



Universidad de Navarra

Centro de Documentación de Bioética

Departamento de Humanidades Biomédicas. Apartado 177. 31080 – Pamplona. España. ☎: +34 948 425600 📠: +34 948 425630

🌐: <http://www.unav.es/cdb/> ✉: apardo@unav.es

Homosexualidad y esperanza

Declaración sobre la homosexualidad de la Asociación Médica Católica

Creación: Asociación Médica Católica de Estados Unidos y Canadá

Fuente: National Association for Research and Therapy of Homosexuality

Lengua original: Inglés

Traducción castellana: Raúl Alessandri

Copyright del original: No

Copyright de la traducción castellana: NARTH

Fecha: Noviembre de 2000

Comprobación: 22 de septiembre de 2003

This data file/document is the sole property of NARTH. It may not be altered or edited in any way. It may be reproduced only in its entirety for circulation as "freeware," without charge. All reproductions of this data file and/or document must contain the copyright notice (i.e., Copyright © 1995-1997 NARTH) and this Copyright/Reproduction Limitations notice.

This data file/document may not be used without the permission of NARTH for resale or the enhancement of any other product sold.

NARTH. 16633 Ventura Boulevard, Suite 1340. Encino, CA 1436. Phone: (818) 789-4440. Fax: (805) 373-5084

Homosexualidad y esperanza

Declaración sobre la homosexualidad de la Asociación Médica Católica

Homosexuality and Hope

Statement on Homosexuality of the Catholic Medical Association

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

Introducción

CONTENTS

I CONSIDERATIONS

Introduction

- 1) Not born that way
- 2) Same sex attraction as a symptom
- 3) Same-sex attraction is preventable
- 4) At-risk, not predestined
- 5) Therapy
- 6) Goal of therapy

II RECOMMENDATIONS

- 1) Ministry to individuals experiencing same-sex attraction
- 2) The role of the priest
- 3) Catholic medical professionals
- 4) Teachers in Catholic institutions
- 5) Catholic families
- 6) The Catholic community
- 7) Bishops
- 8) Hope

PART I

CONSIDERATIONS

Introduction

The Catholic Medical Association is dedicated to uphold-

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, 1987¹) 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 pre-

ing the principles of the Catholic Faith as related to the practice of medicine and to promoting Catholic medical ethics to the medical profession, including mental health professionals, the clergy, and the general public.

No issue has raised more concern in the past decade than that of homosexuality and therefore the CMA offers the following summary and review of the status of the question. This summary relies extensively on the conclusions of various studies and points out the consistency of the teachings of the Church with these studies. It is hoped that this review will also serve as an educational and reference tool for Catholic clergy, physicians, mental health professionals, educators, parents and the general public.

CMA supports the teachings of the Catholic Church as laid out in the revised version of the Catechism of the Catholic Church, in particular the teachings on sexuality: "All the baptized are called to chastity." (CCC, n. 2348) "Married people are called to live conjugal chastity; others practice chastity in continence." (CCC, n. 2349) "... tradition has always declared that homosexual acts are intrinsically disordered... Under no circumstance can they be approved." (CCC, n. 2333)

It is possible, with God's grace, for everyone to live a chaste life including persons experiencing same-sex attraction, as Cardinal George, Archbishop of Chicago, so powerfully stated in his address to the National Association of Catholic Diocesan Lesbian & Gay Ministries: "To deny that the power of God's grace enables those with homosexual attractions to live chastely is to deny, effectively, that Jesus has risen from the dead." (George 1999)

There are certainly circumstances such as psychological disorders and traumatic experiences which can, at times, render this chastity more difficult and there are conditions which can seriously diminish an individual's responsibility for lapses in chastity. These circumstances and conditions, however, do not negate free will or eliminate the power of grace. While many men and women who experience same-sex attractions say that their sexual desire for those of their own sex was experienced as a "given" (Chapman 1987¹) this in no way implies a genetic pre-determination or an unchangeable condition. Some surrendered to same-sex attractions because they were told that they were born with this inclination and that it was impossible to change the pattern of one's sexual attraction. Such persons may feel it is futile and hopeless to resist same-sex desires and embrace a "gay identity". These same persons may then feel oppressed by the fact that society and religion, in particular the Catholic Church, do not accept the expression of these desires in homosexual acts. (Schreier 1998²)

The research referenced in this report counters the myth that same-sex attraction is genetically predetermined and unchangeable and offers hope for prevention and treatment.

1) Not born that way

A number of researchers have sought to find a biological cause for same-sexual attraction. The media has promoted the idea that a "gay gene" has already been discovered (Burr 1996³), but in spite of several attempts none of the much publicized studies (Hamer 1993⁴; LeVay



determinada 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 1996³), pero a pesar de los numerosos intentos, ninguno de los estudios más difundidos (Hamer 1993⁴; LeVay 1991⁵) 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. (Byrne 1963⁶; Crewdson 1995⁷; Goldberg 1992; Horgan 1995⁸; 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 la 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

1991⁵) have been scientifically replicated. (Gadd 1998) A number of authors have carefully reviewed these studies and found that they not only do not prove a genetic basis for same-sex attraction, they do not even claim to have scientific evidence for such a claim. (Byrne 1963⁶; Crewdson 1995⁷; Goldberg 1992; Horgan 1995⁸; McGuire 1995⁹; Porter 1996; Rice 1999¹⁰)

If same-sex attraction were genetically determined, then one would expect identical twins to be identical in their sexual attractions. There are, however, numerous reports of identical twins who are not identical in their sexual attractions. (Bailey 1991¹¹; Eckert 1986; Friedman 1976; Green 1974; Heston 1968; McConaghy 1980; Rainer 1960; Zuger 1976) Case histories frequently reveal environmental factors which account for the development of different sexual attraction patterns in genetically identical children, supporting the theory that same-sex attraction is a product of the interplay of a variety of environmental factors. (Parker 1964¹²)

There are, however, ongoing attempts to convince the public that same-sex attraction is genetically based. (Marmor 1975¹³) Such attempts may be politically motivated because people are more likely to respond positively to demands for changes in laws and religious teaching when they believe sexual attraction to be genetically determined and unchangeable. (Ernulf 1989¹⁴; Piskur 1992¹⁵) Others have sought to prove a genetic basis for same-sex attraction so that they could appeal to the courts for rights based on the "immutability". (Green 1988¹⁶)

Catholics believe that sexuality was designed by God as a sign of the love of Christ, the bridegroom, for his Bride, the Church, and therefore sexual activity is appropriate only in marriage. Healthy psycho-sexual development leads naturally to attraction in persons of each sex for the other sex. Trauma, erroneous education, and sin can cause a deviation from this pattern. Persons should not be identified with their emotional or developmental conflicts as though this was the essence of their identity. In the debate between essentialism and social constructionism, the believer in natural law would hold that human beings have an essential nature --either male or female --and that sinful inclinations --such as the desire to engage in homosexual acts -- are constructed and can, therefore, be deconstructed.

It is, therefore, probably wise to avoid wherever possible using the words "homosexual" and "heterosexual" as nouns since such usage implies a fixed state and an equivalence between the natural state of man and woman as created by God and persons experiencing same sex attractions or behaviors.

2) Same-sex attraction as a symptom

Individuals experience same-sex attractions for different reasons. While there are similarities in the patterns of development, each individual has a unique, personal history. In the histories of persons who experience same-sex attraction, one frequently finds one or more of the following:

- Alienation from the father in early childhood, because the father was perceived as hostile or distant, violent or alcoholic, (Apperson 1968¹⁷; Bene 1965¹⁸; Bieber 1962¹⁹; Fisher 1996²⁰; Pillard 1988²¹; Sipova 1983²²)
- Mother was overprotective (boys), (Bieber, T. 1971²³;



mismo sexo.

2. Atracción hacia el mismo sexo, como síntoma.

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 fué sobreprotectora (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 1967a³¹)
- Falta de identificación con sus iguales del mismo sexo, (Hockenberry 1987³²; Whitman 1977³³)
- 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 1993³⁵; 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 1982⁴⁶)
- Narcisismo patológico. (Bychowski 1954⁴⁷; Kaplan 1967⁴⁸)

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 atracción homoerótica 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,

Bieber 1962²⁴; Snortum 1969²⁵)

- Mother was needy and demanding (boys), (Fitzgibbons 1999²⁶)
- Mother emotionally unavailable (girls), (Bradley 1997²⁷; Eisenbud 1982²⁸)
- Parents failed to encourage same-sex identification, (Zucker 1995²⁹)
- Lack of rough and tumble play (boys), (Friedman 1980³⁰; Hadden 1967a³¹)
- Failure to identify with same/ sex peers, (Hockenberry 1987³²; Whitman 1977³³)
- Dislike of team sports (boys), (Thompson 1973³⁴)
- Lack of hand/ eye coordination and resultant teasing by peers (boys), (Bailey 1993³⁵; Fitzgibbons 1999³⁶; Newman 1976³⁷)
- Sexual abuse or rape, (Beitchman 1991³⁸; Bradley 1997³⁹; Engel 1981⁴⁰; Finkelhor 1984; Gundlach 1967⁴¹)
- Social phobia or extreme shyness, (Golwyn 1993⁴²)
- Parental loss through death or divorce, (Zucker 1995)
- Separation from parent during critical developmental stages. (Zucker 1995)

In some cases, same-sex attraction or activity occurs in a patient with other psychological diagnosis, such as:

- major depression (Fergusson 1999⁴³)
- suicidal ideation (Herrell 1999)
- generalized anxiety disorder
- substance abuse
- conduct disorder in adolescents
- borderline personality disorder (Parris 1993⁴⁴; Zubenko 1987⁴⁵)
- schizophrenia (Gonsiorek 1982⁴⁶)
- pathological narcissism (Bychowski 1954⁴⁷; Kaplan 1967⁴⁸)

In a few cases, homosexual behavior appears later in life as a response to a trauma such as abortion, (Berger 1994⁴⁹; de Beauvoir 1953) or profound loneliness (Fitzgibbons 1999).

3) Same-sex attraction is preventable

If the emotional and developmental needs of each child are properly met by both family and peers, the development of same-sex attraction is very unlikely. Children need affection, praise and acceptance by each parent, by siblings and by peers. Such social and family situations, however, are not always easily established and the needs of children are not always readily identifiable. Some parents may be struggling with their own trials and be unable to provide the attention and support their children require. Sometimes parents work very hard but the particular personality of the child makes support and nurture more difficult. Some parents saw incipient signs, sought professional assistance and advice and were given inadequate and in some cases erroneous advice.

The Diagnostic and Statistical Manual IV (APA 1994⁵⁰) of the American Psychiatric Association has defined Gender Identity Disorder (GID) in children as a strong, persistent cross gender identification, a discomfort with one's own sex, and a preference for cross sex roles in play or in fantasies. Some researchers (Friedman 1988, Phillips, 1992⁵¹) have identified another less pronounced syn-



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 está 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

drome in boys --chronic feelings of unmasculinity. These boys while not engaging in any cross sex play or fantasies, feel profoundly inadequate in their masculinity and have an almost phobic reaction to rough and tumble play in early childhood and a strong dislike of team sports. Several studies have shown that children with Gender Identity Disorder and boys with chronic juvenile unmasculinity are at-risk for same-sex attraction in adolescence. (Newman 1976; Zucker 1995; Harry 1989⁵²)

Early identification (Hadden 1967⁵³) and proper professional intervention, if supported by parents, can often overcome the gender identity disorder (Rekers 1974⁵⁴; Newman 1976). Unfortunately, many parents who report these concerns to their pediatricians are told not to worry about them. In some cases, the symptoms and parental concerns may appear to lessen when the child enters the second or third grade, but unless adequately dealt with the symptoms may reappear at puberty as intense, same-sex attraction. This attraction appears to be the result of a failure to identify positively with one's own sex.

It is important that those involved in child care and education become aware of the signs of gender identity disorder and chronic juvenile unmasculinity and access the resources available to find appropriate help for these children. (Bradley 1998; Brown 1963⁵⁵; Acosta 1975⁵⁶) Once convinced that same-sex attraction is not a genetically determined disorder, one is able to hope for prevention and one is also able to hope for a therapeutic model to greatly mitigate if not eliminate same-sex attractions.

4) At-risk, not predestined

While a number of studies have shown that children who have been sexually abused, children exhibiting the symptoms of GID, and boys with chronic juvenile unmasculinity are at risk for same-sex attractions in adolescence and adulthood, it is important to note that a significant percentage of these children do not become homosexually active as adults. (Green 1985⁵⁷; Bradley 1998)

For some, negative childhood experiences are overcome by later positive interactions. Some make a conscious decision to turn away from temptation. The presence and the power of God's grace, while not always measurable, cannot be discounted as a factor in helping an at-risk individual turn away from same-sex attraction. The labeling of an adolescent, or worse a child, as unchangeably "homosexual" does the individual a grave disservice. Such adolescents or children can, with appropriate, positive intervention, be given proper guidance to deal with early emotional traumas.

5) Therapy

Those promoting the idea that sexual orientation is immutable frequently quote from a published discussion between Dr. C. C. Tripp and Dr. Lawrence Hatterer in which Dr. Tripp stated: "... there is not a single recorded instance of a change in homosexual orientation which has been validated by outside judges or testing. Kinsey wasn't able to find one. And neither Dr. Pomeroy nor I have been able to find such a patient. We would be happy to have one from Dr. Hatterer." (Tripp & Hatterer 1971) They fail to reference Dr. Hatterer response:



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; Kronemeyer 1989⁷⁹)

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

"I have 'cured' many homosexuals, Dr. Tripp. Dr. Pomeroy or any other researcher may examine my work because it is all documented on 10 years of tape recordings. Many of these 'cured' (I prefer to use the word 'changed') patients have married, had families and live happy lives. It is a destructive myth that 'once a homosexual, always a homosexual.' It has made and will make millions more committed homosexuals. What is more, not only have I but many other reputable psychiatrists (Dr. Samuel B. Hadden, Dr. Lionel Ovesey, Dr. Charles Socarides, Dr. Harold Lief, Dr. Irving Bieber, and others) have reported their successful treatments of the treatable homosexual." (Tripp & Hatterer 1971)

A number of therapists have written extensively on the positive results of therapy for same-sex attraction. Tripp chose to ignore the large body of literature on treatment and surveys of therapists. Reviews of treatment for unwanted same-sex attractions show that it is as successful as treatment for similar psychological problems: about 30% experience a freedom from symptoms and another 30% experience improvement. (Bieber 1962⁵⁸; Clippinger 1974⁵⁹; Fine 1987⁶⁰; Kaye 1967⁶¹; MacIntosh 1994⁶²; Marmor 1965⁶³; Nicolosi 1998⁶⁴; Rogers 1976⁶⁵; Satinover 1996⁶⁶; Throckmorton⁶⁷; West⁶⁸)

Reports from individual therapists have been equally positive. (Barnhouse 1977⁶⁹; Bergler 1962⁷⁰; Bieber 1979⁷¹; Cappon 1960⁷²; Caprio 1954⁷³; Ellis 1956⁷⁴; Hadden 1958⁷⁵; Hadden 1967b⁷⁶; Hadfield 1958⁷⁷; Hatterer 1970⁷⁸; Kronemeyer 1989⁷⁹) This is only a representative sampling of the therapists who report successful results in the treating of individuals experiencing same-sex attractions.

There are also numerous autobiographical reports from men and women who once believed themselves to be unchangeably bound by same-sex attractions and behaviors. Many of these men and women (Exodus 1990-2000⁸⁰) now describe themselves as free of same-sex attraction, fantasy, and behavior. Most of these (p. 109) individuals found freedom through participation in religion based support groups, although some also had recourse to therapists. Unfortunately, a number of influential persons and professional groups ignore this evidence (APA 1997⁸¹; Herek 1991⁸²) and there seems to be a concerted effort on the part of "homosexual apologists" to deny the effectiveness of treatment of same-sex attraction or claim that such treatment is harmful. Barnhouse expressed wonderment at these efforts: "The distortion of reality inherent in the denials by homosexual apologists that the condition is curable is so immense that one wonders what motivates it." (Barnhouse 1977)

Robert Spitzer, M. D., the renowned Columbia University psychiatric researcher, who was directly involved in the 1973 decision to remove homosexuality from the American Psychiatric Association's list of mental disorders, has recently become involved with research the possibility of change. Dr. Spitzer stated in an interview: "I am convinced that many people have made substantial changes toward becoming heterosexual... I think that's news... I came to this study skeptical. I now claim that these changes can be sustained." (NARTH 2000).

6) The goals of therapy

moerótica.

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 (Barrett 1996⁹⁷) y entre los tera-

Those who claim that change of sexual orientation is impossible, usually define change as total and permanent freedom from all homosexual behavior, fantasy, or attraction in a person who had previously been homosexual in behavior and attraction. (Tripp 1971⁸³) Even when change is defined in this extreme manner the claim is untrue. Numerous studies report cases of total change. (Goetz 1997⁸⁴)

Those who deny the possibility of total change admit that change of behavior is possible (Coleman 1978⁸⁵; Herron 1982⁸⁶) and that persons who have been sexually involved with both sexes appear more able to change. (Acosta 1975⁸⁷) A careful reading of the articles opposing therapy for change reveals that the authors who see therapy for change as unethical (Davison 1982⁸⁸; Gittings 1973⁸⁹) do so because they view the such therapy as oppressive to those who do not want to change (Begelman 1975⁹⁰; 1977⁹¹; Murphy 1992⁹²; Sleek 1997⁹³; Smith 1988⁹⁴) and view those persons with same-sex attraction who express a desire to change as victims of societal or religious oppression. (Begelman 1977⁹⁵; Silverstein 1972⁹⁶)

It should be noted that almost without exception, those who regard therapy as unethical, also reject abstinence from non-marital sexual activity as a minimal goal (Barrett 1996⁹⁷) and among the therapists who accept homosexual acts as normal many find nothing wrong with infidelity in committed relationships (Nelson 1982⁹⁸), anonymous sexual encounters, general promiscuity, auto-eroticism (Saghir 1973), sado-masochism, and various paraphilias. Some even support a lessening of restrictions on sex between adults and minors (Mirkin 1999⁹⁹) or deny the negative psychological impact of sexual child abuse. (Rind 1998; Smith 1988¹⁰⁰)

Some of those who consider therapy unethical also challenge established theories of child development. (Davison 1982¹⁰¹; Menvielle 1998¹⁰²) These tend to place blame for the undeniable problems suffered by homosexually active adolescents and adults on societal oppression. All research conclusions must be evaluated in light of the biases which the researchers bring to the project. When research is infused with an acknowledged political agenda, its value is seriously diminished.

It should be pointed out that Catholics cannot support forms of therapy which encourage the patients to replace one form of sexual sin with another. (Schwartz 1984) Some therapists, for example, do not consider a patient "cured" until he can comfortably engage in sexual activity with the other sex, even if the patient is not married. (Masters 1979) Others encouraged patients to masturbate using other-sex imagery. (Blitch 1972; Conrad 1976)

For a Catholic with same sex attraction, the goal of therapy should be freedom to live chastely according to one's state in life. Some of those who have struggled with same-sex attractions believe that they are called to a celibate life. They should not be made to feel that they have failed to achieve freedom, because they do not experience desires for the other sex. Others wish to marry and have children. There is every reason to hope that many will be able, in time, to achieve this goal. They should not, however, be encouraged to rush into marriage, since there is



peutas 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 hacerse 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 estimularse 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

ample evidence that marriage is not a cure for same-sex attractions. With the power of grace, the sacraments, support from the community, and an experienced therapist, a determined individual should be able to achieve the inner freedom promised by Christ.

Experienced therapists can help individuals uncover and understand the root causes of the emotional trauma which gave rise to their same sex attractions and then work in therapy to resolve this pain. Men experiencing same-sex attractions often discover how their masculine identity was negatively effected by feelings of rejection from father or peers or from a poor body image which result in sadness, anger and insecurity. As this emotional pain is healed in therapy, the masculine identity is strengthened and same sex attractions diminish.

Women with same sex attractions can come to see how conflicts with fathers or other significant males led them to mistrust of male love or how lack of maternal affection led to a deep longing for female love. Insight into causes of anger and sadness will hopefully lead to forgiveness and freedom. All this takes time. In this respect individuals suffering from same-sex attraction are no different than the many other men and women who have emotional pain and need to learn how to forgive.

Catholic therapists working with Catholic individuals should feel free to use the wealth of Catholic spirituality in this healing process. Those with father wounds can be encouraged to develop their relationship with God as a loving father. Those who were rejected or ridiculed by peers as youngsters can meditate upon the Jesus as brother, friend, and protector. Those who feel unmothered can turn to Mary for comfort.

There is every reason for hope that with time those who seek freedom will find it, but we must recognize when we encourage hope, there are some who will not achieve their goals. We may find ourselves in the same position as a pediatric oncologist who spoke of how when he first began his practice, there was almost no hope for children stricken with cancer and the physician's duty was to help the parents accept the inevitable and not waste their resources chasing a "cure." Today almost 70% of the children recover, but each death leaves the medical team with terrible feeling of failure. As the prevention and treatment of same-sex attraction improves, the individuals who still struggle will, more than ever, need compassionate and sensitive support.

PART II

RECOMMENDATIONS

1) Ministry to individuals experiencing same-sex attractions

It is very important for every Catholic experiencing same sex attractions to know that there is hope, and that there is help. Unfortunately, this help is not always readily available in all areas. Support groups, therapists, and spiritual counselors who unequivocally support the Church's teaching are essential components of the help that is needed. Since the notions of sexuality in our country are so varied patients seeking help must be cautious that the group or counselor supports Catholic moral imperatives.



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 atracción 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, véase 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.

One of the better known Catholic support agencies is an organization known as Courage (See Appendix) and its affiliated organization Encourage. While any attempt to teach the sinfulness of illicit homosexual behavior may be greeted with accusations of 'homophobia', the reality is that Christ calls all to chastity in keeping with the particular state of life. The desire of the Church to help all live chastely is not a blanket condemnation of any who find chastity difficult but rather the compassionate response of a Church seeking to imitate Christ, the Good Shepherd.

It is essential that every Catholic experiencing same-sex attractions have easy access to support groups, therapists, and spiritual counselors who unequivocally support the Church's teaching and are prepared to offer the highest quality help. In many areas the only support groups available are run by Evangelical Christians or by people who reject the Church's teaching. The failure of the Catholic community to provide for the needs of this population is a serious omission which must not be allowed to continue. It is particularly tragic that Courage, which under the leadership of Fr. John Harvey has developed an excellent and authentically Catholic network of support groups, is not yet available in every diocese and major city.

Anecdotal reports of individuals or organizations, under Catholic auspices or directly associated with the Catholic Church, counseling persons with same-sex attractions to practice fidelity in same-sex relationships rather than chastity according to their state in life are quite distressing. It is most important that Church related counselors or support groups be very clear about the nature and genesis of same-sex attraction. This condition is not genetically or biologically determined. This condition is not unchangeable. It is deceitful to counsel individuals experiencing same-sex attractions that it is acceptable to engage in sexual acts provided these occur within the context of a faithful relationship. The teachings of the Catholic Church on sexual morality are explicitly clear and do not allow exceptions. Catholics have a right to know the truth and those working with or for Catholic institutions have an obligation to clearly enunciate that truth.

Some clerics, perhaps because they erroneously believe that same-sex attraction is genetically determined and unchangeable, have encouraged individuals experiencing same-sex attractions to identify with the gay community, by publicly proclaiming themselves gay or lesbian, but live chastity in their personal life. There are several reasons why this is an misguided course of action: 1) It is based on the mistaken idea that same-sex attraction is an unchangeable aspect of the individual and discourages persons from seeking help; 2) The "gay" community promotes an ethic of sexual behavior which is totally antithetical to the Catholic teaching on sexuality and has made no secret of its desire to eliminate "erotophobia" and "heterosexism." There is simply no way the position articulated by spokespersons for the "gay" movement and the Catholic church can be reconciled; 3) It puts easily tempted persons into places which must be considered the near occasion of sin.; 4) It creates a false hope that the Church will eventually change its teaching on sexual morality.

Catholics must, of course, reach out to individuals experiencing same-sex attraction, to those actively involved in



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 las 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 desazona 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

homosexual acts, and particularly to those suffering from sexually transmitted diseases, with love, hope, and the authentic, uncompromised message of freedom from sin through Jesus Christ.

2) The role of the priest

It is of paramount importance that priests, when faced with parishioners troubled by same-sex attraction, have access to solid information and genuinely beneficial resources. The priest, however, must do more than simply refer to other agencies (See *Courage and Encourage* in the Appendix). He is in a unique position to provide specific spiritual assistance to those experiencing same-sex attraction. He must, of course, be very sensitive to the intense feelings of insecurity, guilt, shame, anger, frustration, sadness, and even fear in these individuals. This does not preclude him from speaking very clearly about the teachings of the Church (See CCC, n. 2357-2359), the need for forgiveness and healing in Confession, the need to avoid occasions of sin, and the need for a strong prayer life. A number of therapists believe that religious faith plays a crucial part in the recovery from same-sex attraction and sexual addictions.

When an individual confesses same-sex attractions, fantasies, or homosexual acts, the priest should be aware that these are often manifestations of childhood and adolescent traumas, sexual child abuse, or unmet childhood needs for the love and affirmation from the same-sex parent. Unless these underlying problems are addressed, the individual may find the temptations returning and fall into despair. Those who reject the Church's teachings and encourage persons with same-sex attractions to enter into so called "stable, loving homosexual unions" fail to understand that such arrangements will not resolve these underlying problems. While encouraging therapy and support group membership, the priest should remember that through the sacrament, he can help individual penitents deal not only with the sin, but also with causes of same-sex attraction.

The following list, while not exhaustive, illustrates some of the ways in which a priest may help the individuals with these problems who come to the Sacrament of Reconciliation:

a) Persons, experiencing same-sex attraction or confessing sins in this area, almost always carry a burden of deep emotional pain, sadness, and resentment toward those who have rejected, neglected or hurt them, including their parents, peers, and sexual molesters. Helping them to forgive can be the first step in healing. (Fitzgibbons 1999¹⁰³)

b) Individuals experiencing same-sex attractions often report a long history of early sexual experiences and sexual trauma. (Doll 1992¹⁰⁴) Homosexually active persons are more likely to have engaged in sexual activity with another person at a young age. (Stephan 1973¹⁰⁵; Bell 1981¹⁰⁶) Many have never told any one about these experiences (Johnson 1985)¹⁰⁷ and carry tremendous guilt and shame. In some cases, those who were sexually abused feel guilty because they reacted to their trauma by acting out sexually. The priest can delicately inquire about early experiences, assuring these persons that their sins are forgiven, and help them to find freedom through forgiving others.



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

c) Individuals involved in homosexual activity may also suffer from sexual addiction (Saghir 1973¹⁰⁸; Beitchman 1991¹⁰⁹; Goode 1977¹¹⁰) Those who engage in homosexual activity are also more likely to have engaged in extreme forms of sexual behavior or to have exchanged sex for money. (Saghir 1973¹¹¹) Addictions are not easy to overcome, frequent recourse to confession can be a first step to freedom. The priest should remind the penitents that even the most extreme sins in these areas can be forgiven, encouraging them to resist despair and to persevere, while at the same time suggesting that support group designed to deal with addiction.

d) Persons with same-sex attractions are often abuse alcohol, prescription drugs and illegal drugs. (Fifield 1977¹¹²; Saghir 1973¹¹³) Such abuse may weaken resistance to sexual temptation. The priest may recommend membership in a support group which addresses these problems.

e) Despair and suicidal thoughts are also frequently a part of the life of an individual troubled by same-sex attraction. (Beitchman 1991¹¹⁴; Herrell 1999; Fergusson 1999) The priest can assure the penitent that there is every reason to hope that the situation will change and that God loves them and wants them to live a full and happy life. Again, forgiving others can be extremely helpful.

f) Persons experiencing same-sex attraction may suffer from spiritual problems such as envy (Hurst 1980) or self pity. (Van den Aardweg 1969) It is important that the individual experiencing same-sex attractions not be treated as though sexual temptations were their only problem.

g) The overwhelming majority of men and women experiencing same-sex attraction and women report a poor relationship with their fathers (see footnotes 17 to 23). The priest, as a loving and accepting father figure, can through the sacrament begin the work of repairing that damage and facilitating a healing relationship with God the Father. The priest can also encourage devotion to St. Joseph.

The priest needs to be aware of the depth of healing needed by these seriously conflicted persons. He needs to be a source of hope for the despairing, forgiveness for the erring, strength for the weak, encouragement for the faint of heart, sometimes a loving father figure for the wounded. In brief, he must be Jesus for these beloved children of God who find themselves in most difficult situations. He must be pastorally sensitive but he must also be pastorally firm, imitating, as always, the compassionate Jesus who healed and forgave seventy times seven times but always reminded, "Go and do not commit this sin again".

3) Catholic medical professionals

Pediatricians need to know the symptoms of Gender Identity Disorder (GID) and chronic juvenile unmasculinity. With early identification and intervention, there is every reason to hope that the problem can be successfully resolved. (Zucker 1995¹¹⁵; Newman 1976¹¹⁶) While the primary reason for treating children is to alleviate their present unhappiness (Newman 1976¹¹⁷; Bradley 1998¹¹⁸; Bates 1974¹¹⁹), treatment of GID and chronic juvenile unmasculinity can prevent the development of same-sex attraction and the problems associated with homosexual activity in adolescence and adult life.



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

Most parents do not want their child to become involved in homosexual behavior, but parents of children at-risk are often resistant to treatment. (Zucker 1995; Newman 1976¹²⁰) Informing them of estimates that 75% of children exhibiting the symptoms of GID and CHRONIC JUVENILE UNMASCULINITY will without intervention experience same-sex attraction (Bradley 1998) and letting them know the risks associated with homosexual activity (Garafalo 1998¹²¹; Osmond 1994¹²²; Stall 1988b¹²³; Rotello 1997; Signorille 1997¹²⁴) may help to overcome their opposition to therapy. Parental cooperation is extremely important if early intervention is to succeed.

Pediatricians should familiarize themselves with the literature on treatment. George Rekers has written a number of books on the subject. (Rekers 1988¹²⁵) Zucker and Bradley provide a comprehensive review of the literature in their book *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*, (1995) as well as numerous cases histories and treatment recommendations.

Physicians encountering patients with sexually transmitted diseases acquired through homosexual activity can inform the patients that psychological therapy and support groups are available, and that approximately 30% of motivated patients can achieve a change in orientation. In terms of disease prevention, an additional 30% are able to remain celibate or eliminate high risk behavior. They should also question these patients about drug and alcohol abuse, and recommend treatment when appropriate, since a number of studies have linked infection with STDs to substance abuse. (Mulry 1994¹²⁶)

Even before the AIDS epidemic a study of men who have sex with men found that 63% had contracted a sexually transmitted disease through homosexual activity. (Bell 1978¹²⁷) In spite of all the AIDS education, epidemiologists predict that for the foreseeable future 50% of men who have sex with men will become HIV positive. (Hoover 1991; Morris 1994; Rotello 1997¹²⁸)

They are also at risk for syphilis, gonorrhea, hepatitis A, B, C, HPV, and a number of other illness.

Mental health professionals should familiarize themselves with the works of therapists who have successfully treated persons experiencing same-sex attraction. Because same-sex attraction does not arise from a single cause, different individuals may require different types of treatment. Combining therapy with support group membership and spiritual healing is also an option that should be considered.

4) Teachers in catholic institutions

Teachers in Catholic institutions have a duty to defend the teachings of the Church on sexual morality, to counter false information on same-sex attraction, and to inform at-risk or homosexually involved adolescents that help is available. They should continue to resist pressure to include condom education in the curriculum to accommodate homosexually active adolescents. Numerous studies have found that such education is ineffective at preventing disease transmission in the at-risk population. (Stall 1988a¹²⁹; Calabrese 1987¹³⁰; Hoover 1991¹³¹)



curaba y perdonaba setenta veces siete veces, pero que siempre recordaba, "Vete y no vuelvas a cometer este pecado".

3. Profesionales médicos católicos.

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 numerosos 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

"Gay" rights activists have insisted that at-risk adolescents be turned over to support groups which will help them "come out." There is no evidence that participation in such groups prevents the long-term negative consequences associated with homosexual activity. Such groups will definitely not encourage the adolescent to refrain from sin and live chastely according to his state in life. Symptoms of GID and chronic juvenile unmasculinity in boys should be taken seriously. At-risk children do, however, need special help, particularly those who have been victims of sexual child abuse.

Educators also have a duty to stop teasing and ridicule of children who do not conform to gender norms. Resources to educate teachers, lesson plans, and strategies for dealing with teasing need to be created and provided to teachers in Catholic schools, CCD programs, and other institutions.

5) Catholic families

When Catholic parents discover that their son or daughter is experiencing same-sex attractions or engaged in homosexual activity, they are often devastated. Afraid for the child's health, happiness, and salvation, parents are usually relieved when informed that same-sex attraction is treatable and preventable. They can find support from other parents in Encourage. They also need to be able to share their burden with loving friends and families.

Parents should be informed about the symptoms of Gender Identity Disorder and the prevention of gender identity problems, encouraged to take such symptoms seriously and to refer children with gender identity problems to qualified and morally appropriate mental health professionals.

6) The catholic community

There was a time in the not too distant past when pregnancy outside of marriage and abortion were taboo topics and attitudes toward the women involved were judgmental and harsh. The legalization of abortion forced the Church to confront this issue and provide an active ministry to women facing an "unwanted" pregnancy and to women experiencing post-abortion trauma. In a few short years the approach of dioceses, individual parishes, and the Catholic faithful has been transformed and today true Christian charity is the norm rather than the exception. In the same way the attitudes toward same-sex attraction can be transformed, provided each Catholic institution does its part.

Those experiencing same-sex attractions, those who are engaging in homosexual behavior, and their families often feel that they are excluded from the loving concern of the Catholic community. Prayer for persons experiencing same-sex attractions and their families offered as part of the intentions during mass is one way to let them know that the community cares for them.

The members of Catholic media need to be informed about same-sex attraction, the teachings of the Church, and resources for prevention and treatment. Pamphlets and other materials, which clearly articulate the Church's teaching and provide information on resources for those with immediate needs in this area, should be developed



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 católicas.

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 1988a¹²⁹; 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 católicas.

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

and distributed from racks already present in many churches.

When a member of the Catholic media, a teacher in a Catholic institution, or a pastor, misstates the Church's teaching or gives the impression that same-sex attraction is genetically determined and unchangeable, the laity can offer information designed to correct these misunderstandings.

7) Bishops

The Catholic Medical Association recognizes the responsibility which a Diocesan Bishop has to oversee the orthodoxy of teaching within his Diocese. This certainly includes clear instruction in the nature and purpose of intimate sexual relations between persons and the sinfulness of inappropriate relations. The CMA looks forward to working with Bishops and priests in assisting in the establishment of appropriate support groups and therapeutic models for those struggling with same-sex attractions. While we see the Courage and Encourage programs as very useful and valuable and actively promote them, we are certain that there are other modes of support and are willing to work with any psychologically, spiritually and morally appropriate program.

8) Hope

Jeffrey Satinover, MD and Ph. D., has written of his extensive experience with patients experiencing same-sex attraction:

"I have been extraordinarily fortunate to have met many people who have emerged from the gay life. When I see the personal difficulties they have squarely faced, the sheer courage they have displayed not only in facing these difficulties but also in confronting a culture that uses every possible means to deny the validity of their values, goals, and experiences, I truly stand back in wonder... It is these people --former homosexuals and those who are still struggling, all across America and aboard --who stand for me as a model of everything good and possible in a world that takes the human heart, and the God of that heart, seriously. In my various explorations within the worlds of psychoanalysis, psychotherapy, and psychiatry, I have simply *never* before seen such profound healing." (Satinover 1996)

Those who wish to be free from same-sex attractions frequently turn first to the Church. CMA wants to be sure that they find the help and hope they are seeking. There is every reason to hope that every person experiencing same-sex attraction who seeks help from the Church can find freedom from homosexual behavior and many will find much more, but they will come only if they see love in our words and deeds.

If Catholic medical professionals have in the past failed to meet the needs of this patient population, failed to work diligently to develop effective prevention and treatment therapies, or failed to treat patients experiencing these problems with the respect due every person, we ask forgiveness.

The Catholic Medical Association recognizes that health care professionals have a special duty in this area and hopes that this statement will help them to caring out that



de identidad de género a profesionales de la salud mental competentes y de moral adecuada.

6. La comunidad católica.

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 prejuiciadas y crueles. 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 a 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 Católica, 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 es-

duty according to the principles of the Catholic Faith.

Authors, Contributors & 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 W. Conshohocken, PA

Rev. James Gould St. Raymond Parish 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 Rudegeair, Ph. D. Clinical Psychologist W. Conshohocken, PA

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

The research referenced in this report is drawn from a wide variety of sources. In most cases, numerous other sources could have been cited. For those desiring to make an in-depth study of the issues raised, a comprehensive bibliography can be obtained (heartbeatnews1@cox.net) along with reviews of the relevant literature.

It should also be pointed out that many of the authors cited do not accept the Church's teaching on the intrinsically disordered nature of homosexual acts. No effort has been made to distinguish between those who do and those who don't, since those who favor prevention and treatment and those who support gay-affirming therapy present essentially consistent statistical evidence and case material, differing on the interpretation and relevance of the evidence. The endnotes contain numerous direct quotations from the material cited.

Endnotes

(1) Chapman and Brannock (1987) found that 63% of the lesbians in their survey stated that they had chosen to be lesbians, 28% felt they had no choice, and 11% did not know why they were lesbians.

(2) Schreier writes in support of a therapist (Wolpe 1969) who refused to patient's request for therapy directed toward change of sexual orientation from homosexuality to heterosexual: "Perhaps instead of sexual reorientation, individuals could seek religious reorientation to any number of major U. S. religions that are affirming of people with same-sex orientations.... Not all religions are judgmental and condemning. Advocating for sexual reorientation while being critical of religious reorientation again demonstrates nothing more than bias." (p. 308)

(3) Burr: Cover story of *The Weekly Standard*, "Suppose there is a Gay Gene... What then?"

(4) Hamer claimed to have found a marker for homosexu-



critico 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.

Autores, colaboradores y editores

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

ality on the x gene.

(5) LeVay claimed to have found that a certain part of the brains of homosexual men who died of AIDS differed from that of heterosexual men and women.

(6) Byne: “Critical review shows the evidence favoring a biologic theory to be lacking. In an alternative model, temperamental and personality traits interact with familial and social milieu as the individual’s sexuality emerges.”(p. 228) “Research into the heritability of personality variants suggests that some personality dimensions may be heritable, including novelty seeking, harm avoidance, and reward dependence. Applying these dimensions to the above scenario, one might predict that a boy who was high in novelty seeking, but low in harm avoidance and reward dependence, would be likely to disregard his mother’s discouragement of baseball. On the other hand, a boy who was low in novelty seeking, but high in harm avoidance and reward dependence, would be more likely to need the rewards of maternal approval, would be less likely to seek and encounter male role models outside the family, and would be more likely to avoid baseball for fear of being hurt. In the absence of encouragement from an accepting father or alternative male role model, such a boy would be likely to feel different from his male peers and as a consequence be subject to nonerotic experiences in childhood that may contribute to the subsequent emergence of homoerotic preferences. Such experiences could include those described by Friedman as being common in prehomosexual boys, including low masculine self-regard, isolation, scapegoating, and rejection by male peers and older males, including the father.” (p. 237)

(7) Crewdson: “... no other laboratory has confirmed Hamer’s findings.”

(8) Horgan: “ LeVay’s finding has yet to be fully replicated by another researcher. As for Hamer, one study has contradicted his results.”

(9) McGuire: “... some people want homosexuality to be biological or genetic because they then believe that because homosexuals are ‘born that way’ they will somehow be tolerated. Others advocate environmental causes since this justifies their belief that individuals ‘chose a gay lifestyle’.” (p. 141) “Even if we knew absolutely everything about genes and absolutely everything about environment, we still could not predict the final phenotype of any individual.”(p. 142)

(10) Rice *et al.* attempted unsuccessfully to replicate the Hamer study.

(11) Bailey: A study of the male siblings of homosexually active males found that “52% (29/ 56) of monozygotic cotwins, 22% (12/ 54) of dizygotic cotwins, and 11% (6/ 57) of adoptive brothers were homosexual... rate of homosexuality among nontwin biological siblings, as reported by probands, 9.2% (13/ 142).(p. 1089)

(12) Parker: Case A: “Their mother, then 39 years old, learnt only a few days before the confinement that she was having twins, as she already had a 7-year-old son was anxious that one of them should be a girl. Sensing her obvious disappointment following the normal delivery of two 6 1/ 2 pound sons, the labour ward Sister consoled



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

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 (email: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.

Notas

(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, "Su pongamos 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 nue-

her with the suggestion that the first-born, and one subsequently to become a homosexual, was pretty enough to be a girl. Although they were so alike that they could not be distinguished, the mother seized on this idea and put a bracelet around the first twin to ensure there would be no confusion of identity, and from then on he was treated as if he were a girl." (p. 490)

(13) Marmor: "The myth that homosexuality is untreatable still has wide currency among the public at large and among homosexuals themselves. This view is often linked to the assumption that homosexuality is constitutionally or genetically determined. This conviction of untreatability also serves an ego-defensive purpose for many homosexuals. As the understanding of the adaptive nature of most homosexual behavior has become more widespread, however, there has evolved a greater therapeutic optimism about the possibilities for change, and progressively more hopeful results are being reported... There is little doubt that a genuine shift in preferential sex object choice can and does take place in somewhere between 20 and 50 per cent of patients with homosexual behavior who seek psychotherapy with this end in mind." (p. 1519)

(14) Ernulf found that those who believed that homosexuals are "born that way" held significantly more positive attitudes toward homosexuals than subjects who believed that homosexuals "choose to be that way" and/ or "learn to be that way."

(15) Piskur: "The major finding of this study was that exposure to a written summary of research supporting biological determinants of homosexual orientation can affect scores assessing attitudes toward homosexuals when measured immediately after the reading." (p. 1223)

(16) Green: "The Supreme Court ruled in *Bowers v Hardwick* that there is no fundamental right under a substantive due process analysis to engage in homosexual behavior. Therefore, the remaining constitutional route to protecting homosexuals against discrimination is the equal protection clause of the fourteenth amendment. For the highest level of protection there, a class of persons must be declared 'suspect. ' To so qualify, the class should demonstrate, *inter alia*, that the trait for which it is stigmatized is immutable." (p. 537)

(17) Apperson: "The importance of the relationship --or lack of it --with the father is again emphasized, with the homosexual S[ubject] s showing marked difference from the controls in perceiving the father more as critical, impatient, and rejecting, and less as the socializing agent." (p. 206)

(18) Bene: "Far fewer homosexual than married men thought that their fathers had been cheerful, helpful, reliable, kind or understanding, while far more felt that their fathers had no time for them, had not loved them, and had made them feel unhappy." (p. 805)

(19) Bieber : "Profound interpersonal disturbance is unremitting in the homosexual father-son relationship. Not one of the fathers (of homosexual sons)... could be regarded as reasonably 'normal' parents." (p. 114) "We have come to the conclusion that a constructive, supportive, warmly related father *precludes* the possibility of a homosexual son; he acts as a neutralizing protective agent should the



vas, 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 podrí 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 6,5 libras 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

mother make seductive or close-binding attempts." (p. 311)

(20) Fisher: "Fisher analyzed the 58 studies and reported that a large majority supported the notion that homosexual sons perceive their fathers as negative, distant, unfriendly figures." A review of literature on childhood experiences of male homosexuals found "With only a few exceptions, the male homosexual declares that father has been a negative influence in his life. He refers to him with such adjectives as cold, unfriendly punishing, brutal, distant, detached. There is not a single even moderately well controlled study that we have been able to locate in which male homosexuals refer to father positively or affectionately." (p. 136)

(21) Pillard: "Alcoholism occurs more frequently in fathers of HS[homosexual] men (14 fathers of HS men versus five fathers of HT[Heterosexual] men.)" (p. 54)

(22) Sipvoca: "It was found that the fathers of homosexuals and transsexuals were more hostile and less dominant than the fathers of the control group and hence less desirable identification models." (p. 75)

(23) Bieber: "In about 75 per cent of the cases, the mothers had had an inappropriately close, binding, and intimate bond with their sons. More than half of these mothers were described as seductive. They were possessive, dominating, overprotective, and demasculinizing." (p. 524)

(24) Bieber: "By the time the H[homosexual]-son has reached the preadolescent period, he has suffered a diffuse personality disorder. Maternal over-anxiety about health and injury, restriction of activities normative for the son's age and potential, interference with assertive behavior, demasculinizing attitudes, and interference with sexuality --interpenetrating with paternal rejection, hostility, and lack of support --produce an excessively fearful child, pathologically dependent upon his mother and beset by feelings of inadequacy, impotence, and self-contempt. He is reluctant to participate in boyhood activities thought to be physically injurious --usually grossly overestimated. His peer group responds with humiliating name-calling and often with physical attack which timidity tends to invite among children... Thus he is deprived of important empathic interaction which peer groups provide." (p. 316)

(25) Snortum studied 46 males separated from military service because of homosexual behavior and concluded: "It appears that the pathological interplay between a close-binding, controlling mothers and a rejecting and detached father is not unique to the subculture of sophisticated, upper-middle-class families who engage psychoanalysts." (p. 769)

(26) Fitzgibbons: "The second most common cause of SSAD [same sex attraction disorder] among males is mistrust of women's love... Male children in fatherless homes often feel overly responsible for their mothers. As they enter their adolescence, they may come to view female love as draining and exhausting." (p. 89)

(27) Bradley: "Girls with GID ... have difficulty connecting with their mothers, who are perceived as weak and ineffective. We see this perception as arising from the high levels of psychopathology observed in these mothers, especially severe depression and borderline personality dis-



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". (p.1519)

(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 décimocuarta 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

order." (p. 877)

(28) Eisenbud "Broken homes and alcoholic conditions in Lesbian women's early backgrounds as well as inadequate mothering, afford no further chance of warm inclusion. The death of a beloved mother leaves cold isolation. Even when mother is present, the Lesbian girl frequently experiences her withdrawal from her after 18 months." (p. 98-99)

(29) Zucker: "... we feel that parental tolerance of cross-gender behavior at the time of its emergence is instrumental in allowing the behavior to develop... What is unique in the situation with children who develop a gender identity disorder is the co-occurrence of a multitude of factors at a sensitive period in the child's development -- that is, most typically in the first few years of life, the period of gender identity formation and consolation. There must be a sufficient numbers of factors to induce a state of inner insecurity in the child, such that he or she requires a defensive solution to deal with anxiety. This must occur in a context in which the child perceives that the opposite-sex role provides a sense of safety or security."(p. 259) "... we were unable to identify in any case reports a clinician who felt that the parents unequivocally encouraged a masculine identity in their sons."(p. 277)

(30) Friedman: "Thirteen of the 17 homosexual subjects (76%) reported chronic, persistent terror of fighting with other boys during the juvenile and early adolescent period. The intensity of this fear approximated a panic reaction. To the best of their recall, these boys *never* responded to challenge from a male peer with counter-challenge, threat, or attack. the pervasive dread of male-male peer aggression was a powerful organizing force in their minds. Anticipatory anxiety resulted in phobic responses to social activities; the fantasy that fighting *might* occur led to avoidance of wide variety of social interactions, especially rough-and-tumble activities (defined in our investigation as body-contact sports such as football and soccer).

"These subjects reported that painful loss of self-esteem and loneliness resulted from their extreme aversion to juvenile peer aggressive interactions. All but one (12 of 13) were chronically hungry for closeness with other boys. Unable to overcome their dread of potential aggression in order to win respect and acceptance, these boys were labeled "sissies" by peers. These 12 subjects related that they had the lowest possible peer status during juvenile and early adolescent years. Alternately ostracized and scapegoated, they were the targets of continual humiliation. All of these boys denied effeminacy..." (p. 432- 433) "No prehomosexual youngster had *any* degree of experience with fighting or rough-and-tumble during the juvenile years. None engaged in even the modest juvenile sex-typed interactions described by the least aggressive heterosexual youngster." (p. 434)

(31) Hadden: "In analytical examination of the pre-school period of life it is usually revealed that the boy who became homosexual never felt accepted by and never felt comfortable in relationships with his age peers. Quite often because of parental interference he was prevented from participation in the play activities with other children and had little opportunity of running, romping, rolling around, tugging, wrestling, and scrambling with his peers from the



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 transsexuales 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

toddling stage to the kindergarten or school age.”(p. 78)

(32) Hockenberry: “The conclusion was made that the five item function (playing with boys, preferring boys’ games, imagining self as a sport figure, reading adventure and sports stories, considered a “sissy”) was the most potent and parsimonious discriminator among adult males for sexual orientation. It was similarly noted that the absence of masculine behaviors and traits appeared to be a more powerful predictor of later homosexual orientation than the traditionally feminine or cross-sexed traits and behaviors.” (p. 475)

(33) Whitam developed and administered a six item inventory to 206 homosexual and 78 heterosexual male respondents regarding their childhood interests in cross-dressing, playing with dolls preferences for affiliating with girls and older women, being regarded as a “sissy” by peers, and the nature of one’s childhood sex play. Virtually all of the homosexuals (97%) reported possessing one or more of these “childhood indicators,” whereas 74% of the heterosexual subjects reported a complete absence of any of the indicators in their childhood. (in Hockenberry, p. 476)

(34) Thompson compared 127 male homosexuals with 123 controls: “The seven most discriminating items in order from the highest were: (a) played baseball... with homosexuals concentrating on *never* or *sometimes...*; (b) played competitive group games (homosexuals *never* or *sometimes...*); (c) child spent time with father (homosexuals, *very little...*); (d) physical makeup as a child (homosexuals, *frail, clumsy*, or coordinated, heterosexuals, *athletic*); (e) felt accepted by father (homosexuals, *mildly* or *no...*); (f) played with boys before adolescence (homosexuals, *sometimes...*); and (g) mother insisted on being center of child’s attention (homosexuals, *often* or *always...*)” (p. 123)

(35) Bailey: “Male homosexuals were remembered by their mothers as less masculine and more nonathletic.” (p. 44)

(36) Fitzgibbons: “Weak masculine identity is easily identified and, in my clinical experience, is a major cause of SSAD in men. Surprisingly, it can be an outgrowth of weak eye-hand coordination which results in an inability to play sports well. This condition is usually accompanied by severe peer rejection. ... The ‘sports wound’ will negatively affect the boy’s image of himself, his relationship with peers, his gender identity, and his body image.” (p. 88)

(37) Newman: “Experiences of being ostracized and ridiculed may play a more important role than has been recognized in the total abandonment of the male role at a later time.” (p. 687)

(38) Beitchman: “Among adolescents, commonly reported sequelae (of child sexual abuse) include sexual dissatisfaction, promiscuity, homosexuality, and an increased risk for revictimization. (p. 537)

(39) Bradley: “In our female adolescents with GID, a history of sexual abuse or fears of sexual aggression has appeared commonly.” (p. 878)

(40) Engel: “Some lesbian patients [victims of sexual abuse] go through a time of confusion, not being sure whether they are with women out of choice or whether it is

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

just because they are afraid, angry, and repulsed by men due to the sexual abuse.” (p. 193)

(41) Gundlach reported that 39 of 217 lesbians versus 15 of 231 non-lesbians reported they were objects of rape or attempted rape at age 15 or under. (p. 62)

(42) Golwyn: “We conclude that social phobia may be a hidden contributing factor in some instances of homosexual behavior.” (p. 40)

(43) Fergusson *et al* found that in a birth cohort sample the gay, lesbian, bisexual subjects has significantly higher rates of: Suicidal Ideation (67.9%/ 29.0%), Suicide Attempt (32.1%/ 7.1%), and psychiatric disorders age 14 -21 -- Major depression (71.4%/ 38.2%), Generalized anxiety disorder (28.5%/ 12.5%), conduct disorder (32.1%/ 11.0%), Nicotine dependence (64.3%/ 26.7%), Other substance abuse/ dependence (60.7%/ 44.3%), Multiple disorders (78.6%/ 38.2%) than the heterosexual sample. (p. 879)

(44) Parris in a study of consecutive admissions found that the rate of homosexuality in the BPD [Borderline Personality Disorder] sample was 16.7%, as compared with 1.7% in the non-BPD comparison group. The homosexual BPD group had a rate of overall Childhood Sexual Abuse rate of 100% as compared to 37.3% for the heterosexual BPD group. “It is interesting that 3 out of 10 homosexual borderline patients also reported father-son incest.”(p. 59)

(45) Zubenko: “Homosexuality was 10 times more common among the men and six times more common among the women with borderline personality disorder than in the general population or in a depressed control group.” (p. 748)

(46) Gonsiorek discusses the treatment of homosexuals who are also schizophrenic. (p. 12)

(47) Bychowski: “... homosexuals, in whom the ego has remained fixated in the stage of early narcissism, find it impossible to substitute consistent and successful dealings with reality for homosexual acts which they invest heavily with magic. The structure of these individuals is in many respects close to schizophrenia.” (p. 55)

(48) Kaplan: “In a sense, the homosexual has much in common with the narcissist, who has a love affair with himself. The homosexual, however, is unable to love himself as he is, since he is too dissatisfied with himself; instead he loves his ego-ideal, as represented by the homosexual partner whom he chooses. Thus for this particular type of individual, homosexuality becomes an extension of narcissism.” (p. 358)

(49) Berger: “A possible aetiological factor that has not been mentioned before in the literature, the abortion of a pregnancy conceived by the male patient that may have led to the patient ‘coming out’ or declaring homosexuality, is discussed.” (p. 251)

(50) APA: “Gender Identity Disorder can be distinguished from simple nonconformity to stereotypical sex role behavior by the extent and persuasiveness of cross-gender wishes, interests, and activities.” (p. 536)

(51) Phillips: “The 16-item discriminate-function ... yielded correct classification of 94.4% of heterosexual men and



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

91.8% of the homosexual men. These results indicate that heterosexual and homosexual men are classified with equivalent accuracy on the basis of recalling having had or not having had gender conforming (masculine) experiences in childhood.” (p. 550)

(52) Harry: “These data suggest that some history of childhood femininity is almost always a precursor of adolescent homosexual behavior.” (p. 259)

(53) Hadden: “In my experience with male homosexuals, they almost universally recognize that they were maladjusted at the time they started school. Many were recognized by their parents as needing psychiatric assistance much earlier.” (p. 78)

(54) Rekers: “When we first saw him, the extent of his feminine identification was so profound ... that it suggested irreversible neurological and biochemical determinants. After 26 months follow-up, he looked and acted like any other boy. People who viewed the video taped recordings of him before and after treatment talk of him as ‘two different boys.’ “

(55) Brown: “In summary, then it would seem that the family pattern involving a combination of a dominating, overly intimate mother *plus* a detached, hostile or weak father is beyond doubt related to the development of male homosexuality... It is surprising there has not been greater recognition of this relationship among the various disciplines that are concerned with children. A problem that arises in this connection is how to inform and educate teachers and parents relative to the decisive influence of the family in determining the course and outcome of the child’s psychosexual development. There would seem no justification for waiting another 25 or 50 years to bring this information to the attention of those who deal with children. And there is no excuse for professional workers in the behavioral sciences to continue avoiding their responsibility to disseminate this knowledge and understanding as widely as possible.” (p. 232)

(56) Acosta: “... better prospects for intervention in homosexuality lie in its prevention through the early identification and treatment of the potential homosexual child.” (p. 9)

(57) Green: “This longitudinal study of two groups of boys demonstrates that the association between extensive cross-gender behavior in boyhood and homosexual behavior in adulthood, suggested by previous retrospective reports, can be validated by a prospective study of clinically or family-referred boys with behaviors consistent with the gender identity disorder of childhood. However, not all boys with extensive cross-gender behavior evolved as bisexual or homosexual men. No boys in the comparison group evolved as bisexual or homosexual.” (p. 340)

(58) Bieber: “The therapeutic results of our study provide reason for an optimistic outlook. Many homosexuals became exclusively heterosexual in psychoanalytic treatment. Although this change may be more easily accomplished by some than by others, in our judgment a heterosexual shift is a possibility for all homosexuals who are strongly motivated to change.” (p. 319)

(59) Clippinger: “Of 785 patients treated, 307 -or approxi-



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) fué 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

mately 38% --were cured. Adding the percentage figures of the two other studies, we can say that at least 40% of the homosexuals were cured, and an 10. Nicolosi 1998 64 ; Rogers 1976 65 ; Satinover 1996 66 ; Throckmorton 67 ; West 68) Reports from individual therapists have been equally positive. (Barnhouse 1977 69 ; additional 10 to 30% of the homosexuals were improved, depending on the particular study for which statistics were available.” (p. 22)

(60) Fine: “Whether with hypnosis ..., psychoanalysis of any variety, educative psychotherapy, behavior therapy, and/ or simple educational procedures, a considerable percentage of overt homosexuals became heterosexual... If patients were motivated, whatever procedure is adopted a large percentage will give up their homosexuality... The misinformation that homosexuality is untreatable by psychotherapy does incalculable harm to thousands of men and women... All studies from Schrenk-Notzing on have found positive effects virtually regardless of the kind of treatment used.” (p. 85-86)

(61) Kaye: “Finally, we have indications for therapeutic optimism in the psychoanalytic treatment of homosexual women. We find, roughly, at least a 50% probability of significant improvement in women with this syndrome who present themselves for treatment and remain in it.” (p. 634)

(62) MacIntosh queried psychoanalysts who reported that of 824 male patients of 213 analysts -197 (23.9%) changed to heterosexuality, 703 received significant therapeutic benefit; and of the 391 female patients of 153 analysts --79 (20.2%) changed to heterosexuality, 318 received significant therapeutic benefit. (p. 1183)

(63) Marmor: “The clinicians represented in this volume present convincing evidence that homosexuality is a potentially reversible condition. There is little doubt that much of the recent success in the treatment of homosexuals stems from the growing recognition among psychoanalysts that homosexuality is a disorder of adaptation.” (p. 21)

(64) Nicolosi surveyed 850 individuals and 200 therapists and counselors --specifically seeking out individuals who claim to have made a degree of change in sexual orientation. Before counseling or therapy, 68% of respondents perceived themselves as exclusively or almost entirely homosexual, with another 22% stating they were more homosexual than heterosexual. After treatment only 13% perceived themselves as exclusively or almost entirely homosexuality, while 33% described themselves as either exclusively or almost entirely heterosexual. 99% of respondents said they now believe treatment to change homosexuality can be effective and valuable.

(65) Rogers: “In general, reports on the group treatment of homosexuals are optimistic; in almost all cases the therapists report a favorable outcome of therapy whether the therapeutic goal was one of achieving a change in sexual orientation or whether it was a reduction in concomitant problems.” (p. 22)

(66) Satinover reviewed literature in treatment and found that in the eight years between 1966 and 1974 alone, the Medline database --which excludes many psychotherapy



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 hetero 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 potencial-

journals --listed over a thousand articles on the treatment of homosexuality. According to Satinover, these reports contradict claims that change is impossible. Indeed, it would be more accurate to say that all the existing evidence suggests strongly that homosexuality is quite changeable. Most psychotherapists will allow that in the treatment of any condition, a 30% rate may be anticipated. (p. 169)

(67) Throckmorton: “Narrowly, the question to be addressed is: Do conversion therapy techniques work to change unwanted sexual arousal? I submit that the case against conversion therapy requires opponents to demonstrate that no patients have benefited from such procedures or that any benefits are too costly in some objective way to be pursued even if they work. The available evidence supports the observation of many counselors --that many individuals with same-gender sexual orientation have been able to change through a variety of counseling approaches.” (p. 287)

(68) West summarizes the results of studies: behavioral techniques have the best documented success (never less than 30%); psychoanalysis claims a great deal of success (the average rate seemed to be about 25%, but 50% of the bisexuals achieved exclusive heterosexuality.)” Every study ever performed on conversion from homosexual to heterosexual orientation has produced some successes.”

(69) Barnhouse. “These facts and statistics about cure are well known and not difficult to verify. In addition, there are many people to have experienced their homosexuality as a burden either for moral or social reasons who have, without the aid of psychotherapy, managed to give up this symptom; of these, a significant number have been able to make the transition to satisfying heterosexuality. Quite apart from published studies by those who have specialized in the treatment of sexual disorders, many psychiatrists and psychologists with a more general type of practice (and I include myself in this group) have been successful in helping homosexual patients to make a complete and permanent transition to heterosexual.” (p.109)

(70) Bergler: “In nearly thirty years, I have successfully concluded analyses of one hundred homosexuals... and have seen nearly five hundred cases in consultation. On the basis of the experience thus gathered, I make the positive statement that homosexuality has an excellent prognosis in psychiatric-psychoanalytic treatment of one to two years’ duration, with a minimum of three appointments each week --provided the patient really wishes to change. A considerable number of colleagues have achieved similar success.” (p. 176)

(71) Bieber: “We have followed some patients for as long as 20 years who have remained exclusively heterosexual. Reversal estimates now range from 30% to an optimistic 50%” (p. 416).

(72) Cappon reported that of patients with bisexual problems 90% were cured (i. e., no reversions to homosexual behavior, no consciousness of homosexual desire and fantasy) in males who terminated treatment by common consent. Male homosexual patients: 80% showed marked improvement (i. e., occasional relapses, release of ag-



mente 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 transgénero 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)

gression, increasingly dominant heterosexuality)... 50% changed.” (p. 265- 268) Of female patients 30% changed.

(73) Caprio: “Many patients of mine, who were formerly lesbians, have communicated long after treatment was terminated, informing me that they are happily married and are convinced that they will never return to a homosexual way of life.” (p. 299)

(74) Ellis: “... it is felt that there are some grounds for believing that the majority of homosexuals who are seriously concerned about their condition and willing to work to improve it may, in the course of active psychoanalytically-oriented psychotherapy, be distinctly helped to achieve a more satisfactory heterosexual orientation.” (p. 194)

(75) Hadden: “From my experience I have concluded that homosexuals can be treated more effectively by group psychotherapy when they are started in groups made up exclusively of homosexuals. In such groups the rationalization that homosexuality is a pattern of life they wish to follow is destroyed by their fellow homosexuals.” (p. 814)

(76) Hadden: “As each patient is brought into the group, we make it clear to him that we do not regard homosexuality as a particular disease, but as a symptom of an overall pattern of maladjustment.... I anticipate that better than one-third of the patients who persist in treatment will experience a reversal of their sexual pattern, but it may be necessary to continue in treatment for two or more years.” (p. 114)

(77) Hadfield reported curing 8 homosexuals: “By cure I do not mean... that the homosexual is merely able to control his propensity ... Nor .. do I mean that the patient is rendered capable of having sexual relations and bearing children; for ... he might do this by the help of homosexual fantasies. By ‘cure’ I mean that he loses his propensity to his own sex has his sexual interests directed towards those of the opposite sex, so that he becomes in all respects a sexually normal person.” (p. 1323)

(78) Hatterer reported: 49 patients changed (20 married, of these 10 remained married, 2 divorced, 18 achieved heterosexual adjustments); 18 partially recovered, remained single; 76 remained homosexual (28 palliated -58 unchanged) “A large undisclosed population has melted into heterosexual society, persons who behaved homosexually in late adolescence and early adulthood, and who, on their own, resolved their conflicts and abandoned such behavior to go on to successful marriages or to bisexual patterns of adaptation.” (p. 14)

(79) Kroneymeyer: “From my 25 years’ experience as a clinical psychologist, I firmly believe that homosexuality is a **learned** response to early painful experiences and that it can be **unlearned**. For those homosexuals who are unhappy with their life and find effective therapy it is ‘curable’” (p. 7)

(80) Exodus North America *Update* publishes a monthly newsletter containing testimonies of men and women who have left homosexuality. PO Box 77652, Seattle WA 98177, see issues from 1990 -2000.

(81) “APA “Fact sheet: Homosexuality and Bisexuality: ... There is no published scientific evidence supporting the efficacy of ‘reparative therapy’ as a treatment to change



(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 sintoma; 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 trata-

one's sexual orientation."

(82) Herek: "As recently as January of 1990, Dr. Bryant Welch, Executive Director for Professional Practice of the American Psychological Association, stated that 'no scientific evidence exists to support the effectiveness of any of the conversion therapies that try to change one's sexual orientation' and that 'research findings suggest that efforts to 'repair' homosexuals are nothing more than social prejudice garbed in psychological accouterments.'" (p. 152)

(83) Tripp: "From my point of view, there is no indication that fundamental changes in anybody's sex life are ever wrought by therapy, nor would they be particularly desirable anyway. A person's best sexual orientation is the one that helps him get the most out of himself, spontaneously. Killing off his guilt and his childish expectation that conformity is the road to heaven both tend to give him confidence and the energy to make a much smoother social integration... Since homosexuality is an alternate orientation and not a disease, 'cure' is patently impossible. What passes for 'cure' is surface symptom suppression or outright avoidance." (p. 48)

(84) Goetz reviewed 17 studies and found a total of 44 persons who were exclusively or predominantly homosexual experienced a full shift of sexual orientation.

(85) Coleman: "... to offer a cure to homosexuals who request a change in their sexual orientation is, in my opinion unethical. There is evidence, as reviewed in this paper, that therapists can help individuals change their behavior for a period of time. The question remains whether it is beneficial for patients to change their behavior to something that is inconsistent or incongruent with their sexual orientation." (p. 354)

(86) Herron: "Changing a person's sexual *behavior* from homosexual to heterosexual might be accomplished by working with a potential already present, but this would not really change the person's *preference*. While it may appear that psychoanalysis can change a person's sexual orientation, in truth this is a limited accomplishment that happens only occasionally and even then is of questionable duration." (p. 179)

(87) Acosta: "Most therapeutic success seem to be with bisexuals rather than exclusive homosexuals. The combined use of psychotherapy and specific behavioral techniques is seen to offer some promise for heterosexual adaptation with certain kinds of patients." (p. 9)

(88) Davison: "... even if one were to demonstrate that a particular sexual preference could be modified by a negative learning experience, there remains the question of how relevant these data are to the ethical question of whether one *should* engage in such behavior changes regimens. The simple truth is that data on efficacy are quite irrelevant. Even if we could effect certain changes, there is still the more important question of whether we *should*. I believe we should not." (p. 96) "Change of orientation therapy programs should be eliminated. Their availability only confirms professional and societal biases against homosexuality, despite seemingly progressive rhetoric about its normality..." (p. 97)

miento 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 concluído 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 éxitos 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 medica 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

(89) Gittings: "The homosexual community looks upon efforts to change homosexuals to heterosexuality, or to mold younger, supposedly malleable homosexuals into heterosexuality... as an assault upon our people comparable in its way to genocide."

(90) Begelman: "The efforts of behavior therapists to reorient homosexuals to heterosexuals *by their very existence constitute a significant causal element in reinforcing the social doctrine that homosexuality is bad.*" (p. 180)

(91) Begelman: "My recommendation that behavior therapists consider abandoning the administration of sexual reorientation techniques is based on the following considerations. Administering these programs means reinforcing the social belief system about homosexuality. The *meaning* of the act of providing reorientation services is yet another element in a causal nexus of oppression." (p. 217)

(92) Murphy: "There would be no reorientation techniques where there no interpretation that homoeroticism is an inferior state, an interpretation that in many ways continues to be medically defined, criminally enforced, socially sanctioned, and religiously justified. And it is in this moral interpretation, more than in the reigning medical theory of the day, that all programs of sexual reorientation have their common origins and justifications." (p. 520)

(93) Slek quotes Linda Garnet, Chair of APA's Board for Advancement of Psychology in the Public Interest who stated that reorientation therapies "feed upon society's prejudice towards gays and may exacerbate a patient's problems with poor self-esteem, shame, and guilt."

(94) Smith: "" Naturally, all parents wish their children to be happy and to resemble themselves, and if it were possible to prevent homosexual adjustment (not to mention transsexualism) most parents would welcome the intervention. On the other hand, this raises ethical issues along the lines of other 'Final Solutions' to minority problems."(p. 67)

(95) Begelman: "The recommendation is not based on any abstract disagreement with the principle that patients have a right to seek aid in reducing their anxiety or upset. But it does take cognizance of the fact that the homosexual person who seeks treatment does so most of the time because he has been forced into adopting a conventional and prejudicial view of his behavior. On what ethical basis, it may be asked, are we obliged to desert the patient in favor of allegiance to an abstract set of considerations." (p. 217)

(96) Silverstein :." To suggest that a person comes voluntarily to change his sexual orientation is to ignore the powerful environmental stress, oppression if you will, that has been telling him for years that he should change... What brings them into counseling is guilt, shame, and the loneliness that comes from their secret. If you really wish to help them freely choose, I suggest you first desensitize them to their guilt. Allow them to dissolve the shame about their desires and actions and to feel comfortable with their sexuality. After that, let them choose, but not before."(p. 4)

(97) Barrett: "Assisting gays and lesbians to step away from external religious authority may challenge the coun-



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.

selor's own acceptance of religious teachings." (p. 8)

(98) Nelson, a professor of Christian ethics defends homosexual infidelity: "... it is insensitive and unfair to judge gay men and lesbians by a heterosexual ideal of the monogamous relationship... Some such couples(as is true of some heterosexual couples) have explored relationships that admit the possibility of sexual intimacy with secondary partners."(p. 173)

(99) Mirkin: "This article will argue that, like homosexuality, the concept of child molestation is a culture and class specific modern creation. Though Americans consider intergenerational sex to be evil, it has been permissible or obligatory in many cultures and periods of history. Sex with male youths is especially widespread."(p. 4)

(100) Smith: "Pedophilia may be a cultural label rather than anything inherently medical or psychiatric; anthropological findings support this view." (p. 68)

(101) Davison: "Bieber *et al.* found that what they called a 'close-binding intimate mother' was present much more often in the life history of the analytic homosexual patients than among the heterosexual controls. But what is wrong with such a mother unless you happen to find her in the background of people whose current behavior you judge *beforehand* to be pathological? Moreover, even when an emotional disorder is identified in a homosexual, it could be argued that the problem is due to the extreme duress under which the person has to live in a society that asserts that homosexuals are 'queer' and that actively oppresses them." (p. 92)

(102) Menvielle in letter criticizing an article on GID by Bradley and Zucker (1997): "The ethical implications of whether childhood GID is a psychiatric disorder versus a manifestation of normal homosexual orientation are vital because labeling prehomosexual children as disordered would be incorrect."(p. 243) Bradley and Zucker responded: "Dr. Menvielle is naive in his assumption that these children would be happy if they were simply allowed to 'grow up' pursuing their cross-gender behavior and interests, including the desire to change sex. They are unhappy children who are using these behaviors defensively to deal with their distress." (p. 244)

(103) Fitzgibbons: "Experience has taught me that healing is a difficult process, but through the mutual efforts of the therapist and the patient, serious emotional wounds can be healed over a period of time." (p. 96)

(104) Doll: 42% of a sample of 1,001 homosexual men reported childhood experiences that meet the criteria for sexual abuse.

(105) Stephan: "... homosexuals reported experiencing their first orgasm at a younger age than the heterosexuals" 24% of homosexuals first orgasms occurred during homosexual contacts versus 2% of heterosexuals.(p. 511)

(106) Bell: Homosexuals average age of first homosexual encounter 9.7 years. Heterosexuals first sexual encounter 11.6 years.

(107) Johnson: "The 40 adolescent males reporting sexual victimization ranged in age from 15 to 21 years at the time of their initial clinic visit... No adolescent under 15 years of



(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 criminal-

age reported having been sexually assaulted, and only six of the 40 were under age 17... Only six of the 40 patients reported having revealed the assault to anyone prior to the interview... All six patients identified themselves as currently homosexual." (p. 374) "Even though nearly half of our adolescent male clinic population is under 15 years of age, all the adolescents who admitted sexual molestation were over 15 years of age. Since all the reported molestations occurred during the preadolescent years, we can only speculate that our young adolescent males did not report earlier sexual abuse. " Of the 40 reporting sexual abuse 47.5% self-identified as homosexual. (p. 375)

(108) Saghir and Robins found that while less than 6% of heterosexual men under 19 and 0% of those over 19 masturbated 4 or more times per week, 46% of homosexual men under 19, 31% of those 20 to 29, and 26% of those over 30 did so. (p. 49-50)

(109) Beitchman:"... sexually abused school-age children of both sexes, like their sexually abused pre-school counterparts, appeared more likely to manifest inappropriate sexual behaviors (e. g., excessive masturbation, sexual preoccupation, and sexual aggression) than did both normal and clinical controls." (p. 544)

(110) Goode: Never masturbated -28% Homosexually inexperienced women versus 0% homosexually experienced. Masturbated 6 or more times in past month -13% of HIW v. 50% of HEW.

(111) Saghir and Robins' study found 40% of homosexual men paid or received money for sex, verses 17% of controls (not homosexual) who paid for sex, none received. (p. 81)

(112) Fifield:"... an alarming number of gay men and women (31.96%) are trapped in an alcohol-centered lifestyle."

(113) Saghir and Robins found that 30% of the homosexuals in their sample reported excessive drinking or alcohol dependence verses 20% of the heterosexuals. (p. 119)

(114) Beitchman: "A review of studies reporting symptomology among sexually abused adolescents revealed evidence for the presence of depression, low self-esteem, and suicidal ideation."(p. 544)

(115) Zucker: "... In general we concur with those (e. g. Green 1972; Newman 1976; Stoller, 1978) who believe that the earlier treatment begins, the better."(p. 281) "It has been our experience that a sizable number of children and their families can achieve a great deal of change. In these cases, the gender identity disorder resolves fully, and nothing in the children's behavior or fantasy suggest that gender identity issues remain problematic.... All things considered, however, we take the position that in such cases a clinicians should be optimistic, not nihilistic, about the possibility of helping the children to become more secure in their gender identity."(p. 282)

(116) Newman: "Feminine boys, unlike men with postpubertal gender identity disorders seem remarkably responsive to treatment." (p. 684)

(117) Newman: "Teasing and social rejection by male



mente, 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 Psicología 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 transsexualismo) 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 desensitizarlo 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)

peers decreases and is replaced by acceptance. During the initial 12 -24 months of treatment, these patients begin to enjoy being accepted as boys, and their acceptance is a strong, continuing reinforcer.” (p. 684)

(118) Bradley: “Our experience is that such suffering diminishes radically, and self esteem improves when the parent are able to value the child and to support and to encourage same-sex behavior.” (p. 245)

(119) Bates: “It seems likely that it is the combination of effeminacy, fearfulness, social aversiveness; and immaturity that together constitute sufficient conditions for parents, schools, and others to seek clinical intervention for effeminacy.” (p. 14)

(120) Newman: “Mothers generally fear losing the son’s companionship as he becomes more masculine and therefore reluctant to begin a treatment program.” (p. 684)

(121) Garafalo: “Gay and bisexual teenagers may take more risks, and engage in risky behavior earlier in life, than teenagers who describe themselves as heterosexual. GLB [gay, lesbian, bisexual] teenagers were more likely to consider or attempt suicide, abuse alcohol or drugs, participate in risky sexual activity, or be victimized, and to initiate these behaviors earlier.”

(122) Osmond *et al.* conducted a household survey of unmarried men 18 through 29 years of age found that of 328 homosexual men 20.1% tested positive tested for HIV.

(123) Stall: “... the prevalence of use of particular drugs within this sample of an urban gay community is quite high and significant differences exist between the number of drugs used by the homosexual and heterosexual respondents. The finding that a sizable proportion of gay men use many different types of drugs raises the possibility that concurrent drug use is relatively common among gay men.” (p. 71)

(124) Signorille, quoting Steve Troy: “It’s the age of AIDS and I think people’s attitude is, ‘I don’t know how long I’m going to live... The majority of people who go to the circuit parties are HIV-positive, I really think so. Their attitude is, ‘I’m going to live for the moment. ‘ The circuit parties are the one outlet we have for total escapism. The unfortunate part of it is that when we do the drugs, we become much less inhibited. Things that we might normally not do when we have our wits about us, we actually do... And, to be honest, I can’t say I’m... I can’t say that I haven’t done that myself. When people are on drugs, the chances of unsafe sex are greater --like ten times higher.” (p. 116)

(125) Rekers: “With major research grants from the National Institute of Mental Health, I have experimentally demonstrated an affective treatment for “gender identity disorder of childhood” which appears to hold potential for preventing homosexual orientation in males, if applied extensively in the population.”

(126) Mulry: “.. men who never drank prior to sex were very unlikely to have engaged in unprotected anal intercourse, whereas 90% of men who had at least one occasion of unprotected anal intercourse also drank at least some of the time prior to sexual intercourse.” The report found: “a virtual absence of individuals who did not drink



(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 intimidación 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."

but did engage unprotected anal intercourse." (p. 181)

(127) Bell: 62% of 575 homosexual men in a study published in 1978 had contracted a sexually transmitted disease from homosexual contacts.

(128) Rotello: "Who wants to encourage their kids to engage in a life that exposes them to a 50 percent chance of HIV infection? Who even wants to be neutral about such a possibility? If the rationale behind social tolerance of homosexuality is that it allows gay kids an equal shot at the pursuit of happiness, that rationale is hopelessly undermined by an endless epidemic that negates happiness." (p. 286)

(129) Stall: "Even using cross-sectional designs, the efficacy of health education interventions in reducing sexual risk for HIV infection has not been consistently demonstrated... More education, over long period time, cannot be assumed to be effective in inducing behavior changes among chronically high-risk men." (p. 883)

(130) Calabrese, Harris, and Easley studying a sample of gay men living outside of the large coastal gay communities, found that neither attendance at a safe sex lecture, reading a safe sex brochure, receiving advice from a physician about AIDS, testing for HIV antibodies, nor counseling at an alternative test site was associated with participation in safe sex.

(131) Hoover: "The overall probability of seroconversion [from HIV -to HIV+] prior to age 55 years is about 50%, with seroconversion still continuing at and after age 55. Given that this cohort consists of volunteers receiving extensive anti-HIV-1 transmission education, the future seroconversion rates of the general homosexual population may be even higher than those observed here." (p. 1190)

Bibliography

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. September.

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.



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 autoestimación 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

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-term 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 University Press.

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*, Baltimore MD: Williams & Wilkins.

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.

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*



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 rehacias 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: “au-

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.

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 and 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.

Crowdson, 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*, Beverly 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.



sencia 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)

Bibliografía

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.

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*. Los Angeles CA: Gay Community Service Center.

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*, Washington DC: 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., Tendler, 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.

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*. February 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 Gonsiorek, J.



- 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-term 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.
- 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.
- 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*. February: 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.



- 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*. Beverly 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: Se-
- 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*. November : 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.
- 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: Macmillian.
- 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: Williams & 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.



attle 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 Reappraised*. 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., Tendler, 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.

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" Interviews 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*



- 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 of *Applied Behavioral Analysis*. 7: 134 - 151.
- 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. October.
- 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., McLaughlin, 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.

- 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: Wilaims & 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
- 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.
- 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 Gennep.
- 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.

Appendix

Courage and Encourage. St. John the Baptist Church and Friary 210 West 31st Street New York, NY 10001 212-268-1010 212-268-7150 (fax)

email: NYCourage@aol.com <http://world.std.com/~courage>



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., McLaughlin, 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 Gennep.

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.

Apéndice

Courage and Encourage. St. John the Baptist Church and Friary 210 West 31st Street New York, NY 10001 212-268-1010 212-268-7150 (fax)

email: NYCourage@aol.com <http://world.std.com/~courage>
