

Policlínico Comunitario Docente Previsora de la Ciudad de Camagüey.

Artículo

Los enigmas de la homosexualidad.

Homosexuality enigmas.

**(1) Gustavo Adolfo García Sarduy (2) Oscarlyns Cardoso Núñez (3)
Francisco Amaro Hernández (4) Nelson Mejías Álvarez**

1. Lic. en Psicología. Policlínico Comunitario Docente Previsora de la Ciudad de Camagüey. Profesor instructor Adjunto de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas de la Universidad de Camagüey. Policlínico Previsora, Calle 17 No 221, Esquina Madame Curie, Reparto Previsora, Camagüey. Teléfonos: 292462 y 29104. tavoga@finlay.cmw.sld.cu
2. Dr. en Medicina. Residente de tercer año de Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente Rodolfo Ramírez Esquivel de la Ciudad de Camagüey.
3. Dr. en Medicina. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico Comunitario Docente Previsora de la Ciudad de Camagüey.
4. Dr. en Medicina. Residente de tercer año en Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente del poblado de Camalote, perteneciente al municipio Guáimaro de la Provincia Camagüey.

Resumen

Esta revisión se realizó con el propósito fundamental de reflejar aspectos de la homosexualidad tales como su definición, orígenes, trastornos psicológicos asociados y lo concerniente a las terapias de cambio. Dentro de los resultados más relevantes podemos encontrar la variedad de definiciones existentes, sus diversos orígenes desde el punto de vista biológico, psicológico y social, la variedad de trastornos psicológicos asociados y los diferentes criterios acerca de la efectividad de las terapias de cambio. Como conclusiones más importantes encontramos que realmente hacen mucha falta las investigaciones sobre esta variante de la sexualidad para llegar a comprenderla en toda su

magnitud, además de profundizar en el conocimiento de los orígenes de la heterosexualidad para algún día llegar a comprender totalmente la homosexualidad.

Palabras Clave: HOMOSEXUALIDAD

LOS ENIGMAS DE LA HOMOSEXUALIDAD

La homosexualidad es uno de los matices de la sexualidad humana. La palabra "homosexualidad" se vio la primera vez para el inglés por la década de 1890, usado por Charles Gilbert Chaddock (traductor de *Psychopathia Sexualis*). Originalmente el término aparecía en alemán en un folleto anónimo en 1969. (Ribeiro Braga)

Es probable que uno de los logros más grandes de la liberación sexual haya sido el que se pueda discutir y analizar el tema de la homosexualidad con libertad, sin temor a la cruel represión social, recurriendo a la verdad que nos da la experiencia científica y con el firme respeto a los inalienables derechos humanos. (1)

Debemos tener en cuenta que no se trata de una rareza. Se acepta una prevalencia mundial entre un 2 y un 4% para el grupo de homosexuales femeninos, y entre 4 y 10% de los masculinos. (1)

Aurioles y Aldana en 1984 señalan que las investigaciones de la frecuencia con las que la orientación homosexual aparece están plagada de problemas, no obstante puede decirse que entre un 2 y un 5% de la población adulta tiene esta orientación sexual. (2)

DEFINICIONES DE LA HOMOSEXUALIDAD

Aurioles y Aldana plantean que la persona homosexual es aquella que está motivada en la vida adulta por una atracción erótica preferencial a miembros

del mismo sexo. Marmor en 1980 señala que la persona homosexual puede ser definida como aquella que está motivada en la vida adulta por una atracción erótica preferencial definitiva a miembros del mismo sexo y quien usualmente (pero no necesariamente) se involucra en relaciones sexuales abiertas con ellos. (2, 3)

El término homosexualidad no describe a un grupo unitario de población, ni nos conduce a predecir personalidad o patología de aquellas personas cuya actividad sexual se produce con su mismo sexo, por desgracia los conceptos erróneos y los prejuicios científicos, religiosos y sociales se han aliado para presentar una visión estereotipada de la homosexualidad. (4)

La forma dominante de la conducta sexual se expresa en las relaciones entre el hombre y la mujer, pero existe un número considerable de personas en cualquier tipo de sociedad, que en algún momento de su vida han sido motivados por conductas homosexuales. Sin embargo, un grupo pequeño de ellos se reconoce a sí mismos como homosexuales; es decir, asumen de forma plena su identidad homosexual. Esto no solo tiene que ver con los fuertes prejuicios hacia la homosexualidad existentes en la cultura occidental, sino también con el hecho de que una práctica u orientación homosexual en un momento concreto de la vida, no conducen necesariamente al desarrollo de una identidad homosexual.(5)

El proceso de desarrollo de la identidad homosexual se configura a nivel psicológico; por ello no tiene sentido hablar de homosexualismo congénito o genético, aunque podamos reconocer determinantes en este nivel que favorezcan la orientación homosexual; sin embargo, nunca se expresará de forma lineal y directa en la determinación de la homosexualidad.

ORÍGENES DE LA HOMOSEXUALIDAD

Causas Biológicas.

Según Cáceres las investigaciones sobre las raíces biológicas de la orientación sexual han seguido dos claros caminos. El primero fundamentado en la búsqueda de las posibles diferencias neuroanatómicas y neurohistológicas entre el varón y la mujer, haciendo luego extensivos estos hallazgos al cerebro del homosexual varón. El segundo enfoque, de corte genético, que se basa en la búsqueda de pautas familiares de homosexualidad y en el examen directo del material hereditario, es decir, el ADN. Algunas de las más significativas investigaciones en el campo neuroanatómico. (1)

Roger A. Gorski, citado por Cáceres, de la Universidad de California en los Angeles, demuestra en 1978, que en la parte anterior del hipotálamo de las ratas macho, un grupo de células multiplicaba varias veces el número del de las hembras. Esta región es denominada área pre-óptica medial, la cual se ha involucrado en la generación del comportamiento sexual. Subrayaremos que no se ha encontrado todavía en los monos un grupo de células análogas al identificado en las ratas, así como que tampoco se sabe que función desempeña este grupo de células sexualmente dimórficas en las ratas. Lo que sí se sabe de un estudio realizado por Gorski y sus colaboradores, es que los andrógenos (hormonas masculinas) cumplen una misión clave en la generación del dimorfismo durante el desarrollo. Las neuronas de este grupo de células, tienen abundancia en receptores de hormonas sexuales, y aunque las ratas, machos y hembras, parten de un número casi parejo de neuronas en el área pre-óptica medial, el pulso de testosterona que se produce cerca el alumbramiento (pocos días antes y después del nacimiento) en el macho es el que estabiliza esta población neuronal, provocándose por su ausencia en la hembra, la muerte de un gran número de neuronas (1)

Laura Allen, citada por Cáceres, alumna del Dr. Gorski, descubre también estructuras dimórficas en el cerebro humano, hace referencia a un conjunto de células que responde al apelativo de NIHA3 "Tercer núcleo intersticial del hipotálamo anterior, en la región pre-óptica medial del hipotálamo", la cual triplica en los varones el tamaño que presenta en las mujeres (1).

Simón LeVay, citado por Cáceres, en 1990 examina el hipotálamo en muestras de autopsias de 19 varones homosexuales, todos los cuales habían fallecido de

complicaciones relacionadas con el SIDA; así como muestra de autopsias de 16 varones heterosexuales, seis de los cuales habían muerto de SIDA, y muestra de seis mujeres cuya orientación sexual ignoraba. Observó que en el varón, el tamaño del NIHA3 duplicaba de lejos el tamaño del de la mujer, también notó que esta área era entre dos y tres veces mayor en el hombre heterosexual que en el varón homosexual, faltando por completo en algunos varones homosexuales, destacándose que no había diferencia significativa entre los volúmenes de NIHA3 de varones homosexuales y mujeres. Así pues, estas investigaciones sugerían la existencia de un dimorfismo relacionado con la orientación sexual del varón, de magnitud equiparable a la que se daba con relación al sexo (1).

Allen y Gorski, citados por Cáceres, aportaron otra característica del cerebro que estaba aparentemente relacionada con la inclinación sexual. Determinaron que la Comisura Blanca Anterior y el Cuerpo Calloso, fascículos de fibras que cruzan la línea media del cerebro, eran pequeños en los varones heterosexuales, grandes en las mujeres y mayores aun en los varones homosexuales. Una vez hecha la corrección correspondiente de acuerdo al tamaño del cerebro, la Comisura Blanca Anterior de las mujeres y la de los homosexuales masculinos, alcanzaban un tamaño similar (1).

Para el profesor Jhon Money, citado por Cáceres, psicólogo, profesor de la Universidad y del Hospital Jhon Hopkins, en Baltimore, Estados Unidos, la orientación sexual podría verse determinada por tres factores, los cuales describe al analizar su propuesta basada en los mapas del amor. Nos referimos a la naturaleza, al periodo crítico y a la crianza. En otros términos, nos referiríamos a lo mismo de la siguiente forma: (1)

1. El factor Biológico: configurado por los Genes, las Hormonas y las Estructuras Cerebrales, las cuales predisponen la orientación sexual.
2. El Imprinting o Impronta: es decir, el estímulo específico en el momento oportuno, estímulo que podría ser dado por la familia y la sociedad en

los tres primeros años de vida, período en el cual quedaría definida la orientación sexual.

3. El medio: es decir, el ambiente social y familiar así como la educación que se recibirá en este período crítico comprendido en los tres primeros años de vida.

A pesar de los numerosos intentos, ninguno de los estudios más difundidos por ejemplo: Hamer (6) y LeVay, citado por Cáceres, han podido ser reproducidos como afirma Gadd (7). Numerosos 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 (8, 9,10,11, 12, 13)

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. (14, 15, 16, 17, 18, 19). 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 (20).

Diversos estudios (21, 22) indican ciertas diferencias en la excreción urinaria de metabolitos de hormonas sexuales entre varones homosexuales y heterosexuales; una excreción menor de testosterona urinaria en los homosexuales que en los heterosexuales (23) y niveles de testosterona en sangre mucho menores en los adultos jóvenes exclusiva o casi exclusivamente homosexuales que en el mismo grupo de edad heterosexual (24). Estudios posteriores han mostrado, sin embargo, otros resultados diferentes. (16, 25, 26, 27, 28).

Causas Psicosociales

Siegelman en 1974 señala que en aquellos grupos de homosexuales y heterosexuales donde se registraba un bajo nivel de neuroticismo, no se observaban diferencias en las relaciones familiares (29).

Green en 1974 señala la teoría de que los niños que muestran repetidamente una conducta atípica del rol sexual que les corresponde son más propensos que los demás a desarrollar una orientación homosexual durante la edad adulta.(30). En apoyo a esta idea, cabe indicar que, según Whitam (31), los homosexuales varones afirmaban con significativa mayor frecuencia que los heterosexuales que durante la infancia habían sentido interés por los juegos con muñecas y por los vestidos propios de niñas, preferencia por las niñas como compañeras de juego, preferencia por estar en compañía adulta femenina y no masculina, placer por ser considerados “niñitas” por los demás niños e interés sexual infantil más acusado por los niños que por las niñas.

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. (32, 33, 34).
- La madre fue sobreprotectora (niños hombres), (35).
- La madre era necesitada de afecto y exigente con los niños, (36).
- Madre emocionalmente vacua (niñas) (37, 38).
- Los padres no fomentaron la identificación con el propio sexo (39).
- Ausencia de juegos más o menos violentos (niños) (40)
- Falta de identificación con sus iguales del mismo sexo. (41, 42)
- Aversión a los juegos por equipo (niños) (43).
- Falta de coordinación de la mano con la vista, que lleva a pullas de los iguales (niños), (36, 44, 45)
- Abuso sexual o violación, (37, 46, 47, 48).
- Fobia social o timidez extrema. (49).
- Pérdida de un padre por muerte o divorcio. (39).

- Separación de un padre durante una etapa crítica del desarrollo (39).

El Diagnostic and Statistical Manual IV (50) 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 (51, 52) 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 expuesto al riesgo de homoeroticismo en la adolescencia (39, 45, 53).

Mientras un número de estudios han mostrado que niños que han sido abusados sexualmente, niños que exhiben síntomas de GID, y niños con antimasculinidad crónica juvenil se encuentran al riesgo de la atracción homoerótica en la adolescencia y la edad adulta, es importante darse cuenta de que un porcentaje significativo de estos niños no llegan a ser homosexuales activos en la edad adulta. (54, 55).

La intervención profesional adecuada, si es apoyada por los padres, puede superar la Desordenada Identidad de Género (45, 56).

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 (57, 58).

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS.

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

- Depresión grave (59).
- Ideas de suicidio (60).
- Neurosis de angustia generalizada.
- Abuso de drogas.
- Desórdenes de conducta de adolescentes.
- Personalidades psicopáticas marginales (61, 62).
- Esquizofrenia (63).
- Narcisismo patológico (64)

ACERCA DE LAS TERAPIAS DE CAMBIO

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 (65).

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. (66, 67, 68, 69, 70, 71, 72).

Informes de terapeutas individuales han sido igualmente positivos (73, 74, 75, 76).

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 (65). Aun cuando el cambio sea definido en esta forma extrema, la afirmación no es cierta. Numerosos estudios reportan casos de cambio total (77).

Aquellos que niegan la posibilidad de un cambio total, admiten que cambio en el comportamiento es posible (78, 79) y que personas que han estado envueltas sexualmente con ambos sexos parecen más capaces de cambiar

(58). 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 (80,81) lo hacen así porque en su opinión esa terapia es opresiva contra aquellos que no quieren cambiar (82, 83, 84, 85) y ven a aquellas personas atraídas por el mismo sexo que expresan el deseo de cambiar como víctimas de opresión social o religiosa (86, 87).

Algunos de los que consideran la terapia como no ética también disputan las teorías establecidas de desarrollo infantil (80, 88). Ellos tienden a culpar de opresión social a los problemas innegables que sufren los adolescentes y adultos homosexuales activos.

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 (89). Otros estimulaban al paciente a masturbarse empleando imaginaciones heterosexuales. (90, 91).

Individuos que experimentan atracción por los del mismo sexo a menudo cuentan una larga historia de experiencias sexuales tempranas, y traumatismos sexuales (92). Es más probable que personas homosexuales activas se hayan visto envueltas en formas extremas de actividad sexual con otra persona a edad muy temprana (93, 94).

Dada la identificación y la intervención tempranas, hay buenas razones para esperar que el problema pueda ser resuelto en forma satisfactoria (39, 45). Mientras que la razón principal para tratar a niños es para aliviar su infelicidad presente (45, 55, 95).

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. (39, 45). 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 (55) y haciéndoles ver los riesgos asociados con la actividad homosexual (96,

97, 98, 99, 100) 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.

Según una versión revisada de la Asociación Americana de Psiquiatría de 1997 (101), la terapia no puede cambiar la orientación sexual. Aunque la mayoría de los homosexuales viven vidas exitosas y felices, algunos homosexuales o bisexuales pueden llegar a buscar cambiar su orientación sexual por medio de la terapia, en ocasiones bajo la presión de miembros de sus familias o grupos religiosos para que traten de hacerlo y lo hagan. La realidad es que la homosexualidad no es una enfermedad. No requiere tratamiento y no es alterable. Sin embargo, no todas las personas gays, lesbianas y bisexuales que solicitan ayuda de parte de un profesional de la salud mental es que quieran cambiar su orientación sexual. Los gays, lesbianas y bisexuales pueden requerir ayuda psicológica para el proceso de “coming out” o revelar públicamente su orientación sexual, o buscando estrategias para enfrentar el prejuicio, pero la mayoría entra en terapia por las mismas razones y cuestiones vitales que llevan a los heterosexuales a los profesionales de la salud mental.

Cáceres (1) inició un tipo de terapia muy especial y particular que denominó Grupo Sexológico, cuya finalidad fue la de buscar la integración del individuo homosexual, de una forma inteligente y civilizada, a la sociedad en que vive y se desarrolla. Este tipo de grupo no solo sirve para los homosexuales, también es útil para la adaptación del individuo con cualquier variante en la conducta sexual que le produzca malestar al sentirse marginado por la sociedad, así como para las patologías de género, como son la transexualidad masculina y femenina. La evaluación de esta experiencia terapéutica se realizó entre enero de 1992 y diciembre de 1995, se determinó el grado de ego-distonía a través de los indicios de ansiedad o depresión ocasionados por esta orientación y sus complicaciones sociales o familiares, los cuales fueron cuantificados por medio de los test de Zung y Hamilton. Los resultados fueron los siguientes:

- Tiempo de experiencia: 3 años
- Total de grupos formados: 10

- Total de personas asistidas: 148
- Objetivos logrados: todos
- Complicaciones: ninguna
- Evolución de los ex-miembros: favorable
- Recaída: ninguna

En Agosto de 1996 se realizó una reevaluación de los 148 sujetos no identificándose ego-distonía y se observó que todos llevaban en ese momento una vida ocupacional productiva así como una vida social satisfactoria.

A modo de conclusiones:

Existen consideraciones acerca de que la homosexualidad, en sí misma, no representa un problema para el desarrollo personal; sin embargo, el proceso de configuración de la identidad homosexual tiende a ser sumamente complejo y traumático debido a las presiones sociales. Es precisamente en este proceso donde se pueden presentar distintos conflictos que pueden trascender los recursos psicológicos del sujeto y dar lugar a configuraciones neuróticas u otros trastornos en el ajuste social de la persona (5).

A nuestro criterio, la homosexualidad no constituye una enfermedad, pero sí pueden existir trastornos psicológicos asociados; además, la consideramos una forma de vida delimitada al igual que lo es la heterosexualidad. También es necesario señalar que debemos ahondar más en el conocimiento de la heterosexualidad para algún día poder comprender la homosexualidad.

Summary

This revision was carried out with the main objective of reflecting aspects of homosexuality such as its definition, origins, psychological dysfunctions that may be associated to it and some ideas concerning the so-called "therapies of change". Among the most outstanding findings we can mention the variety of existent definitions, their diverse origins from the biological, psychological and social points of view, the variety of psychological dysfunctions connected to it and the different criteria about the effectiveness of the therapies of change. The most important conclusions point out the real necessity of investigations on this

variant of sexuality to end up understanding it in all its magnitude, besides deepening into the knowledge about the origins of heterosexuality in order to understand homosexuality thoroughly.

Key words: HOMOSEX; HOMOSEXUALITY

Recibido: 13/6/02 Aprobado: 4/11/02

Referencias bibliográficas

1. Cáceres Le Breton A. Homosexualidad egodistónica. *Sexología y Sociedad*.1997; 3 (7): 15-9.
2. Rubio Auriolés E, Aldana A. Antología de la Sexualidad Humana. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Ciudad de México. 1984: 595-631.
3. Marmor J. Overview: The Multiple Roots of Homosexual Behavior. New York, 1980.
4. Kolodny RC, Masters WH, Jhonson VE. En: Tratado de Medicina Sexual. Ciudad de la Habana: Científico-Técnica; 1985. p. 337 – 46.
5. González Rey F. En: Comunicación, personalidad y desarrollo. La Habana: Pueblo y Educación; 1995. p. 119 – 23.
6. Hamer D, Hu S, Magnuson V, Hu A. Pattatucci A. A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science J*. 1993; 261: 321 - 27.
7. Gadd J. New study fails to find so-called 'gay gene'. *Toronto Globe and Mail*. 1998 June 2.
8. Byne W, Parsons B. Human sexual orientation: The biologic theories reappraisal. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 50: 229 - 39.
9. Goldberg S. What is normal? : If something is heritable, can it be called abnormal? But is homosexuality heritable. *National Review*. 1992 Feb 3: 36 -8.
10. LeVay S. A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science J*. 1991; 258: 1034 - 7.
11. McGuire T. Is homosexuality genetic? A critical review and some suggestions. *Homosexuality J*.1995; 28 (2): 115 - 45.

12. Porter R. 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*. 1996 August 11.
13. Rice G, Anderson C, Risch N, Ebers G. Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science J*. 1999 April.
14. Bailey J. Pillard R. A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*. 1991; 48: 1089 - 96.
15. Eckert E, Bouchard T, Bohlen J, Heston L. Homosexuality in monozygotic twins reared apart. *Psychiatry British J*. 1986; 148: 421 - 5.
16. Friedman R, Wollesen F, Tandler R. Psychological development and blood levels of sex steroids in male identical twins of divergent sexual orientation. *Nervous and Mental Disease J* 1976; 163 (4): 282 - 8.
17. Green R. *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore: Penguin. 1974.
18. McConaghy. A pair of monozygotic twins discordant for homosexuality: Sex-dimorphic behavior and penile volume responses. *Arch. Sexual Behaviour* 1980; 9: 123 - 31.
19. Zuger B. Monozygotic twins discordant for homosexuality: Report of a pair and significance of the phenomenon. *Comprehensive Psychiatry* 1976; 17: 661 - 9.
20. Green R. The immutability of (homo) sexual orientation: Behavioral science implications for a constitutional analysis. *Psychiatry and Law J* 1988; 16 (4): 537 - 75.
21. Margolese, MS. *Homosexuality: A New Endocrine Correlate*. *Hormones and Behavior*. Great Britain; 1970. p. 151-5.
22. Margolese MS, Janiger O. Androsterone/etiocholanolone ratios in male homosexuals. *British Med J* 1973; 3: 207-10.
23. Loraine JA, Ismail AA, Adamopoulos DA et al. Endocrine function in male and female homosexuals. *British Med J* 1970; 4: 406-8.
24. Kolodny RC, Masters WH, Hendryx J. Plasma testosterone and semen analysis in male homosexuals. *N Engl J Med* 1971; 285: 1170-7.
25. Birk L, Williams GH, Chasin M et al. Serum Testosterone levels in homosexual men. *N Engl J Med* 1973; 6: 1236- 8.

26. Tournay G, Hatfield LM. *Biological Psychiatry*. 1973. p.18-24.
27. Brodie KH, Gartrell N, Doering C et al. Plasma Testosterone Levels in Heterosexual and Homosexual Men. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 82-3.
28. Chapman B, Brannock J. Proposed model of lesbian identity development: An empirical examination. *Homosexuality J* 1987; 14: 69 - 80.
29. Siegelman M. *Archives of Sexual Behavior*. 1974. p. 3-18.
30. Green R. *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. New York: Publishers. 1974.
31. Whitam FL. *Archives of Sexual Behavior*. 1974. p. 89-96.
32. Fisher S, Greenberg R. *Freud Scientifically Reappraisal*. NY: Wiley & Sons. 1996.
33. Pillard R. Sexual orientation and mental disorder. *Psychiatric Annals* 1988; 18(1): 52 - 6.
34. Sipova I, Brzek A. Parental and interpersonal relationships of transsexual and masculine and feminine homosexual men. In: *Homosexuals and Social Roles*. NY: Haworth. p. 75 - 85.
35. Bieber T. Group therapy with homosexuals. In: Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive Group psychotherapy*. Williams & Wilkins: Baltimore MD; 1971.
36. Fitzgibbons R. The origins and therapy of same-sex attraction disorder. In: Wolfe C. *Homosexuality and American Public Life*. Spence; 1999. p. 85 - 97.
37. Bradley S, Zucker K. Gender identity disorder: A review of the past 10 Years. *Am Academy Child and Adolescent Psychiatry J*. 1997; 34 (7): 872 - 80.
38. Eisenbud R. Early and later determinants of lesbian choice. *Psychoanalytic Review*. 1982; 69(1): 85 – 109.
39. Zucker K, Bradley S. *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. NY: Guilford; 1995.
40. Friedman R, Stern L. Juvenile aggressivity and sissiness in homosexual and heterosexual males. *Am Acad Psychoanalysis J*. 1980; 8 (3): 427 - 40.

41. Hockenberry S, Billingham R. Sexual orientation and boyhood gender conformity: Development of the boyhood gender conformity scales (BGCS) Arch Sexual Behavior .1987; 16 (6): 475 -92.
42. APA Public Interest. Homosexuality and Bisexuality. [serial on internet] 1998 Jul [cited 1998 Jul 28];[about 8 p.]. Available from: <http://www.lugargay.org/textos/respAPA1.html>
43. Thompson N, Schwartz D, McCandles B, Edwards D. Parent-child relationships and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. Consult and Clin Psych J 1973; 41 (1): 120 - 7.
44. Bailey J, Miller J, Willerman L. Maternally rated childhood gender nonconformity in homosexuals and heterosexuals. Arch Sexual Behavior 1993; 22 (5): 461 – 9.
45. Newman L. Treatment for the parents of feminine boys. Am J Psychiatry.1976; 133 (6): 683 - 7.
46. Beitchman J, Zucker K, Hood J, DaCosta G, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect 1991; 15: 537 - 56.
47. Engel B. The Right to Innocence. Los Angeles: Jeremy Tarcher. 1982.
48. Finkelhor D. Child sexual abuse: New theory and research. NY: The Free Press. 1984.
49. Golwyn D, Sevlie C. Adventitious change in homosexual behavior during treatment of social phobia with phenelzine. J ClinPsychiatry 1993; 54(1): 39- 40.
50. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical. In: Manual IV. Washington DC: APA. 1994.
51. Friedman R. Male Homosexuality: A Contemporary Psychoanalytic Perspective. New Haven: Yale U. Press. 1988.
52. Phillips G, Over R. Adult sexual orientation in relation to memories of childhood gender conforming and gender nonconforming behaviors. Arch Sex Behavior 1992; 21 (6): 543 - 58.
53. Harry J. Parental physical abuse and sexual orientation in males. Arch Sex Behavior1989; 18 (3): 251 - 61.
54. Green R. Gender identity in childhood and later sexual orientation: Follow-up of 78 males. Am J Psychiatry 1985; 142 (3): 339 - 441.

55. Bradley S, Zucker K. Drs. Bradley and Zucker reply. *J Am Academy Child and Adol Psychiatry*. 1998; 37(3): 244 - 5.
56. Rekers G, Lovaas O, Low B. Behavioral treatment of deviant sex role behaviors in a male child. 1974.
57. Brill AA. *Freud's Contribution to Psychiatry*. NY: Norton and Co, 1979.
58. Acosta F. Etiology and treatment of homosexuality: A review. *Arch Sex Behavior* 1975; 4: 9 - 29.
59. Fergusson D, Horwood L, Beautrais A. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56 (10): 876 -88.
60. Herrell R, Goldberg J, True W, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S et al. A co-twin control study in adult Men: Sexual orientation and suicidality. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56 (10): 867 - 74.
61. Parris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological factors associated with homosexuality in males with borderline personality disorders. *Personality Disorders J* 1995; 9(11): 56 - 61
62. Zubenko G, George A, Soloff P, Schulz P. Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1987;144 (6): 748 - 52.
63. Gonsiorek J. The use of diagnostic concepts in working with gay and lesbian populations. In: *Homosexuality and Psychotherapy*. NY: Haworth; 1982. p. 9 - 20.
64. Kaplan E. Homosexuality: A search for the ego-ideal. *Arch Gen Psychology* 1967; 16: 355 - 8.
65. Tripp C, Hatterer L. Can homosexuals change with Psychotherapy? *Sexual Behavior* 1971; 1 (4): 42 - 9.
66. Clippinger J. Homosexuality can be cured. *Corrective and Social Psychiatry: J Behavior Techn Meth and Therapy* 1974; 21 (2): 15 – 28.
67. Fine R. Psychoanalytic theory. In: Diamant L. *Male and Female Homosexuality: Psychological Approaches*. Washington: Hemisphere Publishing; 1987. p. 81 - 95.
68. Macintosh H. Attitudes and experiences of psychoanalysts. *J Am Psychoanal Assoc*.1994; 42 (4): 1183 - 207.

69. Nicolosi J, Byrd A, Potts R. Towards the Ethical and Effective Treatment of Homosexuality. Encino CA: NARTH. 1998.
70. Rogers C, Roback H, McKee E, Calhoun D. Group psychotherapy with homosexuals: A review. *Internat J Group Psychotherapy* 1976; 31 (3): 3 - 27
71. Satinover J. Homosexuality and the Politics of Truth. Grand Rapids MI: Baker. 1996.
72. Barrett R, Barzan R. Spiritual experiences of gay men and lesbians. *Counseling and Values* 1996; 41: 4 - 15.
73. Barnhouse R. Homosexuality: A Symbolic Confusion. NY: Seabury Press. 1977.
74. Bieber I., Bieber T. Male homosexuality. *Can J Psychiatry* 1979; 24 (5): 409 - 21.
75. Hatterer L. Changing Homosexuality in the Male. NY: McGraw-Hill. 1970.
76. Kronemeyer R. Overcoming Homosexuality. NY: Macmillan. 1980.
77. Goetze R. Homosexuality and the Possibility of Change: A Review of 17 Published Studies. Toronto Canada: New Directions for Life. 1997.
78. Coleman E. Toward a new model of treatment of homosexuality: A review. *Homosexuality J* 1978; 3 (4): 345 - 57.
79. Herron W, Kinter T, Sollinger I, Trubowitz J. Psychoanalytic psychotherapy for homosexual clients: New concepts. In: Gonsiorek, J. Homosexuality and Psychotherapy. NY: Haworth; 1982.
80. Davison G. 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; 1982. p. 89 - 96.
81. Parker N. Homosexuality in twins: A report on three discordant pairs. *British J Psychiatry* 1964; 110: 489 - 92.
82. Begelman D. Ethical and legal issues of behavior modification. In: Hersen M, Eisler R, Miller P. Progress in Behavior Modification. NY: Academic. 1975.
83. Murphy T. Redirecting sexual orientation: Techniques and justifications. *J Sex Res* 1992; 29: 501- 23.

84. Sletten S. Concerns about conversion therapy. *APA Monitor* 1997 Oct; 28:16.
85. Smith J. Psychopathology, homosexuality, and homophobia. *Homosexuality J* 1988; 15 (1/2): 59 - 74:
86. Begelman D. Homosexuality and the ethics of behavioral intervention. *Homosexuality J* 1977; 2 (3): 213 - 8.
- 87.87. Ribeiro Braga M.[serial on internet] 1998 Jul [cited 1998 Jul 28]:[about 8 p.]. Available from: <http://www.sites.aol.com.br/marilandes/homossexualid.html>
88. Menvielle E. Gender identity disorder (Letter to the editor in response to Bradley and Zucker article). *J Am Academy Child and Adol Psychiatry* 1998; 37 (3): 243 -4.
89. Saghir M, Robins E. *Male and Female Homosexuality: A Comprehensive Investigation*. Baltimore MD: Williams & Wilkins; 1973.
90. Blitch J, Haynes S. Multiple behavioral techniques in a case of female homosexuality. *J Behavior Ther and Exp Psychiatry* 1972; 3: 319 - 22.
91. Conrad S, Wincze J. Orgasmic reconditioning: A controlled study of its effects upon the sexual arousal and behavior of adult male homosexuals. *Behavior Ther* 1976; 7: 155 - 66.
92. Doll L, Joy D, Batholow B, Harrison J, Bolan G, Douglas J et al. Self-reported childhood and adolescent sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse & Neglect* 1992; 18: 825 - 64.
93. Stephan W. Parental relationships and early social experiences of activist male homosexuals and male heterosexuals. *Abnormal Psychology J* 1973; 82 (3): 506 - 13.
94. Bell A, Weinberg M, Hammersmith S. *Sexual Preference: Its Development in Men and Women*. Indiana U.P: Bloomington IN; 1981.
95. Bates J, Skilbeck W, Smith K, Bentley P. Gender role abnormalities in boys: An analysis of clinical rates. *J Abnormal Child Psychol* 1974; 2 (1): 1 - 17.
96. Garofalo R, Wolf R, Kessel S, Palfrey J, DuRant R. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-

- based sample of adolescents: Youth risk behavior survey. *Pediatrics* 1998; 101 (5): 895 - 903.
97. Osmond D, Page K, Wiley J, Garrett K, Sheppard H, Moss A et al. HIV infection in homosexual and bisexual men 18 to 29 years of age: The San Francisco young men's health study. *Am J Pub Health* 1994; 84 (12): 1933 - 7.
 98. Stall R, Wiley J. A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: The San Francisco Men's Health Study. *Drug and Alcohol Dependence* 1988; 22: 63 - 73.
 99. Rotello G. *Sexual Ecology: AIDS and the Destiny of Gay Men*. NY: Dutton; 1997.
 100. Signorile M. *Life Outside: The Signorile Report on Gay Men: Sex, Drugs, Muscles, and the Passages of Life*. NY: Harper Collins; 1997.
 101. Silverstein C. Behavior Modification and the Gay community. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy NY. 1972 Oct.