⁵¹) han identificado otro síndrome no tan pronunciado en niños –sentimientos crónicos de no ser masculinos. (unmasculinity). Estos niños, si bien no se envuelven en ningún juego de sexualidad cruzada, o tales fantasías, se sienten profundamente inadecuados en su masculinidad y tienen una reacción casi fóbica a los juegos violentos en la infancia y mucha aversión a deportes de equipos. Varios estudios han mostrado que niños con Desordenada Identidad de Género y niños con sentimientos crónicos de no ser masculinos están expuestos al riesgo de homoeroticismo en la adolescencia. (Newman 1976; Zucker 1995; Harry 1989⁵²)

La identificación temprana (Hadden 1967⁵³) y la intervención profesional adecuada, si es apoyada por los padres, puede superar la Desordenada Identidad de Género (Rekers 1974⁵⁴; Newman 1976). Desgraciadamente, a muchos padres que expresan esta preocupación a su pediatra, se les dice que no se preocupen por eso. En algunos casos los síntomas y la preocupación de los padres pueden parecer que disminuyen, cuando el niño entra a la segunda o tercera preparatoria, pero a menos que reciban el tratamiento adecuado, los síntomas pueden reaparecer en la pubertad como intensa atracción homoerótica. Esta atracción parece ser resultado de la incapacidad de identificarse positivamente con el propio sexo.

Es importante que aquellos envueltos en el cuidado y educación de niños estén informados de los signos de la Desordenada Identidad de Género y la antimasculinidad juvenil crónica, y que conozcan los recursos disponibles para obtener ayuda adecuada para estos niños. (Bradley 1998, Brown 1963⁵⁵; Acosta 1975⁵⁶) Una vez convencidos de que la atracción homoerótica no es un desorden de origen genético, se puede esperar el éxito de la prevención y uno puede también tener esperanza de encontrar un modelo terapéutico que vaya a mitigar significativamente si no a eliminar la atracción homoerótica.

4. SE ESTA AL RIESGO, NO PREDESTINADO.

Mientras un número de estudios han mostrado que niños que han sido abusados sexualmente, niños que exhiben síntomas de GID, y niños con antimasculinidad crónica juvenil se encuentran al riesgo de la atracción homoerótica en la adolescencia y la edad adulta, es importante darse cuenta de que un porcentaje significativo de estos niños no llegan a ser homosexuales activos en la edad adulta. (Green 1985⁵⁷; Bradley 1998)

Para algunos, experiencias negativas en la niñez pueden ser contrarrestadas por interacciones positivas. Algunos hacen una decisión consciente de evitar las tentaciones. La presencia y el poder de la gracia de Dios, si bien no puede ser medido en todos los casos, no puede ser ignorado como factor que puede ayudar a los sujetos al riesgo para evitar la atracción homoerótica. El etiquetar a un adolescente, o peor, a un niño, como “homosexual” sin remedio hace un muy flaco servicio a la persona. Tales adolescentes o niños pueden, dada la intervención positiva adecuada, recibir consejos adecuados para poder superar el problema de traumatismos emocionales anteriores.

5. TERAPIA.

Aquellos que defienden la idea de que la orientación sexual es inmutable frecuentemente citan una discusión publicada, entre los Doctores C.C. Tripp y Lawrence Hatterer en la que el Dr. Tripp afirmó: “...no hay un solo caso registrado de cambio de orientación homosexual que haya sido validado por jueces o tests independientes. Kinsey no pudo encontrar uno solo. Ni tampoco Dr. Pomeroy ni yo hemos podido encontrar tal paciente. Nos gustaría mucho recibir alguno del Dr. Hatterer.” (Tripp & Hatterer 1971) Pero no citan la respuesta del Dr. Hatterer:

“Yo he ‘curado’ a muchos homosexuales, Dr. Tripp. El Dr. Pomeroy o cualquier otro investigador puede examinar mi trabajo que está documentado por diez años de grabaciones en cinta. Muchos de estos pacientes ‘curados’ (prefiero usar la palabra ‘cambiados’) se han casado, tienen familias y viven una vida feliz. Es un mito destructivo que ‘una vez

homosexual, siempre homosexual'. Esto ha hecho, y hará en el futuro millones de homosexuales convencidos. Y aún más, no solo yo sino muchos otros psiquiatras de prestigio (Los Doctores Samuel B. Hadden, Lionel Ovesey, Charles Socarides, Harold Lief, Irving Bieber, y otros) han reportado sus éxitos terapéuticos de homosexuales tratables." (Tripp & Hatterer 1971).

Un número de terapeutas han publicado numerosos trabajos sobre resultados favorables en el tratamiento del homoerotismo. Tripp prefirió ignorar la abundante literatura sobre tratamientos y encuestas de terapeutas. Trabajos de revisión de resultados del tratamiento del homoerotismo muestran que ha tenido tanto éxito como el tratamiento de problemas psicológicos similares: alrededor del 30% se siente liberado de los síntomas y otro 30% se encuentra mejor. (Bieber 1962⁵⁸; Clippinger 1974⁵⁹; Fine 1987⁶⁰; Kaye 1967⁶¹; MacIntosh 1994⁶²; Marmor 1965⁶³; Nicolosi 1998⁶⁴; Rogers 1976⁶⁵; Satinover 1996⁶⁶; Throckmorton⁶⁷; West⁶⁸)

Informes de terapeutas individuales han sido igualmente positivos. (Barnhouse 1977⁶⁹; Bergler 1962⁷⁰; Bieber 1979⁷¹; Cappon 1960⁷²; Caprio 1954⁷³; Ellis 1956⁷⁴; Hadden 1958⁷⁵; Hadden 1967b⁷⁶; Hadfield 1958⁷⁷; Hatterer 1970⁷⁸; Kronmeyer 1989⁷⁹)

Esta es solamente una muestra representativa de los terapeutas que han reportado resultados con éxito en el tratamiento de individuos que experimentan atracción homoerótica.

Hay también muchos informes autobiográficos de hombres y mujeres que creyeron alguna vez estar irremisiblemente amarrados con homoeroticismo y conducta homosexual. Muchos de estos hombres y mujeres (Exodus 1990-2000⁸⁰) se describen ahora como libres del homoeroticismo, de las fantasías y la conducta. La mayoría de estos individuos encontraron la libertad a través de participar en grupos de apoyo basados en la religión, aunque algunos también han buscado ayuda de terapeutas. Desgraciadamente un número de personas y grupos profesionales influyentes han preferido ignorar esta evidencia (APA 1997⁸¹; Herek 1991⁸²) y pareciera haber un esfuerzo coordinado de parte de los 'apologistas de la homosexualidad' de negar la eficacia del tratamiento de la atracción

homoerótica, o afirmar que tal tratamiento es dañino. Barnhouse se mostró admirado de estos esfuerzos: “La distorsión de la realidad inherente en la negación que la condición pueda ser curada, por los apologistas de la homosexualidad, es tan inmensa que uno se pregunta qué pueda motivarla.” (Barnhouse 1977).

Robert Spitzer, el famoso investigador psiquiátrico de la Universidad de Columbia, que estuvo envuelto directamente en la decisión de 1973 de retirar la homosexualidad de la lista de desórdenes mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, recientemente se ha envuelto en un estudio sobre la posibilidad del cambio. El Dr. Spitzer afirmó en una entrevista: “Estoy convencido de que muchas personas han hecho cambios sustanciales hacia llegar a ser heterosexuales... Creo que eso hace noticia... Empecé este estudio escéptico. Ahora afirmo que tales cambios pueden ser mantenidos.” (NARTH 2000).

6. FINES DE LA TERAPIA.

Aquellos que sostienen que el cambio de orientación sexual es imposible, generalmente definen el cambio como la liberación total y permanente de toda conducta homosexual, de fantasías o de atracción en una persona que había sido anteriormente homosexual en su conducta o su inclinación. (Tripp 1971⁸³) Aun cuando el cambio sea definido en esta forma extrema, la afirmación no es cierta. Numerosos estudios reportan casos de cambio total. (Goetz 1997⁸⁴).

Aquellos que niegan la posibilidad de un cambio total, admiten que cambio en el comportamiento es posible (Coleman 1978⁸⁵; Herron 1982⁸⁶) y que personas que han estado envueltas sexualmente con ambos sexos parecen más capaces de cambiar. (Acosta 1975⁸⁷) Al leer cuidadosamente los artículos de aquellos que se oponen a la terapia de cambio, revela que los autores ven tal terapia como no ética (Davison 1982⁸⁸; Gittings 1973⁸⁹) lo hacen así porque en su opinión esa terapia es opresiva contra aquellos que no quieren cambiar (Begelman 1975⁹⁰; 1977⁹¹; Murphy 1992⁹²; Sleek 1997⁹³; Smith 1988⁹⁴) y ven a aquellas personas atraídas por el mismo sexo que expresan el deseo de cambiar como víctimas de opresión social o religiosa. (Begelman 1977⁹⁵; Silverstein 1972⁹⁶)

Debe notarse que casi sin excepción, aquellos que consideran la terapia como contraria a la ética, también rechazan la abstinencia de actividad sexual extramatrimonial, como una meta mínima (Barrett1996⁹⁷) y entre los terapeutas que aceptan los actos homosexuales como normales, son muchos los que no encuentran nada malo en la infidelidad dentro de relaciones comprometidas (Nelson 1982⁹⁸), contactos sexuales anónimos, promiscuidad general, auto-erotismo (Saghir 1973), sadomasoquismo, y varias parafilias. Algunos llegan a propiciar la reducción de restricciones sobre relaciones sexuales entre adultos y menores (Mirkin 1999⁹⁹) o niegan el impacto psicológico negativo del abuso sexual de niños. (Rind 1998, Smith 1988¹⁰⁰)

Algunos de los que consideran la terapia como no ética también disputan las teorías establecidas de desarrollo infantil (Davison 1982¹⁰¹; Menvielle 1998¹⁰²) Ellos tienden a culpar de opresión social a los problemas innegables que sufren los adolescentes y adultos homosexuales activos. Todas las conclusiones de las investigaciones tienen que ser evaluadas teniendo en cuenta la parcialidad de los investigadores, lo que afecta sus resultados. Cuando la investigación está impregnada de un agenda política reconocida, su valor está muy severamente limitado.

Debiera señalarse que los católicos no pueden apoyar formas de terapia que fomentan el reemplazo de un pecado sexual con otro. (Schwartz 1984) Algunos terapeutas, por ejemplo, no consideran a un paciente como 'curado' hasta que pueda involucrarse cómodamente en actividades sexuales con el sexo opuesto, aunque el paciente no esté casado. (Masters 1979) Otros estimulaban al paciente a masturbarse empleando imaginaciones heterosexuales. (Blitch 1972; Conrad 1976).

Para un católico con atracción hacia su mismo sexo, la meta de la terapia debiera ser la libertad de vivir castamente de acuerdo a su estado en la vida. Algunos de los que han bregado con atracción por el mismo sexo creen que están llamados a una vida de celibato. No debiera hacerseles creer que han fracasado en el intento de adquirir libertad, porque no experimenten deseos sexuales por el sexo opuesto. Otros pueden querer casarse y tener hijos. Hay buenas razones para esperar que muchos van a poder alcanzar esta meta a su debido tiempo. Sin embargo, no debiera estimulárselos a precipitarse a un matrimonio, ya que hay abundante evidencia de que el matrimonio no es cura para la atracción por el

mismo sexo. Con la ayuda poderosa de la gracia, los sacramentos, apoyo de la comunidad y un terapeuta con experiencia, un individuo bien decidido debiera ser capaz de alcanzar la libertad interior que Cristo ha prometido.

Terapeutas experimentados pueden ayudar a individuos a descubrir y comprender las causas profundas de los traumatismos emocionales que dieron origen a la atracción por el mismo sexo y poder seguir la terapia que va a ayudar a resolver ese problema. Hombres que experimentan atracción por su propio sexo, a menudo descubren que su identidad masculina fue afectada negativamente por sentimientos de rechazo por parte de su padre, o de sus iguales, o de una imagen corporal pobre que resulta en tristeza, rabia e inseguridad. Al mejorar el sufrimiento emocional en la terapia, la identidad masculina es reforzada y la atracción por el propio sexo disminuye.

Las mujeres con atracción por su mismo sexo pueden llegar a ver cómo el conflicto con sus padres u otros hombres importantes las ha llevado a desconfiar del amor de los hombres, o cómo la carencia de afecto maternal la ha llevado a una profunda necesidad de amor femenino. Perspicacia para entender las causas de ira y tristeza pueden, es de esperar, llevar al perdón y a la liberación. Todo esto necesita tiempo. Con respecto a esto, individuos que sufren de atracción por el mismo sexo no son diferentes de los muchos hombres y mujeres que tienen sufrimiento emocional y necesitan aprender a perdonar

Terapeutas Católicos trabajando con individuos católicos debieran sentirse autorizados para usar las riquezas de la espiritualidad Católica en el proceso curativo. Aquellos con heridas causadas por el padre pueden ser animados a desarrollar su relación con Dios como padre amante. Y los que fueron rechazados o puestos en ridículo por sus iguales cuando jóvenes, pueden meditar considerando a Jesús como hermano, amigo y protector. Los que se sienten ignorados por sus madres pueden buscar el apoyo de María.

Hay muchas razones para esperar que con tiempo, los que busquen liberación la encontrarán, pero debemos reconocer al estimular la esperanza, que algunos no van a lograr llegar a esa meta. Podemos encontrarnos en la misma situación de un oncólogo pediatra que dio una charla sobre cómo cuando empezó su práctica, prácticamente no había esperanza para niños con cáncer, y el deber del médico era ayudar a los padres a aceptar lo inevitable y no botar su dinero en pos de una “curación” Hoy por hoy casi 70% de los niños se recuperan, pero cada muerte deja al equipo médico con una terrible sensación de

fracaso. A medida que mejore la prevención y tratamiento de la atracción por el mismo sexo, los individuos que estén luchando van, más que nunca, a necesitar apoyo compasivo y razonable.

SEGUNDA PARTE

RECOMENDACIONES.

1. MINISTERIO A INDIVIDUOS QUE EXPERIMENTAN ATRACCION POR EL MISMO SEXO.

Es muy importante que cada católico que sienta atracción por el mismo sexo, sepa que hay esperanza, y que puede encontrar ayuda. Desgraciadamente esta ayuda no es fácil de encontrar en todas partes. Grupos de apoyo, terapeutas y directores espirituales que apoyen sin vacilaciones la enseñanza de la Iglesia son componentes esenciales de la ayuda que es necesaria. Puesto que las nociones sobre sexualidad en nuestro país son tan variadas, los pacientes que soliciten ayuda tienen que tener mucho cuidado que el grupo, o el consejero apoye los imperativos morales de la Iglesia Católica. Uno de los grupos Católicos de apoyo mejor conocidos es una organización llamada Courage (Coraje, vease el apéndice) y la organización afiliada, Estímulo (Hay un juego de palabras, 'Courage' y "Encourage") Si bien cualquier intento de enseñar lo pecaminoso que es la conducta homosexual ilícita puede ser recibida con acusaciones de 'homofobia', la realidad es que Cristo llama a todos a la castidad, de acuerdo a la condición de vida de cada uno. El deseo de la Iglesia de ayudar a todo el mundo a vivir castamente no es una condenación de aquellos que encuentran la castidad difícil, sino más bien la respuesta llena de compasión de una Iglesia que trata de imitar a Cristo, el Buen Pastor.

Es esencial que todo Católico que sienta atracción por el mismo sexo encuentre acceso fácil a grupos de apoyo, terapeutas y Directores espirituales que apoyen en forma inequívoca las enseñanzas de la Iglesia y estén preparados para ofrecer ayuda de la más alta calidad. En muchas partes los únicos grupos de apoyo están dirigidos por Evangélicos o por gente que rechaza las enseñanzas de la Iglesia. El que la comunidad Católica no

proporcione ayuda para las necesidades de esta población es un defecto grave, que no debe permitirse que continúe. Es especialmente trágico que Courage, que bajo la dirección del Fr. John Harvey ha desarrollado una red auténticamente Católica y excelente de grupos de apoyo, no esté disponible en todas las diócesis y ciudades importantes.

Informes anecdóticos de individuos u organizaciones, bajo auspicios Católicos o directamente asociada con la Iglesia Católica, que aconsejan a personas con atracción por el mismo sexo que practiquen fidelidad en sus relaciones con personas del mismo sexo, en lugar de la castidad de acuerdo a su situación en la vida, debieran causar preocupación. Es muy importante que los consejeros relacionados con la Iglesia, o los grupos de apoyo, tengan muy en claro la naturaleza y origen de la atracción por el mismo sexo. Esta condición no es genética o determinada biológicamente. Esta condición no es inmutable. Es un engaño el aconsejar a individuos que experimentan atracción por el mismo sexo que sea aceptable hacer vida sexual siempre que los actos sexuales se desarrollen dentro del contexto de una relación fiel. Las enseñanzas de la Iglesia Católica sobre moral sexual son claras en forma explícita y no admiten excepciones. Los Católicos tienen derecho a saber la verdad y los que trabajan con o para instituciones Católicas tienen la obligación de presentar claramente tal verdad.

Algunos clérigos, tal vez porque creen, erróneamente, que la atracción por personas del mismo sexo es genética e inmutable, han estimulado a individuos que experimentan atracción por el mismo sexo que se identifiquen con la comunidad homosexual, proclamando públicamente el ser 'gay' o lesbiana, pero vivir la castidad en su vida personal. Hay varias razones por la cuales es esta una conducta equivocada:

- 1) Se basa en una idea errónea que la atracción por el mismo sexo es un aspecto inmutable del individuo y descorazona a las personas de buscar ayuda;
- 2) La comunidad 'gay' promueve una ética de conducta sexual que es antitética a las enseñanzas de la Iglesia Católica sobre sexualidad, y no oculta su deseo de eliminar la 'erotofobia' y el 'heterosexualismo'. Sencillamente, no hay manera que se puedan reconciliar las posiciones de los personeros de la comunidad 'gay' con las de la Iglesia Católica;
- 3) Coloca a personas que son fáciles de tentar en lugares que deben ser considerados

como ocasión próxima de pecado;

- 4) Crea una falsa esperanza de que la Iglesia pueda cambiar eventualmente su enseñanza de moral sexual.

Los católicos tienen que tratar de ayudar a personas que experimentan atracción por el mismo sexo, a aquellos que están activamente envueltos en actos homosexuales, y particularmente a aquellos que están afectados por enfermedades de transmisión sexual, con amor, esperanza y un mensaje auténtico, y sin compromisos, de liberación del pecado por Jesucristo.

2. EL PAPEL DEL SACERDOTE.

Es de importancia primordial que los sacerdotes, cuando encuentren feligreses con problemas de atracción por el mismo sexo, que tengan acceso a información sólida y a recursos auténticamente beneficiosos. El sacerdote, sin embargo, tienen que hacer algo más que simplemente referirlo a otras agencias (Véase Courage y Encourage en el apéndice). El está en una posición única para proporcionar ayuda espiritual específica a aquellos que experimentan atracción por el mismo sexo. Debe, por supuesto, ser muy delicado con los sentimientos muy intensos de inseguridad, culpa, vergüenza, rabia, frustración, depresión y aún temor en esos individuos. Pero esto no significa que no deba hablar claramente sobre las enseñanzas de la Iglesia (Véase CIC n.2357-2359), la necesidad de perdón y curación en la Confesión, la necesidad de evitar las ocasiones de pecado, y la necesidad de una vida de oración viva. Un número de terapeutas creen que la fe religiosa juega un papel esencial en la recuperación de la atracción por personas del mismo sexo y la adicción sexual.

Cuando un individuo confiesa atracción por el mismo sexo, fantasías o actos homosexuales, el sacerdote debiera saber que ellos son frecuentemente manifestaciones de traumatismos de la infancia o adolescencia, abuso sexual en la niñez, o necesidades infantiles no satisfechas de amor y afirmación, de parte del padre del mismo sexo. A menos que estos problemas subyacentes sean resueltos, el individuo puede encontrar que vuelven las tentaciones, lo que puede hacerlo caer en la desesperación. Aquellos que

rechazan las enseñanzas de la Iglesia y estimulan a las personas con atracción por el mismo sexo, a que entren en las así llamadas “uniones homosexuales amorosas estables” no comprenden que tales arreglos no pueden resolver los problemas subyacentes. Al mismo tiempo que se estimule la terapia y el ingreso a los grupos de apoyo, el sacerdote debiera recordar que a través de los sacramentos, puede ayudar a los penitentes no sólo a resolver el pecado, sino también las causas de la atracción por el mismo sexo.

La lista siguiente, si bien no es exhaustiva, ilustra algunas de las maneras cómo puede el sacerdote ayudar a los individuos que con estos problemas, se acercan al Sacramento de Reconciliación:

a) Las personas que experimentan atracción por el mismo sexo, o se confiesan de pecados en esta área, casi siempre tienen una carga de profundo dolor emocional, pena y resentimiento contra aquellos que los han rechazado, descuidado o herido, incluyendo sus padres, sus iguales y los que los hayan molestado sexualmente. Ayudándolos a perdonar puede ser el primer paso hacia la curación. (Fitzgibbons 1999¹⁰³)

b) Individuos que experimentan atracción por los del mismo sexo a menudo cuentan una larga historia de experiencias sexuales tempranas, y traumatismos sexuales. (Doll 1992¹⁰⁴) Es más probable que personas homosexuales activas se hayan visto envueltas en formas extremas de actividad sexual con otra persona a edad muy temprana. (Stephan 1973¹⁰⁵; Bell 1981¹⁰⁶) Muchos no le han contado a nadie sobre estas experiencias (Johnson 1985¹⁰⁷) y llevan encima tremendo sentimiento de culpa y vergüenza. En algunos casos, aquellos que fueron abusados sexualmente se sienten culpables porque reaccionaron al trauma con comportamiento sexual. El sacerdote puede preguntar delicadamente sobre experiencias tempranas, asegurándoles que sus pecados son perdonados, y ayudándolos a encontrar liberación al perdonar a los otros.

Individuos envueltos en actividad homosexual pueden sufrir también de adicción sexual (Saghir 1973¹⁰⁸; Beitchman 1991¹⁰⁹; Goode 1977¹¹⁰) Aquellos que se envuelven en actividad homosexual se han envuelto también en formas extremas de conducta sexual o

han recibido dinero por sexo. (Saghir 1973¹¹¹) La adicción no es fácil de superar, recurrir frecuentemente a la confesión puede ser el primer paso hacia la liberación. El sacerdote debiera recordar al penitente que aún los casos más extremos de pecados en esta área pueden ser perdonados, alentándolos a resistir la desesperación y a perseverar, y al mismo tiempo sugerir algún grupo de apoyo que sirva para controlar la adicción.

Personas con atracción por el propio sexo con frecuencia abusan de alcohol, y de drogas legales e ilegales. (Fifield 1977¹¹²; Saghir 1973¹¹³) Tal abuso puede debilitar la resistencia a las tentaciones sexuales. El sacerdote puede recomendar ingresar a un grupo de apoyo que se preocupe de tales problemas.

Pensamientos de desesperación y de suicidio son también frecuentes en la vida de individuos afectados por atracción por el mismo sexo. (Beitchman 1991¹¹⁴; Herrell 1999; Fergusson 1999) El sacerdote puede asegurar al penitente que hay muchas razones para esperar que la situación va a cambiar y que Dios los ama y quiere que vivan una vida plena y feliz. Nuevamente, perdonar a los demás puede ayudar mucho.

Personas que experimentan atracción por el mismo sexo pueden sufrir de problemas espirituales tales como envidia (Hurst 1980) o autocompasión. (Van den Aardweg 1969) Es importante que el individuo que experimenta atracción por el mismo sexo, no sea tratado como si las tentaciones sexuales fueran su único problema.

La inmensa mayoría de hombres y mujeres que experimentan atracción por el mismo sexo reportan una pobre relación con sus padres (véanse las notas 17 a 23) El sacerdote, como figura paterna que los quiere y los acepta, puede a través de los sacramentos comenzar la labor de reparar el daño y facilitar una relación curativa con Dios Padre. El sacerdote puede también estimular la devoción a San José.

El sacerdote necesita estar al tanto de la profundidad de la curación que necesitan estas personas que tienen un conflicto muy serio. Tiene que ser una fuente de esperanza para los que desesperan, perdón para los que yerran, fortaleza para los débiles, ánimo para los pusilánimes, a veces una figura de padre amante, para los heridos. En suma, debe ser Jesús para estos hijos amados de Dios que se encuentran en una situación muy difícil. Debe ser pastoralmente sensible, pero también pastoralmente firme, imitando como siempre a un Jesús compasivo que curaba y perdonaba setenta veces siete veces, pero que siempre recordaba, “Vete y no vuelvas a cometer este pecado”.

3. PROFESIONALES MEDICOS CATOLICOS.

Los pediatras necesitan conocer los síntomas de la Desordenada Identidad de Género (GID- Gender Identity Disorder) y de la antimasculinidad juvenil crónica. Dada la identificación y la intervención tempranas, hay buenas razones para esperar que el problema pueda ser resuelto en forma satisfactoria. (Zucker 1995¹¹⁵; Newman 1976¹¹⁶) Mientras que la razón principal para tratar a niños es para aliviar su infelicidad presente (Newman 1976¹¹⁷; Bradley 1998¹¹⁸; Bates 1974¹¹⁹), el tratamiento de la Desordenada Identidad de Género y de la antimasculinidad crónica juvenil puede prevenir el desarrollo de la atracción sexual por el mismo sexo y los problemas asociados con la actividad homosexual en la adolescencia y la edad adulta.

La mayoría de los padres no quieren que su hijo se envuelva en conducta homosexual, pero los padres de niños al riesgo suelen resistir el tratamiento. (Zucker 1995; Newman 1976¹²⁰) Si se les informa que el 75% de los niños que muestran síntomas de Desordenada Identidad de Género y de antimasculinidad juvenil crónica, van, en la ausencia de intervención, a experimentar atracción por su mismo sexo (Bradley 1998) y haciéndoles ver los riesgos asociados con la actividad homosexual (Garafalo 1998¹²¹; Osmond 1994¹²²; Stall1988b¹²³; Rotello 1997; Signorille 1997¹²⁴) puede ayudar a sobreponerse a su oposición al tratamiento. La cooperación de los padres es extraordinariamente importante para que la intervención temprana pueda tener éxito.

Los pediatras debieran estar familiarizados con la literatura sobre tratamiento. George Rekers ha escrito un número de libros al respecto. (Rekers 1988¹²⁵) Zucker y Bradley tienen una revisión extensa de la literatura en su libro *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*, (1995) además de numerosas historias de casos y recomendaciones de tratamiento.

Los médicos que encuentren pacientes con enfermedades de transmisión sexual adquiridas por actividad homosexual pueden informar al paciente de que hay terapia disponible psicológica y de grupos de apoyo, y que aproximadamente el 30% de pacientes motivados pueden lograr cambiar su orientación. Y en términos de prevención de

enfermedades, otros 30% son capaces de mantenerse célibos o eliminar las actividades de alto riesgo. Debieran también preguntar a estos pacientes por abuso de drogas y alcohol, y recomendar tratamiento cuando sea adecuado, puesto que un número de estudios han correlacionados infecciones con ETS a abuso de drogas. (Mulry 1994¹²⁶)

Aún antes del comienzo de la epidemia de SIDA un estudio de hombres que tienen relaciones con hombres encontró que el 63% habían contraído enfermedades de transmisión sexual por la actividad homosexual. (Bell1978¹²⁷) A pesar de toda la educación del SIDA, los epidemiólogos predicen que hasta donde podamos ver el futuro, el 50% de los hombres que tengan relaciones con hombres se harán positivos para el VIH. (Hoover 1991; Morris 1994; Rotello 1997¹²⁸) Están también expuestos al riesgo de sífilis, gonorrea, hepatitis A,B o C, Virus de Papiloma y un número de otras enfermedades.

Los profesionales de la salud mental debieran familiarizarse con los trabajos de los terapeutas que hayan tratado con éxito a personas que experimenten atracción por el mismo sexo. Debido a que la atracción por el mismo sexo no se debe a una sola causa, distintos individuos pueden necesitar distintas modalidades de tratamiento. Combinando la terapia con participación en un grupo de apoyo y curación espiritual es también una posibilidad que debiera ser considerada.

4. PROFESORES EN INSTITUCIONES CATOLICAS.

Profesores en instituciones Católicas tienen la obligación de defender las enseñanzas de la Iglesia en materias de moral sexual, para contrarrestar la falsa información sobre la atracción por el mismo sexo, y para informar a los adolescentes expuestos al riesgo o envueltos en homosexualidad, que se puede encontrar ayuda. Debieran continuar resistiendo la presión de incluir la educación sobre condones en el currículo para acomodar a los adolescentes homosexualmente activos. Numerosos estudios han encontrado que tal educación es ineficaz para prevenir la transmisión de enfermedades en la población expuesta. (Stall 1988a, ¹²⁹; Calabrese 1987¹³⁰; Hoover 1991¹³¹)

Los activistas de derechos de los 'gay' han insistido que adolescentes al riesgo deben ser puestos en contacto con grupos de apoyo que los ayudarán a 'salir del closet'. No

hay ninguna evidencia de que el participar en tales grupos sirva para prevenir las consecuencias negativas a largo plazo asociadas con la actividad homosexual. Tales grupos no estimularán nunca a los adolescentes a evitar el pecado y vivir castamente de acuerdo con su estado en la vida. Los síntomas de Desordenada Identidad de Género y antimasculinidad juvenil crónica en niños hombres debieran ser tomados en serio. Niños expuestos al riesgo, necesitan cuidados especiales, y más aún aquellos que hayan sido víctimas de abuso sexual cuando chicos.

Los educadores también tienen obligación de dejar de embromar y poner en ridículo a niños que no se ajustan a las normas de género. Recursos para educar a los profesores, planes de lecciones y estrategias para combatir las bromas, tienen que crearse y que ser proporcionadas a los profesores en escuelas Católicas, programas de educación religiosa parroquial (CCD) y en otras instituciones.

5. FAMILIAS CATOLICAS.

Cuando padres Católicos descubren que su hijo o su hija esté experimentando atracción por el mismo sexo o estén envueltos en actividad homosexual, quedan con frecuencia abrumados. Temiendo por la salud del niño, su felicidad y su salvación, los padres con frecuencia se encuentran aliviados cuando se les informa que la atracción por el mismo sexo puede ser tratada y prevenida. Pueden encontrar apoyo de parte de otros padres en Encourage. Y también necesitan ser capaces de compartir su carga con sus amigos cercanos y con la familia.

Los padres debieran ser informados de los síntomas de Desordenada Identidad de Género y de la prevención de problemas de identidad de género, y estimulados a tomar tales síntomas en serio y referir los niños con problemas de identidad de género a profesionales de la salud mental competentes y de moral adecuada.

6. LA COMUNIDAD CATOLICA.

Hubo un tiempo, no hace muchos años cuando el embarazo extramatrimonial y el aborto eran tópicos tabú, y las actitudes hacia las mujeres envueltas eran prejuiciados y

cruels. La legalización del aborto ha forzado a la Iglesia a afrontar este tema y proporcionar un ministerio activo a mujeres que se encuentran con un embarazo ‘no deseado’ y también a las mujeres que sufran de traumatismo post-aborto. En pocos años la actitud de diócesis, parroquias individuales y los fieles Católicos se ha visto transformada, y hoy la caridad Cristiana es la norma y no la excepción. De la misma manera tienen que transformarse las actitudes con respecto la atracción por el mismo sexo, siempre que cada institución Católica haga lo que le corresponde.

Aquellos que experimentan atracción por el mismo sexo, aquellos que estén envueltos en conducta homosexual, y sus familias, con frecuencia sienten que están siendo excluidos de la preocupación caritativa de la comunidad Católica. Ofrecer oraciones por las personas que experimentan atracción por su propio sexo y sus familias, como parte de las intenciones durante la misa es una de las maneras de hacerles saber que la comunidad se preocupa de ellos.

Los miembros de los medios de información católicos necesitan estar informados sobre la atracción del mismo sexo, las enseñanzas de la Iglesia, y los recursos para prevenirla y tratarla. Panfletos y otros recursos que articulen claramente la doctrina de la Iglesia y proporcionen información sobre los recursos para aquellos que tengan necesidades en esta materia, debieran ser impresos y colocados en los casilleros para libros y panfletos en muchas parroquias.

Cuando un miembro de los medios de comunicación Católico, un profesor en una institución católica, o un cura, de información errada sobre la doctrina de la Iglesia o de la impresión de que la atracción homosexual es determinada genéticamente e inmutable, los laicos pueden ofrecerle información para corregir tales errores.

7. LOS OBISPOS.

La Asociación Médica Católica reconoce la responsabilidad que el Obispo Diocesano tiene de supervisar la enseñanza de la doctrina correcta en su Diócesis. Esto, sin duda, incluye instrucciones claras sobre la naturaleza y propósito de las relaciones sexuales entre las personas, y lo pecaminoso de las relaciones inadecuadas. La Catholic Medical Association espera poder trabajar con los Obispos y sacerdotes en ayudar a establecer

grupos de apoyo apropiados y modelos de terapia para aquellos que tratan de superar la atracción homosexual. Si bien encontramos Courage y Encourage como muy útiles y valiosos, y los apoyamos activamente, estamos seguros de que hay otras maneras de proporcionar ayuda, y estamos dispuestos a trabajar con cualquier programa apropiado desde un punto de vista psicológico, espiritual y moral.

8. ESPERANZA

Jeffrey Satinover, Doctor en Medicina y Filosofía ha escrito de su amplia experiencia con pacientes que sufren de atracción homosexual”

“He tenido la gran suerte de haber encontrado a mucha gente que ha logrado salir del ambiente homosexual de vida. Cuando veo las dificultades que han encontrado, el coraje que han demostrado, no solo al encontrar esas dificultades, sino al confrontar una cultura que usa todos los medios para negarle la validez de sus valores, metas y experiencias, me muevo a la admiración... Son estas personas – previamente homosexuales, y todos aquellos que están luchando en este momento en América y en el extranjero – que me parecen un modelo de todo lo que hay de bueno y posible en un mundo que toma el corazón humano, y al Dios de ese corazón, muy en serio. En mis exploraciones en el mundo del psicoanálisis, la psicoterapia y la psiquiatría, nunca antes he visto curaciones tan profundas.”(Satinover 1996)

Los que quieren librarse de la atracción homosexual frecuentemente se vuelven en primer lugar hacia la Iglesia. La Asociación Médica Católica quiere estar segura de que encontrarán la ayuda y la esperanza que buscan. Hay muchas razones para esperar que todos los que experimenten atracción homosexual y que busquen ayuda de la Iglesia, puedan verse libres de la actividad homosexual y muchos puedan encontrar aún más, pero vendrán sólo si encuentran amor en nuestras palabras y obras.

Si los profesionales de la salud Católicos no han sido capaces en el pasado de satisfacer las necesidades de esta población, y fallado en trabajar activamente para desarrollar prevención efectiva y terapias de tratamiento, o hayamos fallado en tratar a las

personas que tienen estos problemas con el respeto debido a cada persona, les pedimos disculpas.

La Asociación Médica Católica reconoce que los profesionales de la salud mental tienen un deber especial en esta área y espera que este documento pueda ayudarlos a satisfacer ese deber de acuerdo a los principios de la Iglesia Católica.

=====

BIBLIOGRAFIA

Las investigaciones citadas en este trabajo provienen de una gran variedad de fuentes. En la mayoría de los casos muchas otras fuentes podrían haberse citado. Aquellos que deseen hacer un estudio en profundidad de los temas tratados, una bibliografía extensa está disponible (mail :74747.2241@compuserve.com) junto con revisiones de la literatura pertinente.

Debiera también indicarse que muchos de los autores citados no aceptan las enseñanzas de la Iglesia sobre la naturaleza intrínsecamente desordenada de los actos homosexuales. No se ha hecho esfuerzos por distinguir entre aquellos que están de acuerdo y los que no, ya que los que favorecen la prevención y el tratamiento y aquellos que defienden las terapias de apoyo a la homosexualidad presentan evidencias y material de estudio esencialmente consistentes , y difieren solamente en sus interpretaciones y la importancia de la evidencia presentada.

AUTHORS, CONTIBUTORS & EDITORS

Eugene Diamond, M.D., Professor of Pediatrics, Loyola Stritch School of Medicine,
Chicago, IL

Richard Delaney, M.D., Family Medicine, Washington, DC

Sheila Diamond, RN, MSN, Nursing Consultant, John Paul II Institute, Rome, Italy

Richard Fitzgibbons, M.D., Psychiatrist, Comprehensive Counseling Service, Philadelphia,
PA

Rev. James Gould, Vocations Director, Diocese of Arlington,. Arlington, VA

Rev. John Harvey, Director, Courage Ministry, New York, NY

Ned Masbaum, M.D., Forensic Psychiatrist, Indianapolis, IN

Kevin Murrell, M.D., Dept. of Psychiatry, Univ. of Georgia Medical School, Augusta, GA

Peter Rudegear, Ph.D., Clinical Psychologist, Philadelphia, PA

Edward Sheridan, M.D., Dept. of Psychiatry, Georgetown Univ. School of Medicine, Washington,
DC

Endnotes

1 Chapman y Brannock (1987) encontraron que el 63% de las lesbianas en su encuesta, declararon que habían elegido el serlo, el 28%, que no tenían otra alternativa, y el 11% que no sabían. * Gay quiere decir alegre, festivo, dada la manera de presentarse de algunos homosexuales.

2 Schreir escribe en apoyo de un terapeuta (Wolpe 1969) que rechazó la petición de un paciente de que la terapia fuera destinada a cambiar la orientación, de homo a heterosexual: “Es posible que en vez de reorientación sexual, los individuos podrían buscar reorientación religiosa, porque hay un gran número de organizaciones religiosas en EEUU que apoyan a personas de orientación homosexual...No todas las religiones enjuician y condenan tales actos. El ser

partidarios de reorientación sexual, y criticar la reorientación religiosa revela exclusivamente prejuicios.” (p.308)

- 3 Burr: Artículo principal de The weekly Standard, “Supongamos que hay un Gene Gay...entonces qué?”
- 4 Hamer sostuvo haber encontrado una señal de homosexualidad en el cromosoma X.
- 5 LeVay sostuvo que habría encontrado que cierta parte del cerebro de homosexuales que murieron de SIDA sería distinto del de hombres y mujeres heterosexuales.
- 6 Byne: “Una revisión crítica muestra que la evidencia favorable a una teoría biológica no existe. En un modelo alternativo, rasgos de personalidad y temperamento interactúan con el medio social y familiar, al desarrollarse la sexualidad del individuo.”(p.228) “Investigación de la herencia de algunos rasgos de personalidad sugieren que algunos de ellos pueden ser hereditarios, incluyendo curiosidad por novedades, evitar daños y dependencia de recompensas. Si uno aplica tales rasgos al escenario anterior, uno podría predecir que un niño con mucho afán de novedades y poca prudencia para evitar daños y poca necesidad de recompensas, tendría tendencia a ignorar los consejos de su madre contra el baseball. Por otra parte, uno que tuviera bajo nivel de curiosidad por cosas nuevas, pero muy prudente para evitar daños, y con gran necesidad de recompensas, sería más probable que necesitara el apoyo de la aprobación de la madre, y que estaría menos inclinado a buscar y encontrar modelos de comportamiento fuera de la familia, y tendería a evitar a baseball por miedo a ser herido. En la ausencia del apoyo de un padre entusiasta, o de otro modelo alternativo, tal niño tendería a sentirse distinto de sus compañeros, y como consecuencia podría tener experiencias no eróticas en su niñez, que podrían contribuir al desarrollo de tendencias homoeróticas más tarde. Tales experiencias podrían incluir las descritas por Friedman como frecuentes en niños prehomosexuales, incluyendo pobre imagen masculina de sí mismo, aislamiento, echarle la culpa a otros y rechazo por los compañeros hombres y por hombres mayores, incluyendo el padre”. (p.237)
- 7 Crewdson: “...no other laboratory has confirmed Hamer’s findings.”
- 8 Horgan: “Los hallazgos de LeVay no han sido reproducidos todavía por otros investigadores. Y en cuanto a Hamer, un estudio ha contradicho sus resultados”.

- 9 McGuire:”....algunas personas quieren que la homosexualidad sea biológica o genética porque creen que habiendo los homosexuales nacido así, entonces serán mejor tolerados. Otros invocan causas del medio ambiente, puesto que esto justifica su opinión de que los individuos “eligen el ser gay”” (p.141) “Y aunque supiéramos todo con respecto a los genes, y todo con respecto al medio ambiente, todavía sería imposible predecir el fenotipo de cualquier individuo”.(p.142)
- 10 Rice et al. Trató de reproducir el estudio de Hamer, sin éxito.
- 11 Bailey: Un estudio de los hijos hombres de padres homosexuales activos encontró que “ 52% (29/56) de los mellizos monozigóticos, 22% (12/54 de mellizos dizigóticos y 11% de hermanos adoptivos eran homosexuales...y la tasa de homosexualidad entre hermanos biológicos no mellizos, de acuerdo a la información de ellos, es 9.2% (13/142). (p.1089)
- 12 Parker: Caso A: “La madre, de 39 años de edad, supo sólo unos pocos días antes del parto que iba a tener mellizos, y como ya tenía un niño de 7 años, estaba ansiosa de que uno de ellos debiera ser mujer. La enfermera, al darse cuenta de su desilusión de haber dado a luz dos hijos varones de 6 ½ libra cada uno, la consoló al sugerirle que el mayor, que eventualmente fue homosexual, era tan bonito como si fuera una niña. Aunque eran tan parecidos que no era posible distinguirlos, la madre se fijó en esta idea, le colocó una pulsera al primer mellizo para asegurarse de que no iban a ser confundidos, y desde ese momento lo trataron como si fuera niña.” (p. 490)
- 13 Marmor: “El mito de que la homosexualidad no puede tratarse es una creencia muy común en el público en general y entre los homosexuales. Esta idea está frecuentemente relacionada con la creencia de que la homosexualidad es constitucional o genética. Esta convicción de que no hay tratamiento, sirve como mecanismo de defensa del yo para muchos homosexuales. A medida que se ha encontrado que el comportamiento homosexual tiende a ser esencialmente de adaptación, se ha desarrollado mayor optimismo respecto a las posibilidades de cambiar, y resultados más prometedores han sido reportados... Hay pocas dudas de que un cambio auténtico en la elección de objeto sexual puede darse, y de hecho tiene lugar en unos 20 a 50% de pacientes homosexuales activos que buscan psicoterapia a ese fin”.(p1519)

- 14 Ernulf encontró que aquellos que creían que los homosexuales “nacieron así” tenían una actitud significativamente más positiva hacia los homosexuales que aquellos que creían que los homosexuales “eligen su propia vida” y/o “aprenden a serlo”.
- 15 Piskur: “El principal hallazgo de este estudio fue que el estar expuesto a un resumen de investigación que apoyan la determinación biológica de la homosexualidad pueden afectar los resultados de los estudios de actitudes hacia los homosexuales, cuando se miden inmediatamente después de leerlos”.(p.1223)
- 16 Green: “La Corte Suprema decidió en *Bowers v Hardwick* que no existe un derecho básico, en ley bien aplicada, para involucrarse en conducta homosexual. Por consiguiente, la única posibilidad legal de proteger a los homosexuales contra la discriminación es la cláusula de la decimocuarta modificación de la Constitución, que establece el derecho a igual protección. Para obtener el mayor nivel posible de protección, un grupo de personas tienen que ser declarado ‘susceptible’. Para obtener tal calificación, el grupo tiene que demostrar, entre otras cosas, que el rasgo por el que se le discrimina es inmutable”(p.537)
- 17 Apperson: “La importancia de la relación – o su ausencia – con el padre, debe ser enfatizada, con los sujetos homosexuales exhibiendo diferencia marcada con respecto al grupo control, viendo al padre como crítico, impaciente y que los rechazaba, y menos como un agente de socialización.”(p.206)
- 18 Bene: “Un número mucho menor de homosexuales que de hombres casados pensó que sus padres habían sido alegres, ayudadores, de confianza, cariñosos y comprensivos, y muchos más pensaron que sus padres no tenían tiempo para ellos, no los querían, y los habían hecho sentirse infelices.” (p.805)
- 19 Bieber: “Problemas interpersonales profundos se ven de continuo en la relación padre-hijo cuando este es homosexual. Ni uno solo de los padres (de hijos homosexuales)... podría ser considerado un padre normal. (p.114) Hemos llegado a la conclusión que un padre afectuoso, constructivo, protector, excluye la posibilidad de un hijo homosexual; actúa como un agente protector y neutralizante si la madre pudiera hacer esfuerzos para seducir al niño o para dominarlo.” (p.311)
- 20 Fisher: “Fisher analizó los 58 estudios e informó que una gran mayoría apoyaba el concepto que los hijos homosexuales perciben a sus padres como figuras negativas,

distantes, poco amistosas”. Revisión de la literatura sobre las experiencias de la niñez de hombres homosexuales encontró “Con muy pocas excepciones, el hombre homosexual considera que el padre ha sido una influencia negativa en su vida. Se refiere a él con adjetivos tales como frío, poco amistoso, castigador, brutal, distante, despegado. No hay un solo estudio moderadamente bien controlado que hayamos podido encontrar en el cual los homosexuales varones se refieren a sus padres en forma positiva o cariñosa “. (p.136)

- 21 Pillard: “Alcoholismo se da más frecuentemente en los padres de hombres homosexuales (14 padres de homosexuales masculinos, contra cinco padres de hombres heterosexuales)” (p.54)
- 22 Sipova: “Se encontró que los padres de homosexuales y transexuales eran más hostiles y menos dominantes que los padres del grupo control, y por consiguiente menos deseables como modelos para identificarse con ellos (p75)
- 23 Bieber: En alrededor del 75% de los casos, las madres habían tenido un vínculo inadecuadamente estrecho, opresivo e íntimo con sus hijos. Más de la mitad de estas madres fueron descritas como seductoras. Eran posesivas, dominantes, sobreprotectoras y desmasculinizantes”. (p.524)
- 24 Bieber: En el momento que el hijo homosexual ha alcanzado el período de la preadolescencia, ha sufrido un extenso daño de la personalidad. Excesiva preocupación maternal sobre la salud y las heridas, restricción de actividades apropiadas para su edad y potencial, que interfieren con una conducta afirmativa, actitudes desmasculinizantes, e interferencia con la sexualidad – entremezclada con rechazo, hostilidad y falta de apoyo por parte del padre – produciendo un niño excesivamente tímido, patológicamente dependiente de su madre e inquieto por sentimientos de inferioridad, impotencia y autodesprecio. El se resiste a participar en actividades de niños, pensando que pueden herirlo – generalmente sobreestima la prudencia. Sus compañeros responden con sobrenombres humillantes y no raras veces con ataques físicos, que la timidez suele invitar entre los niños... De este modo él se ve privado de la importante interacción proporcionada por los grupos de sus pares “. (p.316)
- 25 Snortum estudió 46 varones, excluidos del servicio militar por conducta homosexual y

concluyó: “Pareciera que de la relación entre una madre controladora y amarradora y un padre rechazador y desligado no es exclusivo de la subcultura de la clase media alta sofisticada, que va al psicoanalista.”(p769).

26 Fitzgibbons: “La segunda causa más común de la atracción sexual anormal entre los varones es falta de confianza en el amor de la mujer...Niños hombres en hogares sin padre con frecuencia se sienten demasiado responsables de sus madres. Al entrar a la adolescencia, pueden considerar el amor de la mujer como agotador y muy cansador”. (p.89)

27 Bradley: “Niñas con identificación sexual anormal... tienen dificultad conectándose con sus madres, las que son vistas como débiles e ineficientes. Vemos tal percepción como originándose en los niveles más profundos de la psicopatología observados en esas madres, especialmente depresión grave y personalidad psicopática marginal”. (p.877)

28 Eisenbud “Hogares deshechos y alcoholismo en el hogar de la niñez de mujeres lesbianas, y también relación maternal inadecuada, no proporcionan la oportunidad para una inclusión cariñosa. La muerte de una madre querida produce aislamiento muy frío. Aún cuando la madre está presente, la muchacha lesbiana frecuentemente se siente abandonada por ella después de 18 meses .” (p98-99)

29 Zucker:”...nos parece que la tolerancia paterna a la conducta del sexo opuesto en el momento de su aparición es instrumental en permitir que tal comportamiento se desarrolle... Lo que es único entre los niños que desarrollan un problema con la identificación sexual es que ocurren juntos una multitud de factores en un período sensitivo en el desarrollo del niño – es decir, típicamente en los primeros años de vida, el período en el que se forma y consolida la identidad del género. Debe haber un número suficiente de factores para inducir un estado de inseguridad profunda en el niño, tal que necesita una solución defensiva para poder combatir la ansiedad. Esto tiene que suceder en un contexto en el que el niño percibe que el papel sexual opuesto proporciona un sentido de seguridad o de protección.” (p.259) “...nos fue imposible encontrar alguna publicación de un clínico que pensaba que los padres habían estimulado claramente la identidad masculina en sus hijos.” (p.277)

30 Friedman: “Trece de los 17 sujetos homosexuales (76%) reportaron terror crónico y

persistente de pelear con otros niños durante la niñez y temprano en la adolescencia. La intensidad de esta reacción era cercana al pánico. Que pudieran recordar, estos niños nunca respondieron al desafío de un compañero varón con algún desafío de su parte, una amenaza o agresión. El temor obsesionante de la agresión entre varones era una idea dominante. Ansiedad por anticipado resultó en reacciones fóbicas a ciertas actividades sociales; la fantasía de que una pelea pudiera ocurrir llevó a evitar una amplia gama de interacciones sociales, especialmente diversiones más o menos violentas (definidas en nuestro estudio como deportes de contacto físico, tales como el fútbol y el fútbol Americano).

“Estos sujetos informaron que sufrieron de pérdida penosa de autoestimación y de soledad como resultado de su aversión extrema a interacciones juveniles violentas. Todos menos uno (12 de 13) sentían una necesidad crónica de sentirse más cerca de otros niños. Al no ser capaces de superar su temor a la posible agresión, para poder ganar aceptación y respeto, estos niños fueron considerados como poco hombres por sus compañeros. Estos doce sujetos dijeron que ellos tenían el último lugar en el estrato social del grupo durante los años de niñez y comienzo de la adolescencia. Eran alternativamente eliminados y les echaban la culpa de todo, y eran los blancos de humillaciones continuas. Todos ellos negaron el haber sido afeminados...”(p.432-433) “Ningún muchacho prehomosexual tenía ninguna experiencia de haber peleado o de haber tenido diversiones violentas en su juventud. Ninguno se envolvió en las actividades de connotación sexual más modestas, descritas por los jóvenes heterosexuales menos agresivos.”(p.434)

31 Hadden: “Un examen analítico de el período preescolar de la vida, por lo general reveló que el niño que llegó a ser homosexual nunca se sintió aceptado por sus compañeros, y nunca se sintió a gusto en sus relaciones con ellos. Muy a menudo debido a interferencia de parte de los padres no se le permitió participar en los juegos de otros niños y tuvieron pocas oportunidades para correr, travesear, rodar por el suelo, tironear, luchar y otros juegos de esa clase, con sus coetáneos, desde la infancia hasta entrar al colegio.”(p.78).

32 Hockenberry: “La conclusión alcanzada fue que de las cinco actividades (jugar con muchachos, preferir los juegos de muchachos, imaginarse ser un gran deportista,

leer libros de aventuras o de deportes y ser considerado poco hombre) fueron los elementos predictivos y discriminatorios más poderosos entre los hombres adultos para su orientación sexual. También se observó que la ausencia de conductas y rasgos masculinos parecía ser un predictor más potente de una orientación homosexual más adelante, que los rasgos y conductas tradicionalmente consideradas femeninas o del sexo opuesto”. (p.475)

33 Whitam desarrolló un grupo de seis elementos y los administró a 206 homosexuales y a 78 hombres heterosexuales, con respecto a sus intereses en la niñez para vestirse como mujeres, preferencia de jugar con muñecas, de jugar con muchachas o mujeres mayores, el ser considerado poco hombre por sus iguales, y la clase de juegos de tipo sexual de la niñez. Prácticamente todos los homosexuales (97%) informaron tener uno o más de estos “indicadores de la infancia”, mientras que el 74% de los sujetos heterosexuales informaron una ausencia completa de cualquiera de esos indicadores en su niñez. (en Hockenberry, p. 476)

34 Thompson comparó 127 hombres homosexuales con 123 controles: “Los siete factores más discriminatorios en orden descendente fueron : (a) jugaron baseball... con los homosexuales concentrados en nunca o a veces...;(b) jugaron juegos de equipo, competitivos (los homosexuales nunca o a veces...); (c) el niño pasaba tiempo con su padre (homosexuales, muy poco); (d) aptitud física cuando niño (homosexuales, delicado, torpe o coordinados, heterosexuales: atlético); (e) se sentía aceptado por su padre (homosexuales, un poco o nada...); (f) jugaba con niños antes de la adolescencia (homosexuales, a veces...); y (g) la madre exigía ser el centro de atención del niño (homosexuales, a menudo o siempre)” (p.123)

35 Bailey: “Hombres homosexuales eran recordados por sus madres como menos masculinos y poco atléticos.” (p.44)

36 Fitzgibbons: “Una identidad masculina débil es fácil de identificar y, en mi experiencia clínica, es una de las causas mayores de atracción homosexual en hombres. Lo que es sorprendente es que puede provenir de problemas de coordinación de la vista y las manos que lleva a la incapacidad de jugar bien a los deportes. Tal condición se acompaña de rechazo por los iguales... La “herida deportiva” afectará negativamente la imagen de sí mismo, sus relaciones con sus iguales, su identidad

- de género y su imagen corporal.” (p.88)
- 37 Newman: “La experiencia de ser rechazado y puesto en ridículo puede que juegue un papel más importante que lo que se ha pensado, llevando al completo abandono del rol masculino en fechas más tardías.” (p.687)
- 38 Beitchman: “Entre los adolescentes, secuelas (de abuso sexual en la infancia) reportadas frecuentemente incluyen insatisfacción sexual, promiscuidad, homosexualidad y un riesgo mayor de volver a ser víctima. (p.537)
- 39 Bradley: En nuestras adolescentes con Desordenada Identidad de Género , la historia de abuso sexual o temor a la agresión sexual ha aparecido frecuentemente .”(P878)
- 40 Engel: Algunas pacientes lesbianas [víctimas de abuso sexual] sufren un tiempo de confusión, no estando seguras si ellas están con otras mujeres por su propia elección o lo hacen solamente porque están asustadas, enojadas y asqueadas de los hombres, dado el abuso sexual.” (p.193)
- 41 Gundlach informó que 39 de 217 lesbianas, contra 15 de 231 no-lesbianas reportaron que habían sido víctimas de violación o intento de violación a los 15 años o antes. (p.62)
- 42 Golwyn: “Concluimos que la fobia social puede ser un factor oculto que contribuye en algunos casos a la conducta homosexual.” (p.40)
- 43 Fergusson et al. Encontraron que en una muestra de cohorte de nacimiento, los “gay”, lesbianas y bisexuales tienen una tasa significativamente más alta de : Ideas de suicidio (67.9%/29.0%), Intentos de suicidio (32.1%/7.1%) y desórdenes psiquiátricos entre las edades de 14 y 21 – Depresión mayor (71.4%/38.2%), Neurosis de angustia (28.5%/12.5%), desórdenes de conducta (32.1%/11.0%), dependencia nicotínica (64.3%/26.7%), Abuso/dependencia de otras sustancias (60.7%/44.3%), Patologías múltiples (78.6%/38.2%) que la muestra heterosexual (p.879)
- 44 Parris en un estudio de admisiones consecutivas encontró que la tasa de homosexualidad en los desórdenes marginales de personalidad (DMP) fue de 16.7% comparado con 1.7% de un grupo control (sin DMP). El grupo de homosexuales con DMP tenía una tasa de haber sido abusados sexualmente en la niñez de 100% comparado con el 37.3% para el grupo heterosexual con DMP. Es interesante que 3 de 10 pacientes

- homosexuales con trastorno marginal reportaron incesto de padre a hijo”. (p.59)
- 45 Zubenko: “La homosexualidad fue diez veces más común entre los hombres y seis veces más común entre las mujeres con desorden psicopático marginal que en la población general o en un grupo control de deprimidos.” (p.748)
- 46 Gonsiorek discute el tratamiento de homosexuales que son también esquizofrénicos. (p.12)
- 47 Bychowski: “...aquellos homosexuales en los cuales el ego ha permanecido fijado en la etapa de narcisismo temprano, encuentran imposible reemplazar en forma permanente y resolver con éxito la realidad de los actos homosexuales, que ellos interpretan como mágicos. La estructura de tales individuos es en muchos aspectos cercana a la esquizofrenia.” (p.55)
- 48 Kaplan: “En cierto sentido, el homosexual tienen mucho en común con el narcisista, que tiene una relación amorosa consigo mismo. El homosexual, sin embargo, es incapaz de amarse tal como es, ya que está demasiado insatisfecho consigo mismo; en vez de ello, ama su ego ideal, representado por el compañero homosexual que ha elegido. De tal modo, para esta clase particular de individuo, la homosexualidad se transforma en una extensión del narcisismo.” (p.358)
- 49 Berger: “Un posible factor etiológico que no ha sido mencionado en la literatura, el aborto de un embarazo concebido por el paciente masculino que puede haber llevado a que el paciente “salga” y declare su homosexualidad, se discute.”(p.251)
- 50 American Psychiatric Association: “La Desordenada Identidad de Género puede distinguirse de la mera rebeldía a los papeles estereotípicos de conducta por la magnitud y convicción de los deseos de género opuesto, sus intereses y actividades.” (p.536)
- 51 Phillips: “La función discriminadora de 16 items... produjo una clasificación correcta del 94.4% de los hombres heterosexuales y del 91.8% de los hombres homosexuales. Estos resultados indican que los hombres hétero u homosexuales se clasifican con precisión equivalente en base a sus recuerdos de haber tenido o no haber tenido experiencias conforme a su género (masculino) en la niñez.”(p.550)
- 52 Harry: “Estos datos sugieren que alguna historia de femineidad infantil es casi siempre precursora de conducta homosexual en la adolescencia .”(p.259)

- 53 Hadden: “En mi experiencia con homosexuales masculinos, casi sin excepción reconocen que estaban mal ajustados ya al comenzar la escuela. Muchos padres se dieron cuenta de que necesitaban ayuda psiquiátrica mucho antes.”(p.78)
- 54 Rekers: “Cuando lo vimos por primera vez, el nivel de su identificación femenina era tan profundo...que sugería determinantes bioquímicos y neurológicos irreversibles. Después de 26 meses de tratamiento, se veía y actuaba como cualquier otro niño. Personas que han visto los videos de antes y después del tratamiento han comentado que ‘son dos niños distintos’.”
- 55 Brown: “En resumen, parecería que el modelo de familia con una combinación de una madre dominante y excesivamente íntima sumada a un padre desapegado y hostil o débil está sin duda relacionado al desarrollo de la homosexualidad masculina... Es sorprendente que no se haya reconocido esta relación entre las varias disciplinas que se ocupan de los niños. Un problema que se presenta con relación a esto es cómo informar y educar a los profesores y a los padres con respecto a la influencia decisiva de la familia en determinar el curso y resultado del desarrollo psicosexual del niño.. Pareciera no haber justificación para tener que esperar otros 25 o 50 años hasta poder hacer llegar esta información a aquellos que se preocupan de los niños. Y no hay excusa para que profesionales en las ciencias del comportamiento continúen haciéndole el quite a la responsabilidad de diseminar este conocimiento y estos conceptos tan ampliamente como sea posible”. (p.232)
- 56 Acosta: “...mejores expectativas para intervenir en la homosexualidad se encuentran en la prevención, en la identificación precoz y el tratamiento del niño potencialmente homosexual.”(p.9)
- 57 Green: “Este estudio longitudinal de dos grupos de niños demuestra que la asociación entre la actividad de género cruzado en la niñez y el comportamiento homosexual en la edad adulta, sugerido por estudios retrospectivos anteriores, puede ser convalidado por un estudio prospectivo de niños identificados en la clínica o referidos por las familias con Desordenada Identidad de Género en la niñez. Sin embargo, no todos los niños con comportamiento transgenérico extenso evolucionaron como homosexuales o bisexuales cuando grandes. Ningún niño en el grupo control evolucionó como bisexual u homosexual.” (p.340)

- 58 Bieber: “Los resultados terapéuticos de nuestro estudio justifican el optimismo. Muchos homosexuales llegaron a ser exclusivamente heterosexuales por el tratamiento psicoanalítico. Aunque esta modificación puede ser lograda con mayor facilidad por algunos que por otros, a nuestro parecer un cambio hacia la heterosexualidad es posible para todos los homosexuales que tienen una fuerte motivación de cambiar.” (p. 319)
- 59 Clippinger: “De 785 pacientes tratados, 307 – o sea aproximadamente 38% --fueron curados. Sumando los porcentajes de los otros dos estudios, podemos decir que al menos el 40% de los homosexuales fueron curados, y un 10 a un 30% adicional estaban mejor, dependiendo de qué estadísticas estuvieran disponibles.” (p.22)
- 60 Fine: “Ya sea que con hipnotismo...psicoanálisis de cualquier tipo, psicoterapia educativa, terapia conductual, y/o sencillamente medidas educacionales, un porcentaje considerable de homosexuales se transformaron en heterosexuales...Si los pacientes estaban motivados, sea el que sea el procedimiento adoptado, un alto porcentaje dejará la homosexualidad... La información errónea de que la homosexualidad no tiene tratamiento psicoterapéutico causa un daño incalculable a miles de mujeres... Todos los estudios a partir de Schrenk-Notzing en adelante han encontrado resultados positivos, independiente del tipo de tratamiento: (p.85-86)
- 61 Kaye: Finalmente, tenemos indicaciones de optimismo terapéutico en el tratamiento psicoanalítico de mujeres homosexuales. Encontramos, a grandes rasgos, un 50% de probabilidades de mejoría significativa en mujeres con este síndrome que buscan tratamiento y lo siguen.” (p.634).
- 62 MacIntosh interrogó a psicoanalistas que informaron que de 824 pacientes hombres vistos por 213 analistas – 197 (23.9%) cambiaron a heterosexualidad, 703 se beneficiaron significativamente con el tratamiento; y de las 391 pacientes mujeres vistas por 153 analistas – 79 (20.2%) cambiaron a heterosexualidad, 318 recibieron beneficio terapéutico significativo (p.1183)
- 63 Marmor: “Los clínicos aludidos en este volumen presentan evidencia convincente de que la homosexualidad es una condición potencialmente reversible. Cabe poca duda que muchos de los casos de éxito terapéutico reciente de homosexuales se debe a la opinión creciente entre los psicoanalistas de que la homosexualidad es un

problema de adaptación.” (p.21)

- 64 Nicolosi estudió 850 individuos y 200 terapeutas y consejeros – específicamente buscando profesionales que dicen haber logrado algunos cambios de orientación sexual. Antes de la terapia o de las sesiones de consejo, el 68% se consideraba exclusivamente o casi enteramente homosexuales, y otro 22% declaraba ser más homosexuales que heterosexuales. Después del tratamiento, sólo el 13% se consideraba exclusivamente o casi enteramente homosexuales, mientras un 33% se describían ya como exclusivamente o casi enteramente heterosexuales. El 99% de los interrogados dijo que ahora creen que el tratamiento para cambiar la homosexualidad puede ser eficaz y tener valor.
- 65 Rogers: “En general, los informes sobre el tratamiento de grupos de homosexuales son optimistas; en casi todos los casos los terapeutas reportaron resultados favorables de la terapia, ya sea que la meta de la terapia fuera alcanzar un cambio de orientación sexual o fuera una reducción de problemas concomitantes” (p.22)
- 66 Satinover revisó la literatura sobre tratamientos y encontró que sólo en los ocho años entre 1966 y 1974, la base de datos Medline (database) – que excluye muchas revistas de psicoterapia – incluía una lista de más de mil artículos sobre tratamiento de la homosexualidad. De acuerdo a Satinover, estos informes contradicen las aseveraciones de que el cambio es imposible. Más aún, sería más acertado afirmar que la evidencia que hay actualmente es muy sugerente de que la homosexualidad se puede cambiar. La mayoría de los psicoterapeutas reconocerán que en el tratamiento de cualquier condición, puede esperarse una tasa de 30%. (p.169).
- 67 Throckmorton: “En síntesis, la pregunta que debe hacerse es: Funcionan las técnicas terapéuticas para cambiar la excitación sexual no deseada? A mi modo de ver, el caso contra la terapia de conversión requiere que los opositores demuestren que ningún paciente se ha beneficiado por tales procedimientos, o que el beneficio, cualquiera que sea, es demasiado costoso, medido en alguna forma objetiva, para ser utilizado aún si funcionara. La evidencia disponible apoya la observación de muchos consejeros – que muchos individuos de orientación sexual homoerótica han sido capaces de cambiar, a través de una variedad de técnicas de consejo”. (p.287)
- 68 West resume los resultados de estudios: las técnicas de comportamiento tienen los

mayores éxitos (nunca inferior a 30%); el psicoanálisis sostiene que ha tenido mucho éxito (la tasa promedio parece ser alrededor del 25%, pero el 50% de los bisexuales lograron heterosexualidad exclusiva). “Todos los estudios que se hayan realizado sobre la conversión de orientación homosexual a heterosexual ha producido algunos éxitos.”

- 69 Barnhouse. “Estos hechos y estadísticas sobre curaciones son bien conocidas y no son difíciles de verificar. Además hay mucha gente que ha considerado su homosexualidad como una carga, ya sea por razones sociales o morales, que han logrado, con la ayuda de psicoterapia, librarse de esta síntoma; de entre estos, un número considerable han sido capaces de hacer la transición a heterosexualidad satisfactoria. Además de los estudios publicados por aquellos que se han especializado en el tratamiento de desórdenes sexuales, muchos psiquiatras y psicólogos con una práctica más general (entre los que me cuento yo) han tenido éxito en ayudar a pacientes homosexuales que han hecho una transición completa y permanente a la heterosexualidad”. (p.109)
- 70 Bergler: “En poco menos de treinta años he concluido con éxito el psicoanálisis de cien homosexuales... y he visto cerca de quinientos casos en interconsulta. En base a la experiencia adquirida, puedo hacer una declaración firme que la homosexualidad tiene un pronóstico excelente en el tratamiento psiquiátrico-psicoanalítico de uno a dos años de duración, con un mínimo de tres sesiones por semana – siempre que el paciente realmente quiera cambiar. Un número considerable de colegas han obtenido éxito similar”. (p.176)
- 71 Bieber: “Hemos seguido algunos pacientes por hasta veinte años que se han mantenido exclusivamente heterosexuales. Se estima actualmente que el cambio se logra de un 30% a un optimista 50%” (p.416).
- 72 Cappon informó que pacientes con problemas de bisexualidad, se curaron en un 90% (i.e., sin volver a conducta homosexual, y sin deseos o fantasías conscientes de tipo homosexual) en hombres que terminaron el tratamiento de acuerdo con el médico. De los pacientes homosexuales hombres: 80% mostraron mejoría importante (i.e., recaídas ocasionales, episodios de agresión, progresivamente heterosexualidad dominante)... el 50% cambiaron”. (p.265-268) De los pacientes mujeres, el 30%

cambiaron.

- 73 Caprio: “Muchos de mis pacientes, que fueron anteriormente lesbianas, se han puesto en contacto conmigo largo después de terminado el tratamiento, haciéndome saber de que están felices casadas y que están convencidas de que nunca volverán a la vida homosexual.” (p.299)
- 74 Ellis: “...se piensa que hay razones para creer que la mayoría de los homosexuales que están preocupados seriamente por su condición y están dispuestos a hacer un esfuerzo para mejorar, pueden, en el curso de psicoterapia de orientación psicoanalítica, ser ayudados a alcanzar una orientación heterosexual más satisfactoria.” (p.194).
- 75 Hadden: En mi experiencia he llegado a la conclusión de que los homosexuales pueden ser tratados más eficazmente en terapia de grupo cuando se incorporan a grupos exclusivamente homosexuales. En tales grupos la racionalización de que la homosexualidad es un estilo de vida que quieren mantener es destruída por los otros homosexuales del grupo .” (P.814).
- 76 Hadden: “A medida que cada paciente se incorpora al grupo, le dejamos en claro que no consideramos la homosexualidad como una enfermedad particular, sino como un síntoma de una constelación de mal ajuste...Anticipo que más de un tercio de los pacientes que permanecen en terapia van a experimentar una inversión de su conducta sexual, pero el tratamiento puede tener que continuar por dos años o más.”(p114)
- 77 Hadfield publicó la curación de ocho homosexuales: “por cura no quiero decir... que el homosexual sea capaz de controlar su inclinación...Ni...quiero decir que el paciente se encuentre capaz de tener relaciones sexuales y tener hijos; porque podría ser capaz de hacer esto con la ayuda de fantasías homosexuales. Por ‘curación’ quiero decir que pierde su inclinación hacia su mismo sexo y tiene sus intereses sexuales dirigidos hacia personas del sexo opuesto, de modo que llega a ser, en todos los aspectos, una persona sexualmente normal”. (p.1323)
- 78 Hatterer reportó: 49 pacientes cambiaron (20 casados, de estos, 10 permanecían casados, 2 divorciados, 18 lograron adaptarse heterosexualmente); 18 se recuperaron

parcialmente, se mantenían solteros; 76 persistieron en la homosexualidad (28 con paliativos, 58 sin cambio) “Una población grande no identificada se ha fusionado con la sociedad heterosexual, personas que tuvieron conducta homosexual en la adolescencia tardía y edad adulta temprana, y quienes, por sí mismos, resolvieron sus conflictos y abandonaron esa conducta para desarrollar matrimonios con éxito, o lograr una adaptación de tipo bisexual.” (p.14)

- 79 Kronemeyer: “De mis 25 años de experiencia como psicólogo clínico, creo firmemente que la homosexualidad es una respuesta aprendida a través de experiencias dolorosas a edad temprana y que puede ser des-aprendida, por aquellos homosexuales que no están felices con su estilo de vida, y que si encuentran terapia adecuada, es ‘curable’”.(p.7)
- 80 Exodus North America Update (puesta al día) publica una carta mensual con testimonios de hombres y mujeres que han abandonado la homosexualidad. PO Box 77652, Seattle WA 98177, USA, véanse los números de 1990 a 2000.
- 81 “APA “Fact sheet: Homosexuality and Bisexuality:... No hay evidencia científica publicada a favor de la eficacia de ‘terapia reparativa’ como tratamiento para cambiar la orientación sexual de la persona.”
- 82 Herek: “En fecha tan reciente como Enero de 1990, el Dr. Bryant Welch, Director Ejecutivo para la Práctica Profesional de la Asociación Americana de Psicología, declaró que ‘no hay evidencia científica en apoyo de la eficacia de ninguna de las terapias de conversión que intentan cambiar la orientación sexual de la persona’ y que ‘datos de investigación sugieren que los esfuerzos para ‘reparar’ a los homosexuales no son más que prejuicio social disfrazado de vestiduras psicológicas’”. (p.152)
- 83 Tripp: “Desde mi punto de vista, no hay indicación que cambios radicales de la vida sexual puedan ser nunca logrados a través de terapia, ni sería especialmente deseable, de todos modos. La mejor orientación sexual de una persona es aquella que lo ayuda a obtener el máximo de sí mismo, espontáneamente. Eliminar su sentimientos de culpa y su expectativa infantil de ser como los demás es camino del cielo que va a proporcionarle la confianza y la energía necesarias para una integración social mucho más fluida... Como la homosexualidad es una orientación

alternativa y no una enfermedad, la 'cura' es obviamente imposible. Lo que pasa por 'cura' es una supresión de síntomas en apariencia, o la negación lisa y llana.” (p.48)

84 Goetz revisó 17 estudios y encontró un total del 44 personas que eran exclusiva o predominantemente homosexuales, que experimentaron un cambio total de orientación sexual.

85 Coleman: “...ofrecer cura a los homosexuales que piden un cambio en su orientación sexual no es, en mi opinión, ético. Hay evidencia, como la que se revisa en este trabajo, que terapeutas pueden ayudar a algunos individuos a cambiar su conducta por un período de tiempo. La duda permanece si es beneficioso para el paciente el cambiar su conducta hacia algo que no es consecuente o congruente con su orientación sexual.” (p.354)

86 Herron: “Cambiar la conducta de una persona, de homosexual a heterosexual podría lograrse al trabajar con una potencialidad ya presente, pero esto no cambiaría realmente la preferencia de la persona. Si bien puede parecer que el psicoanálisis pueda cambiar la orientación sexual de una persona, en verdad es este un logro limitado que ocurre sólo ocasionalmente, y aún entonces es de duración dudosa.”(p.179)

87 Acosta: “La mayoría de los éxitos terapéuticos parecen haber sido con bisexuales más que con homosexuales exclusivos. El uso combinado de psicoterapia y técnicas específicas de conducta pareciera ofrecer alguna promesa de adaptación heterosexual con cierta clase de pacientes.” (p.9)

88 Davison: “...aunque uno pudiera demostrar que la preferencia sexual podría ser modificada por una experiencia de aprendizaje negativo, queda la duda de cuán pertinentes son esos datos a la cuestión ética de si uno debiera involucrarse en regímenes de cambio de conducta. La sencilla verdad es que los datos sobre la posible eficacia son muy sin importancia. Aún cuando pudiéramos efectuar ciertos cambios, tendríamos que considerar la pregunta de fondo de si debiéramos hacerlo. Yo creo que no debiéramos.”(p.96) “Programas terapéuticos de cambio de orientación debieran ser eliminados. El que se encuentren disponibles confirma el prejuicio de la sociedad y de profesionales contra la homosexualidad, a pesar de la

aparentemente creciente retórica sobre su normalidad...”(p.97)

89 Gittings: “La comunidad homosexual ve los esfuerzos de cambiar a los homosexuales a la heterosexualidad, o a moldear jóvenes, posiblemente más maleables, de la homosexualidad a la heterosexualidad...como un asalto a nuestra gente, comparable al genocidio.”

90 Begelman: “Los esfuerzos de terapia behaviorista (de comportamiento) de reorientar a homosexuales hacia la heterosexualidad por el hecho de existir constituye un elemento causal de refuerzo ala doctrina social de que la homosexualidad es mala.” (p.180)

91 Begelman: Mi recomendación de que los terapeutas de conducta (behavioristas) consideren abandonar la administración de técnicas de reorientación sexual se basa en las siguientes consideraciones. La administración de estos programas refuerza la idea de la sociedad sobre la homosexualidad. El significado del acto de proporcionar servicios de reorientación es otro elemento más en un vínculo causal de opresión.” (p.217)

92 Murphy: “No habría técnicas de reorientación si no hubiera la interpretación de que el homoeroticismo es un estado inferior, interpretación que de muchas maneras continúa siendo definida médicamente, forzada criminalmente, sancionada por la sociedad y justificada por la religión. Y es en esta interpretación moral, más que en la teoría médica dominante hoy en día, que todos los programas de reorientación sexual tienen su origen y su justificación común.” (p.520)

93 Sleek cita a Linda Garnet, Presidenta de la APA Comité para el avance de la Sicolología para beneficio del Público, quien afirma que las terapias de reorientación “se alimentan del prejuicio social hacia los gay y puede exacerbar los problemas de un paciente con pobre auto estimación, vergüenza y sentimientos de culpa.”

94 Smith: “naturalmente, todos los padres quisieran que sus niños fueran felices y que se parezcan a ellos, y si fuera posible impedir una adaptación homosexual (para no mencionar el transexualismo) la mayoría de los padres celebrarían la intervención. Por otra parte, esto despierta dudas de ética similares a las líneas de otras ‘Soluciones Finales’ a problemas de minorías.” (p.67)

95 Begelman: “La recomendación no se basa en ningún desacuerdo abstracto con el

principio de que los pacientes tienen el derecho de buscar ayuda para reducir la ansiedad o las molestias. Pero toma conocimiento del hecho que la persona homosexual que busca tratamiento lo hace la mayor parte de las veces porque ha sido forzado a adoptar una visión convencional y prejuiciada de su conducta. Sobre qué base ética, podemos preguntar, estamos obligados a abandonar al paciente a favor de una lealtad a un conjunto de consideraciones abstractas.” (p.217)

96 Silverstein: “Sugerir que una persona busque voluntariamente cambiar su orientación sexual es ignorar las poderosas tensiones del ambiente, opresión y si se quiere, que les han dicho por muchos años que debieran cambiar... Lo que los trae a la consulta es sensación de culpa, vergüenza, y la soledad que nace de su secreto. Si uno los quiere ayudar realmente a elegir con entera libertad, sugiero que empiecen por desensibilizarlo de su sentimiento de culpa. Permítanle deshacerse de la vergüenza causada por sus deseos y comportamiento y a sentirse cómodos con su sexualidad. Después de eso, déjenlo elegir, pero no antes.” (p. 4)

97. Barrett: “Ayudar a los “gay” y lesbianas a separarse de la autoridad religiosa externa puede desafiar la aceptación de tales principios por el consejero.” (p.8)

98 Nelson, profesor de ética Cristiana, defiende la infidelidad homosexual:”... No es sensible ni justo el juzgar a los hombres ‘gay’ y a las lesbianas por el ideal heterosexual de una relación monógama... Algunas de esas parejas (como también algunas parejas heterosexuales) han explorado relaciones en las que se admite la posibilidad de intimidad sexual con otras personas secundarias.” (p.173)

99 Mirkin: “Este artículo argüirá que, tal como la homosexualidad, el concepto de abuso sexual de niños es una creación moderna, cultural y específica de cierta clase. Aunque los Americanos consideran el sexo entre distintas generaciones como maligno, ha sido permisible u obligatorio en muchas culturas y edades históricas. Relaciones con varones jóvenes son especialmente frecuentes.” (p.4)

100 Smith: “Pedofilia puede ser una etiqueta cultural, y no algo inherente a la medicina o psiquiatría; investigaciones antropológicas apoyan este punto de vista.” (p.68)

101 Davison: “Bieber et al. Encontraron que lo que ellos llamaron ‘una madre de intimidad constrictiva’ estaba presente mucho más frecuentemente en la historia de la vida de

los pacientes homosexuales en análisis que entre los controles heterosexuales. Pero qué hay de malo con tal madre a menos que uno la encuentre en los antecedentes de personas cuya conducta actual uno juzga por anticipado que es patológica? Aún más, aunque un trastorno emocional se encuentre en un homosexual, podría argumentarse que el problema se debe a la extrema dureza bajo la cual la persona ha tenido que vivir en una sociedad que afirma que los homosexuales son estafalarios (queer) y que los oprime en forma activa.” (p.92).

102 Menvielle en una carta crítica de un artículo sobre GID (Sesordenada Identidad de Género) por Bradley y Zucker (1997): “Las implicaciones éticas de si GID en la niñez sea un trastorno psiquiátrico, contra la posibilidad de que sea una manifestación de orientación homosexual normal es vital porque el etiquetar niños prehomosexuales como trastornados sería incorrecto.”(p.243) Bradley and Zucker contestaron: “El Dr. Menvielle es ingenuo en su suposición de que estos niños estarían felices si se les permitiera simplemente ‘crecer’ siguiendo esta conducta e intereses de género cruzado

103 Fitzgibbons: “La experiencia me ha enseñado que la curación es un proceso difícil, pero que a través de esfuerzos compartidos del terapeuta y del paciente, heridas emocionales graves pueden cerrar en el curso del tiempo (p.96)

104 Doll: 42% de una muestra de 1,001 homosexuales varones acusaron experiencias en la infancia que cumplen con las condiciones de abuso sexual.

105 Stephan: “...homosexuales informaron haber experimentado su primer orgasmo a una edad más temprana que los heterosexuales”. El primer orgasmo del 24% de los homosexuales sucedió durante un contacto homosexual, contra el 2% en los heterosexuales. (p. 511)

106 Bell: Edad promedio de el primer encuentro homosexual 9.7 años. Primer encuentro sexual de heterosexuales, 11.6 años.

107 Johnson: “Los 40 muchachos adolescentes que informaron haber sido víctimas sexuales fluctuaban en edad entre los 15 y los 21 años a la fecha de su primera visita a la clínica... Ningún adolescente de menos de 15 años informó haber sido asaltado sexualmente, y sólo seis de los 40 tenían menos de 17 años... Sólo seis de los 40 pacientes relataron haber revelado el asalto a alguna persona antes de la entrevista

- en la clínica....Los seis se identificaron como homosexuales al presente.” (p.374)
- “Aunque cerca de la mitad de los adolescentes en la población de enfermos varones de la clínica tienen menos de 15 años, todos los adolescentes que revelaron el haber sido abusados eran mayores de 15 años. Dado que todos los abusos reportados sucedieron durante los años de la preadolescencia, sólo podemos especular que nuestros varones jóvenes no informaron sobre abuso sexual previo .” De los 40 que informaron de abuso sexual, 47.5% se identificaron como homosexuales. (p.375)
- 108 Saghir y Robins encontraron que mientras menos del 6% de heterosexuales varones de menos de 19 años y 0% de aquellos de más de 19 años se masturbaban cuatro o más veces por semana, el 46% de los homosexuales de menos de 19, 31% de los entre 20 y 29 años, y 26% de aquellos de más de 30 años, lo hacían. (p.49-50)
- 109 Beitchman:”...niños de edad escolar de ambos sexos que han sido abusados, como sus contrapartidas preescolares abusados, aparecían como más probable que expresaran conducta sexual inadecuada (ej.: masturbación excesiva, preocupación sexual, y agresión sexual) que los niños normales y los controles clínicos. (p.544)
- 110 Goode: Nunca se habían masturbado – 28% de mujeres sin experiencia homosexual contra 0% de las con experiencia homosexual. Se masturbaron 6 veces o más en el último mes – 13% de las sin experiencia homosexual, contra 50% de las experimentadas.
- 111 Saghir y Robins encontraron que el 40% de hombres homosexuales pagaron o recibieron dinero por sexo, contra 17% de los controles (no homosexuales), que pagaron por él, y ninguno recibió. (p.81)
- 112 Fifield:”...un número alarmante de hombres y mujeres homosexuales (31.96%) están atrapados en un estilo de vida centrado en el alcohol.
- 113 Saghir y Robins encontraron que el 30% de los homosexuales en su muestra reportaban beber en forma excesiva o dependencia alcohólica, contra el 20% de los heterosexuales. (p.119)
- 114 Beitchman: “Revisión de estudios que reportan sintomatología de adolescentes que han sido abusados sexualmente revelaron la presencia de depresión, baja auto estimación e ideas de suicidio.”(p.544)
- 115 Zucker:”...En general estamos de acuerdo con los que (p.ej.: Green 1972; Newman

1976; Stoller, 1978) creen que mientras más temprano comience el tratamiento, mejor.” (p. 281) “Ha sido nuestra experiencia que un número significativo de niños y sus familias pueden cambiar mucho. En estos casos, el desorden de identidad de género se puede resolver completamente, y nada de la conducta o fantasías del niño sugiere que pueda haber temas de identificación sexual en permanente conflicto... Si consideramos todo, sin embargo, tomamos la posición de que en tales casos un clínico debiera ser optimista en lugar de pesimista, sobre la posibilidad de ayudar a los niños a hacerse más seguros en su identidad de género.”(P. 282)

- 116 Newman: “Niños femeninos, a diferencia de hombres con desorden de género postpuberal, parecieran responder muy bien al tratamiento.” (p. 684)
- 117 Newman: “Las bromas y rechazo social por los muchachos iguales disminuyen, y son reemplazadas por aceptación. Durante los primeros 12 a 24 meses de tratamiento, estos pacientes empiezan a disfrutar el ser aceptados como muchachos, y esa aceptación es un refuerzo continuado y poderoso .”(p.684)
- 118 Bradley: “Nuestra experiencia es que tales sufrimientos disminuyen radicalmente, que la autoestimación mejora cuando los padres son capaces de valorar al niño y de apoyarlo y estimular la conducta sexual apropiada.” (p.245)
- 119 Bates: “Parece probable que es la combinación de ser afeminado, tímido, con aversión social; e inmadurez que juntas constituyen razones suficientes para que los padres, las escuelas y otros puedan buscar atención médica para tratar la conducta afeminada.” (p.14)
- 120 Newman: “Las madres generalmente temen perder la compañía del hijo, a medida que se pone más masculino y por consiguiente son reacias a comenzar un programa de tratamiento.” (p.684)
- 121 Garafalo: “ Muchachos ‘gay’ y bisexuales pueden tomar más riesgos, y involucrarse en actividades peligrosas a una edad más joven que los muchachos que se describen a sí mismos como heterosexuales. Muchachos ‘gay’, lesbianas y bisexuales tenían mayor tendencia a contemplar o intentar suicidarse, abusar de alcohol o drogas, participar en actividad sexual riesgosa, o ser víctimas de ella, y a iniciar estas actividades a una edad más temprana”.
- 122 Osmond et al. Hicieron una encuesta de hogares de hombres solteros, de 18 a 29 años

de edad, y encontraron que de 328 hombres homosexuales, el 20.1% tuvieron un test positivo para VIH.

- 123 Stall: "...la prevalencia del uso de algunas drogas en esta muestra de una comunidad 'gay' urbana es muy alta, y hay diferencias significativas entre el número de drogas usadas por los homosexuales y los heterosexuales que contestaron. El descubrimiento que un número grande de hombres 'gay' usan varias clases diferentes de drogas sugiere la posibilidad de que el uso combinado de drogas sea relativamente común entre los hombres 'gay'." (p.71)
- 124 Signorille, citando a Steve Troy: "Es la edad del SIDA y pienso que la actitud de la gente es, 'No se cuánto tiempo voy a vivir...La mayoría de las personas que van a fiestas de nuestro grupo son VIH positivas, al menos así creo. Su actitud es, 'Voy a vivir para el momento presente'. Las fiestas del grupo son la única salida que tenemos para el escapismo total. Lo desafortunado de esto es que cuando usamos drogas, nos desinhibimos mucho más. Cosas que no haríamos normalmente cuando estamos en nuestros cinco sentidos, las hacemos... Y, para decir la verdad, no puedo decir que sea... no puedo decir que no lo haya hecho yo también. Cuando la gente usa drogas, las chances de sexo no protegido es mayor – como diez veces mayor." (p.116)
- 125 Rekers: "Con 'grants' de investigación del National Institute of Mental Health, he demostrado experimentalmente un tratamiento afectivo para la "desordenada identidad de género de la niñez" que parece tener la capacidad de prevenir la orientación homosexual en varones, si se aplica extensamente en la población".
- 126 Mulry: "...hombres que no tomaban antes de tener relaciones tenían pocas posibilidades de involucrarse en coito anal sin protección, mientras que el 90% de hombres que habían tenido al menos un episodio de coito anal sin protección también habían tomado, al menos algunas veces, antes de las relaciones." El trabajo encontró: "ausencia virtual de individuos que no bebían pero que se envolvían en coito anal sin protección." (p.181)
- 127 Bell: 62% de 575 hombres homosexuales en un estudio publicado en 1978 habían contraído enfermedades de transmisión sexual por contactos homosexuales.
- 128 Rotello: "¿Quién puede querer animar a sus hijos a involucrarse en una vida que los

expone a tener un 50% de chance de infección por el VIH? ¿Quién podría mantenerse neutral ante tal posibilidad? Si la razón para que la sociedad tolere la homosexualidad es que permite a los niños ‘gay’ tener la misma chance de alcanzar la felicidad, la razón está dañada sin remedio por la epidemia que rechaza la felicidad”.(p.286)

129 Stall: “Aunque se usen diseños complicados, la eficacia de las intervenciones educativas para reducir el riesgo de infección por VIH, no ha podido ser demostrada en forma consistente...Más educación, durante períodos más largos, no pareciera ser efectiva para determinar cambios de conducta en hombres que están crónicamente expuestos a alto riesgo.” (p.883)

130 Calabrese, Harris y Easley estudiando una muestra de hombres ‘gay’ viviendo fuera de las grandes comunidades homosexuales de la costa, encontraron que ni la participación en conferencias sobre sexo seguro, leer folletos sobre sexo seguro, recibir consejos de un médico sobre SIDA, ser examinados para anticuerpos contra VIH, ni terapia de consejo en un centro distinto, se asoció con participación en sexo seguro.

131 Hoover: “La probabilidad sumada de seroconversión [de VIH- a VIH+] antes de la edad de 55 años es de alrededor de 50%, con seroconversión que puede continuar después de esa edad. Dado que este grupo consiste en voluntarios que reciben extensa educación sobre la transmisión del VIH-1, las tasas de seroconversión futuras de la población homosexual general puede ser aún más alta que lo observado aquí.”(p.1190)

BIBLIOGRAPHY FOR CMA STATEMENT ON HOMOSEXUALITY

Acosta, F. (1975) Etiology and treatment of homosexuality: *A review. Archives of Sexual Behavior.* 4: 9 - 29.

American Psychiatric Association (1997) *Fact Sheet: Homosexuality and Bisexuality.* Washington DC:APA. Sept.

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual IV*.
Washington DC: APA.
- Apperson, L., McAdoo, W. (1968) Parental factors in the childhood of homosexuals.
Journal of Abnormal Psychology. 73, 3: 201 - 206.
- Bailey, J., Miller, J., Willerman, L. (1993) Maternally rated childhood gender
nonconformity in homosexuals and heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 22,
5: 461 - 469.
- Bailey, J. Pillard, R. (1991) A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General
Psychiatry*. 48: 1089 - 1096.
- Barnhouse, R. (1977) *Homosexuality: A Symbolic Confusion*. NY: Seabury Press.
- Barrett, R., Barzan, R. (1996) Spiritual experiences of gay men and lesbians. *Counseling
and Values*. 41: 4 - 15.
- Bates, J., Skilbeck, W., Smith, K, Bentley, P. (1974) Gender role abnormalities in boys: An
analysis of clinical rates. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2, 1: 1 - 17.
- Begelman, D. (1977) Homosexuality and the ethics of behavioral intervention. *Journal of
Homosexuality*. 2, 3: 213 - 218.
- Begelman, D.(1975) Ethical and legal issues of behavior modification (in Hersen, M.,
Eisler, R., Miller, P. *Progress in Behavior Modification*. NY: Academic).
- Beitchman, J., Zucker, K., Hood, J., DaCosta, G., Akman, D. (1991) A review of the short-
terms effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 15: 537 - 556.
- Bell, A., Weinberg, M., Hammersmith, S. (1981) *Sexual Preference: Its Development in
Men and Women*: Bloomington IN: Indiana U.P.
- Bell, A., Weinberg, M. (1978) *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and
Women*. NY: Simon and Schuster.
- Bene, E. (1965) On the genesis of male homosexuality: An attempt at clarifying the role of
the parents. *British Journal of Psychiatry*. 111: 803 - 813.
- Berger, J. (1994) The psychotherapeutic treatment of male homosexuality. *American
Journal of Psychotherapy*. 48, 2: 251 - 261.
- Bergler, E. (1962) *Homosexuality: Disease or Way of Life*. NY: Collier Books.
- Bieber, I., Bieber, T. (1979) Male homosexuality. *Canadian Journal of Psychiatry*. 24, 5:
409 - 421.

- Bieber, I. (1976) A discussion of "Homosexuality: The ethical challenge." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 44, 2: 163 - 166.
- Bieber, I. et al. (1962) *Homosexuality: A Psychoanalytic Study of Male Homosexuals*. NY: Basic Books.
- Bieber, T. (1971) Group therapy with homosexuals. (In Kaplan, H., Sadock, B. *Comprehensive Group psychotherapy*, Williams & Wilkins: Baltimore MD).
- Blitch, J., Haynes, S. (1972) Multiple behavioral techniques in a case of female homosexuality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 3: 319 - 322.
- Bradley, S., Zucker, K. (1998) Drs. Bradley and Zucker reply. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 3: 244 - 245.26
- Bradley, S., Zucker, K. (1997) Gender identity disorder: A review of the past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34, 7: 872 - 880.
- Brown, D. (1963). Homosexuality and family dynamics. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 27: 227 - 232.
- Burr, C. (1996) Suppose there is a gay gene...What then?: Why conservatives should embrace the gay gene. *The Weekly Standard*. Dec. 16.
- Bychowski, G. (1954) The structure of homosexual acting out. *Psychoanalytic Quarterly*. 23: 48 - 61.
- Byne, W., Parsons, B. (1993) Human sexual orientation: The biologic theories reappraisal. *Archives of General Psychiatry*. 50: 229 - 239.
- Calabrese, L., Harris, B., Easley, K. (1987) *Analysis of variables impacting on safe sexual behavior among homosexual men in the area of low incidence for AIDS*. Paper presented at the Third International Conference for AIDS. Washington DC. (in Stall 1988)
- Cappon D. (1965) *Toward and Understanding of Homosexuality*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Caprio, F. (1954) *Female Homosexuality: A Psychodynamic Study of Lesbianism*. NY: Citadel.
- Catechism of the Catholic Church (CCC)*

- Chapman, B., Brannock, J. (1987) Proposed model of lesbian identity development: An empirical examination. *Journal of Homosexuality*. 14: 69 - 80.
- Clippinger, J. (1974) Homosexuality can be cured. *Corrective and Social Psychiatry: Journal of Behavior Technology Methods and Therapy*. 21, 2: 15 - 28
- Coleman, E. (1978) Toward a new model of treatment of homosexuality: A review. *Journal of Homosexuality*. 3, 4: 345 - 357.
- Conrad, S., Wincze, J. (1976) Orgasmic reconditioning: A controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals. *Behavior Therapy*. 7: 155 -166.
- Crewdson, J. (1995) Study on 'gay gene' challenged. *Chicago Tribune*. June 25.
- Davison, G. (1982) Politics, ethics and therapy for homosexuality. (in Paul, W., Weinrich, J., Gonsiorek, J., Hotredt, M., Homosexuality: *Social, Psychological and Biological Issues*. Berverly Hills CA: Sage) 89 - 96.
- Doll, L., Joy, D., Batholow, B., Harrison, J., Bolan, G., Douglas, J., Saltzman, L., Moss, P., Delgado, W. (1992) Self-reported childhood and adolescent sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse & Neglect*. 18: 825 - 864.
- de Beauvoir, S. (1953) *The Second Sex*. NY: Knopf: .
- Eckert, E., Bouchard, T., Bohlen, J., Heston, L. (1986) Homosexuality in monozygotic twins reared apart. *British Journal of Psychiatry*. 148: 421 - 425.
- Eisenbud, R. (1982) Early and later determinants of lesbian choice. *Psychoanalytic Review*. 69, 1: 85 - 109
- Ellis, A. (1956) The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*. 20, 3: 191 - 195.
- Engel, B. (1982) *The Right to Innocence*. Los Angeles: Jeremy Tarcher.
- Ernulf, K., Innala, S., Whitam, F. (1989) Biological explanation, psychological explanation, and tolerance of homosexual: A cross-national analysis of beliefs and attitudes. *Psychological Reports*. 65: 1003 - 1010.
- Exodus North America (1990-2000) *Update*. Exodus: Seattle WA.
- Fergusson, D., Horwood, L., Beautrais, A. (1999) Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?" *Archives of General Psychiatry*. 56, 10: 876 -888.

- Fifield, L., Latham, J., Phillips, C. (1977) *Alcoholism in the Gay Community: The Price of Alienation, Isolation and Oppression*, A Project of the Gay Community Service Center, Los Angeles, CA.
- Fine, R. (1987) Psychoanalytic theory. (in Diamant L. *Male and Female Homosexuality: Psychological Approaches*. Washington: Hemisphere Publishing.) 81 - 95.
- Finkelhor, D. et al. (1986) *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Newbury Park CA: Sage.
- Finkelhor, D (1984) *Child sexual abuse: New theory and research*. NY: The Free Press.
- Fisher, S., Greenberg, R. (1996) *Freud Scientifically Reappraisal*. NY: Wiley & Sons.
- Fitzgibbons, R. (1999) The origins and therapy of same-sex attraction disorder. (in Wolfe, C. *Homosexuality and American Public Life*. Spense) 85 - 97.
- Friedman, R. Stern, L. (1980) Juvenile aggressivity and sissiness in homosexual and heterosexual males. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 8, 3: 427 - 440.
- Friedman, R., Wollesen, F., Tandler, R. (1976) Psychological development and blood levels of sex steroids in male identical twins of divergent sexual orientation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 163, 4: 282 - 288. 27
- Friedman, R. (1988) *Male Homosexuality: A Contemporary Psychoanalytic Perspective*. New Haven: Yale U. Press.
- Gadd, J. (1998) New study fails to find so-called 'gay gene'. *Toronto Globe and Mail*. June 2.
- Garofalo, R., Wolf, R., Kessel, S., Palfrey, J., DuRant, R., (1998) The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents: Youth risk behavior survey. *Pediatrics*. 101, 5: 895 - 903.
- George, Cardinal (1999) Address to National Association of Catholic Diocesan Lesbian & Gay Ministries, Chicago, IL *LifeSite Daily News*: October 26.
- Gittings, B. (1973) *Gay, Proud, Healthy*. Philadelphia PA: Gay Activists Alliance.
- Goetze, R. (1997) *Homosexuality and the Possibility of Change: A Review of 17 Published Studies*. Toronto Canada: New Directions for Life.
- Goldberg, S. (1992) What is normal?: If something is heritable, can it be called abnormal? But is homosexuality heritable. *National Review*. Feb. 3. 36 - 38.
- Golwyn, D., Sevlie, C. (1993) Adventitious change in homosexual behavior during

- treatment of social phobia with phenelzine. *Journal of Clinical Psychiatry*. 54, 1: 39 - 40.
- Gonsiorek, J. (1982) The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations. (in *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth) 9 - 20.
- Goode, E., Haber, L. (1977) Sexual correlates of homosexual experience: An exploratory study of college women. *Journal of Sex Research*. 13, 1: 12 - 21
- Green, R. Newman, L., Stoller, R. (1972) Treatment of boyhood "transsexualism," *Archives of General Psychiatry*. 26: 213 - 217 (in Zucker 1975)
- Green, R. (1974) *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore: Penguin.
- Green, R. (1985) Gender identity in childhood and later sexual orientation: Follow-up of 78 males. *American Journal of Psychiatry*. 142, 3: 339 - 441.
- Green, R. (1988) The immutability of (homo) sexual orientation: Behavioral science implications for a constitutional analysis. *Journal of Psychiatry and Law*. 16, 4: 537 - 575.
- Gundlach, R., Riess, B. (1967) Birth order and sex of siblings in a sample of lesbians and non-lesbians. *Psychological Reports*. 20:61 - 62.
- Hadden, S. (1967a) Male homosexuality. *Pennsylvania Medicine*. Feb.: 78 - 80
- Hadden, S. (1967b) A way out for homosexuals. *Harper's Magazine*. March: 107 - 120.
- Hadden, S. (1958) Treatment of homosexuality by individual and group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. March. 810 - 815.
- Hadfield, J. (1958) The cure of homosexuality. *British Medical Journal*. 1: 1323 - 1326.
- Hamer, D., Hu, S., Magnuson, V., Hu, A., Pattatucci, A. (1993) A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*. 261: 321 - 327.
- Harry, J. (1989) Parental physical abuse and sexual orientation in males. *Archives of Sexual Behavior*. 18, 3: 251 - 261.
- Hatterer, L. (1970) *Changing Homosexuality in the Male*. NY: McGraw-Hill.
- Herek, G. (1991) Myths about sexual orientation: A lawyer's guide to social science research. *Law & Sexuality*. 1: 133 - 172.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., Tsuang, M. (1999) A co-twin control study in adult Men: Sexual orientation and suicidality. *Archives of General Psychiatry*. 56, 10: 867 - 874.

- Herron, W., Kinter, T., Sollinger, I., Trubowitz, J. (1982) Psychoanalytic psychotherapy for homosexual clients: New concepts. (in Gonsiorek, J. *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth)
- Heston, L., Shield, J. (1968) Homosexuality in twins. *Archives of General Psychiatry*. 18: 149 - 160.
- Hockenberry, S., Billingham, R. (1987) Sexual orientation and boyhood gender conformity: Development of the boyhood gender conformity scales (BGCS) *Archives of Sexual Behavior*. 16, 6: 475 - 492.
- Hoover, D., Munoz, A., Carey, V., Chmiel, J., Taylor, J., Margolick, J., Kingsley, L., Vermund, S. (1991) Estimating the 1978 - 1990 and future spread of human immunodeficiency virus type 1 in subgroups of homosexual men. *American Journal of Epidemiology*. 134, 10: 1190 - 1205.
- Horgan, J. (1995) Gay genes, revisited: Doubts arise over research on the biology of homosexuality. *Scientific American*. Nov. : 28.
- Hurst, E. (1980) *Homosexuality: Laying the Axe to the Roots*. Minneapolis MN: Outpost.
- Isay, R., Friedman, R. (1989) Toward a further understanding of Homosexual Men. *Journal of the American Psychoanalytic Association: Scientific Proceedings*. 193 - 206. 28
- Johnson, R., Shrier, D. (1985) Sexual victimization of boys: Experience at an adolescent medicine clinic. *Journal of Adolescent Health Care*. 6: 372 - 376.
- Kaplan, E. (1967) Homosexuality: A search for the ego-ideal. *Archives of General Psychology*. 16: 355 - 358.
- Kaye, H., Beri, S., Clare, J., Eleston, M., Gershwin, B., Gershwin, P., Kogan, L., Torda, C., Wilber, C. (1967) Homosexuality in Women. *Archives of General Psychiatry*. 17: 626 - 634.
- Kronemeyer, R. (1980) *Overcoming Homosexuality*. NY: Macmillan
- LeVay, S. (1991) A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*. 258: 1034 - 1037.
- MacIntosh, H. (1994) Attitudes and experiences of psychoanalysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 42, 4: 1183 - 1207.
- Mallen, C. (1983) Sex role stereotypes, gender identity and parental relationships in male homosexuals and heterosexuals. *Homosexuality and Social Sex Roles*. 7: 55 - 73.

- Marmor, J. (1965) *Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality*. NY: Basic
- Marmor, J. (1975) Homosexuality and Sexual Orientation Disturbances. (In Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry: II*, Second Edition. Baltimore MD: Wilkins & Wilkins)
- Master, W., Johnson, V. (1979) *Homosexuality in Perspective*. Boston: Little Brown, Co.
- McConaghy, (1980) A pair of monozygotic twins discordant for homosexuality: Sex-dimorphic behavior and penile volume responses. *Archives of Sexual Behavior*. 9: 123 - 131.
- McGuire, T. (1995) Is homosexuality genetic? A critical review and some suggestions. *Journal of Homosexuality*. 28, 1/2: 115 - 145.
- Menvielle, E. (1998) Gender identity disorder (Letter to the editor in response to Bradley and Zucker article). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 3: 243 -244
- Mirkin, H. (1999) The pattern of sexual politics: Feminism, homosexuality, and pedophilia. *Journal of Homosexuality*. 37, 2: 1 -24.
- Morris, M., Dean, L. (1994) Effects of sexual behavior change on long-term human immunodeficiency virus prevalence among homosexual men. *American Journal of Epidemiology*. 140, 3: 217 - 232.
- Mulry, G., Kalichman, S., Kelly, J. (1994) "Substance use and unsafe sex among gay men: Global versus situational use of substances. *Journal of Sex Educators and Therapy*. 20, 3: 175 - 184.
- Murphy, T. (1992) Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *Journal of Sex Research*. 29: 501- 523.
- NARTH (2000) "Dr. Laura" Interview Psychiatric Association's Robert Spitzer. NARTH Bulletin. 8,1:26- 27.
- Nelson, J. (1982) Religious and moral issues in working with homosexual clients.(in Gonsiorek, J. *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth) 163 - 175.
- Newman, L. (1976) Treatment for the parents of feminine boys. *American Journal of Psychiatry*. 133, 6: 683 - 687.
- Nicolosi, J., Byrd, A., Potts, R. (1998) *Towards the Ethical and Effective Treatment of Homosexuality*. Encino CA: NARTH.

- Osmond, D., Page, K., Wiley, J., Garrett, K., Sheppard, H., Moss, A., Schrage, K., Winkelstein, W. (1994) HIV infection in homosexual and bisexual men 18 to 29 years of age: The San Francisco young men's health study. *American Journal of Public Health*. 84, 12: 1933 - 1937.
- Parker, N. (1964) Homosexuality in twins: A report on three discordant pairs. *British Journal of Psychiatry*. 110: 489 - 492.
- Parris, J., Zweig-Frank, H., Guzder, J. (1995) Psychological factors associated with homosexuality in males with borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 9, 11: 56 - 61
- Phillips, G., Over, R. (1992) Adult sexual orientation in relation to memories of childhood gender conforming and gender nonconforming behaviors. *Archives of Sexual Behavior*. 21, 6: 543 - 558.
- Pillard, R. (1988) Sexual orientation and mental disorder. *Psychiatric Annals*. 18, 1: 52 - 56.
- Piskur, J., Degelman, D. (1992) Effect of reading a summary of research about biological bases of homosexual orientation on attitudes toward homosexuals. *Psychological Reports*. 71: 1219 -1225.
- Porter, R. (1996) Born that Way: A review of Queer Science: The Use and Abuse of Research into Homosexuality by Simon LeVay and A Separate Creation by Chandler Burr. *New York Times Book Review*. August 11.
- Rainer, J. et al. (1960) Homosexuality and heterosexuality in identical twins. *Psychosomatic Medicine*. 22: 251 - 259.
- Rekers, G., Lovaas, O., Low, B. (1974) Behavioral treatment of deviant sex role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavioral Analysis*. 7: 134 - 151 (in Newman 1976).
- Rekers, G. (1988) The formation of homosexual orientation. (In Fagan, P. *Hope for Homosexuality*. Washington DC: Free Congress Foundation.)
- Rice, G., Anderson, C., Risch, N., Ebers, G. (1999) Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*. April.
- Rind, B., Bauserman, R., Tromovitch, P. (1998) A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*. 124,

1: 22 -53

- Rogers, C., Roback, H., McKee, E., Calhoun, D. (1976) Group psychotherapy with homosexuals: A review. *International Journal of Group Psychotherapy*. 31, 3: 3 - 27
- Rotello, G. (1997). *Sexual Ecology: AIDS and the Destiny of Gay Men*. NY: Dutton.
- Saghir, M., Robins, E. (1973) *Male and Female Homosexuality: A Comprehensive Investigation*. Baltimore MD: Williams & Wilkins.
- Satinover, J. (1996) *Homosexuality and the Politics of Truth*. Grand Rapids MI: Baker.
- Schreier, B. (1998) Of shoes, and ships, and sealing wax: The faulty and specious assumptions of sexual reorientation therapies. *Journal of Mental Health Counseling*. 20, 4: 305 - 314.
- Schwartz, M., Masters, W. (1984) The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men. *American Journal of Psychiatry*. 141: 173 - 181.
- Signorile, M. (1997) *Life Outside: The Signorile Report on Gay Men: Sex, Drugs, Muscles, and the Passages of Life*. NY: Harper Collins.
- Silverstein, C. (1972) *Behavior Modification and the Gay community*. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy. NY. Oct.(quoted by Davison 1982)
- Sipova, I., Brzek, A. (1983) Parental and interpersonal relationships of transsexual and masculine and feminine homosexual men. (in *Homosexuals and Social Roles*. NY: Haworth). 75 - 85.
- Sleek, S. (1997) Concerns about conversion therapy. *APA Monitor*. October. 28:16
- Smith, J.(1988) Psychopathology, homosexuality, and homophobia. *Journal of Homosexuality*. 15, 1/2: 59 - 74:
- Snortum, J., Gillespie, J., Marshall, J., McLaughin, J., Mosberg, L. (1969) Family dynamics and homosexuality. *Psychological Reports*. 24: 763 - 770.
- Stall, R., Coates, T., Hoff, C. (1988a) Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men. *American Psychologist*. 43, 11: 878 - 885.
- Stall, R., Wiley, J. (1988b) A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: *The San Francisco Men's Health Study*. *Drug and Alcohol Dependence*. 22: 63 - 73.

- Stephan, W. (1973) Parental relationships and early social experiences of activist male homosexuals and male heterosexuals. *Journal of Abnormal Psychology*. 82, 3: 506 - 513.
- Stoller, R. (1978) Boyhood gender aberrations: Treatment issues. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 26: 541 - 558 (in Zucker 1995)..
- Thompson, N. Schwartz, D., McCandles, B., Edwards, D. (1973) Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 41, 1: 120 - 127.
- Throckmorton, W. (1996) Efforts to modify sexual orientation: A review of outcome literature and ethical issues. *Journal of Mental Health and Counseling*. 20, 4: 283 - 305.
- Tripp, C. Hatterer, L. (1971) Can homosexuals change with Psychotherapy? *Sexual Behavior*. 1, 4: 42 - 49.
- van den Aardweg, G. (1967) *Homophilia, Neurosis and the Compulsion to Complain*. Amsterdam: Polak, van Genneep.
- West, D. (1977) *Homosexuality Re-examined*. London: Duckworth
- Whitam, F. (1977) Childhood indicators of male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*. 6, 2: 89 - 96.
- Wolpe, J. (1969) *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamon
- Zubenko, G., George, A., Soloff, P., Schulz, P. (1987) Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*. 144, 6: 748 - 752.
- Zucker, K., Bradley, S. (1995) *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. NY: Guilford.
- Zuger, B. (1976) Monozygotic twins discordant for homosexuality: Report of a pair and significance of the phenomenon. *Comprehensive Psychiatry*. 17: 661 - 669.