



Universidad  
Francisco de Vitoria  
**UFV** Madrid

---

Universidad Francisco de Vitoria

Grado en Psicología

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# Atracción hacia el Mismo Sexo egodistónica

## Revisión bibliográfica de su abordaje

---

**Trabajo Fin Grado**

**presentado por:** Ignacio Latorre Rodríguez

**Directora:** Dra. Saray Bonete Román

**Curso 2017-2018**

*"A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar,  
pero el mar sería menos si le faltara esa gota"*

Madre Teresa

A mi padre, a mi madre, a Nano, Ricardo, Ángela, Inés y Juan.

**Resumen:** Las investigaciones más recientes sobre la etiología de la atracción hacia el mismo sexo (AMS) apuntan a la multicausalidad conjugando factores biológicos y sociales. Están documentados diversos factores de riesgo en las personas con AMS y una “*cultura de vida gay*”. Algunas de estas personas viven su AMS de manera egodistónica y buscan integrar su afectividad y sexualidad. En este estudio se revisan los diferentes abordajes terapéuticos que se han llevado a cabo en algún momento para personas con AMS egodistónica que acojan esta libertad para el cambio. Además, se sintetizan los resultados de los estudios empíricos disponibles que evalúan la eficacia de estos abordajes.

En la información obtenida se observan diversos planteamientos. Algunos de ellos se enmarcan en las llamadas terapias aversivas o reparativas, otros planteamientos incluyen la religión, pero no todos estrictamente. Se señalan puntos en común en los abordajes de la AMS y se observa una evolución en los mismos a lo largo del tiempo. En la mayoría de las propuestas, no se trata de una búsqueda directa de un cambio hacia la “heterosexualidad” sino de la integración o maduración de la sexualidad junto con todas las demás dimensiones de la persona humana (bio-psico-social-espiritual). Finalmente, se encuentran numerosas asociaciones que aportan la ayuda grupal como un componente enriquecedor de las terapias. Respecto a los estudios empíricos disponibles se obtienen algunos resultados positivos que deben ser considerados. Sin embargo, se hallan diversos sesgos metodológicos en los mismos y falta de investigación según los criterios científicos actuales.

**Palabras clave:** homosexualidad, atracción hacia el mismo sexo, egodistónico, terapias reparativas, terapias aversivas, cambio, orientación sexual.

**Abstract:** The most recent research on the etiology of same-sex attraction (SSA) points to multicausality by combining biological and social factors. Several risk factors are documented in people with SSA and a “gay lifestyle”. Some of these people live their AMS in an egodistonic way and seek to integrate their affectivity and sexuality. This study reviews the different therapeutic approaches that have been carried out at some point for people with egodistonic SSA who embrace this freedom to change. In addition, the results of available empirical studies evaluating the effectiveness of these approaches are summarized.

The information obtained shows a variety of approaches. Some of them are framed in so-called aversive or reparative therapies, other approaches include religiosity, but not all strictly. Common points in the SSA approaches are noted and an evolution in them over time is observed. In most of the proposals, a change towards "heterosexuality" is not directly searched but the integration or maturation of sexuality together with all the other dimensions of the human person (bio-psycho-social-spiritual). Finally, there are numerous associations that provide group help as an enriching component of the therapies.

With respect to the available empirical studies, some positive results are obtained that should be considered. However, there are several methodological biases in them and a lack of research according to current scientific criteria.

**Key words:** homosexuality, same-sex attraction, egodistonic, reparative therapies, aversive therapies, change, sexual orientation.

## Índice

Abstract y palabras clave .....	3
1. Introducción .....	6
1.1 Terminología y antropología.....	6
1.2 Prevalencia .....	6
1.3 Etiología .....	7
1.4 Factores de riesgo de la cultura de vida gay.....	9
1.4.1 Factores salud física .....	9
1.4.2 Factores salud emocional .....	9
1.4.3 Factores relacionales-sociales .....	10
1.5 Apuntes sobre la hipótesis del estrés social .....	11
2. Metodología .....	13
3. Resultados .....	15
4. Discusión.....	35
5. Prospectiva y conclusiones .....	37
6. Referencias.....	40

## **1. Introducción**

### **1.1 Terminología y antropología**

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2012), se designa homosexual a todas aquellas personas con un “patrón perdurable de atracciones emocionales, románticas y/o sexuales” hacia personas de su mismo sexo. Para hablar de la homosexualidad, la literatura científica y divulgativa utiliza diversos términos de modo similar: gay, lesbiana, LGTBI+, persona que mantiene relaciones sexuales con su mismo sexo, minorías sexuales, homoerotismo, sexualidad incierta, etc. Términos enmarcados, algunos de ellos, en las teorías de género. Éstas afirman la libre determinación de la identidad de género, como construcción personal y social, independientemente de la realidad biológica (sexo).

Sin embargo, la definición “homosexual” es una etiqueta globalizante que tiene poco en cuenta a la persona en la totalidad de sus dimensiones (bio-psico-social-espiritual). La sexualidad (masculinidad y feminidad), que no se reduce únicamente a la genitalidad ni a las hormonas ni al rol social, queda insertada en toda la persona. La sexualidad se integra, no solo en las conductas, sino también en la corporalidad, los deseos, los sentimientos, la afectividad, las preferencias, las relaciones, las motivaciones, la personalidad, el sentido vital y de transcendencia, etc. En definitiva, se integra en la totalidad y unidad de la persona. Podríamos afirmar que la persona no tiene sexo, sino que es sexuada (Juan Pablo II, 2010, p. 119-123). Por todo lo dicho, en este trabajo se descarta la etiqueta homosexual como destructora de la identidad y reduccionista, y nos referiremos, en general, a personas que experimentan atracción hacia el mismo sexo (AMS). Los breves fundamentos antropológicos expuestos ayudarán a entender el propósito de este trabajo de investigación.

### **1.2 Prevalencia**

La creencia popular considera que la población con AMS se sitúa en torno al 10%. Sin embargo, la cifra remonta al conocido informe Kinsey (Kinsey et al., 1948) con múltiples

sesgos y poca generalización. Por el contrario, según muestran las más recientes encuestas nacionales de países representativos de occidente: Estados Unidos (Chandra et al. 2001) y Reino Unido (Joloza, Evans, O'Brien y Potter-Collins, 2010), entre un 1 y un 3% de la población se considera homosexual.

### **1.3 Etiología**

A la hora de comprender y explicar la etiología de la AMS los investigadores oscilan entre 2 tipos de influencias: genéticas/hormonales y sociales. En este sentido, se hace presente la clásica controversia “nature vs nurture”.

Puesto que algunas personas con AMS manifiestan “siempre haberse sentido así”, el papel de la genética (Bell, Weinberg y Hammersmith, 1981), la búsqueda del “gen gay” o del “marcador homosexual”, cobraron un especial protagonismo en las investigaciones. De manera especial, a partir de la despatologización de la AMS por la APA en 1976. Hamer, Magnuson y Pattatucci (1993), por ejemplo, reportaron la región Xq28 como portadora de la AMS. Los primeros estudios de gemelos hablaban de una heredabilidad del 100% (Hershberger, 1997). De la “enfermedad” se quiso pasar a la “naturalidad”. Se presenta la AMS como intrínseca a la persona, presente desde el nacimiento.

No obstante, según la literatura más reciente en estudios de gemelos, la heredabilidad se encontraría en torno al 30% en gemelos monocigóticos y al 10% en gemelos dicigóticos (Kendler, Thornton, Gilman y Kessler, 2000; Langstrom, Rahman, Carlstrom y Lichtenstein, 2010). Además, otros autores, controlan diversos sesgos de este tipo de estudios (muestras reducidas, amplios intervalos de confianza y muestreo no aleatorio) y obtienen como resultados diferencias no significativas (Bearman y Brückner, 2002).

Los genetistas estudian asimismo asociaciones en diferentes regiones cromosómicas, especialmente la mencionada Xq28 y la región pericentrométrica del cromosoma 8 (Mustanky et al., 2005; Sanders et al., 2017). Y advierten que éstas son muy superficiales

pues cada región dispone, a su vez, de decenas de genes que no han sido identificados. Por tanto, podemos decir que, a día de hoy, la evidencia genética u hormonal de la AMS no es ni mucho menos concluyente.

En las últimas décadas, diferentes estudios han abordado las influencias sociales desde las teorías Trans, Cis (Fonseca y Quintero, 2009), Queer (Butler, 1993) o Ciborg (Haraway, 1984). Desde sus presupuestos la orientación sexual sería el resultado de una construcción social. Se da el salto, por tanto, del paradigma “naturalista” al paradigma “constructivista”. Este último, más allá de lo ideológico, considera como variables fundamentales los componentes sociales, culturales y ambientales.

Algunos estudios centrados en prevalencia, continuidad y cambios de la orientación sexual en países con relativa aceptación hacia la AMS (como Nueva Zelanda), muestran que ésta no es estable en la adolescencia ni tampoco una vez alcanzada la adultez temprana, especialmente entre las mujeres (Dickson, Paul y Herbison, 2003). Aquellos que se presentan como bisexuales o curiosos sexuales son significativamente más jóvenes (Greaves et al., 2017), lo cual apunta a una transición hacia la “heterosexualidad” con el paso del tiempo. Por ejemplo, según Dickson, Van Roode, Cameron y Paul (2013), en Nueva Zelanda, a la edad de 26 años, un porcentaje del 10,7% de hombres y del 24,5% de mujeres manifestaron haber experimentado AMS en algún momento de su vida. Frente a esto, un 1,6% de hombres y 2,1% de mujeres manifestaron AMS de forma exclusiva en ese momento. Además, la proporción de mujeres que manifiestan algún tipo de AMS en este país es mucho más alta en comparación con los hombres, o con las mujeres en Reino Unido o Estados Unidos. Algunos estudios incluso proponen que la AMS queda bajo la elección positiva de la persona, principalmente en mujeres (Apostolou, Shialos, Khalili y Paschali, 2017).

Especialmente interesante a este respecto es un estudio que concluyó cómo las creencias acerca de la naturaleza y el origen de la orientación sexual están asociadas



directamente al estigma sexual y a la orientación incierta, y por tanto al bienestar (Morandini Blaszczyński, Costa, Godwin y Dar-Nimrod, 2017). O, dicho de otra forma, las personas con AMS se sienten aliviadas cuando creen que ello es algo totalmente innato y sienten malestar cuando se les dice que hay unos factores histórico-sociales.

En resumen, la literatura científica a día de hoy no demuestra que la AMS sea genética. Más aún, el postulado de la inmutabilidad de la AMS es anticientífico (Diamond y Rosky, 2016). En lugar de determinación podemos hablar de predisposición. Sí podría concluirse la multi-etilogía con un componente histórico-social fuerte. Finalmente, la AMS en el caso de las mujeres sigue unos patrones diferentes a la de los varones (Rodríguez-Larralde y Paradisi, 2009).

#### **1.4 Factores de riesgo de la *cultura de vida gay***

Respecto a los factores de riesgo en salud física, psicológica y emocional de las personas que se decantan por una “*cultura de vida gay*” (véase: Pollak, 1987 y Di Tolve, p.139-149, 2017), existen numerosos estudios que presentan el alto riesgo de esta población, más allá de las explicaciones de esta prevalencia que serán posteriormente discutidos.

##### *1.4.1 Factores salud física*

Tasas más altas de consumo y abuso de sustancias (Russel, Driscoll y Truong, 2002; Gattis, Sacco y Cunningham-Williams, 2012; Rice et al., 2018) y riesgo desproporcionado a adquirir enfermedades de transmisión sexual (Rice, Turner y Lanza, 2016). Los jóvenes están en mayor riesgo de experimentar, ser testigos y cometer violencia (Russell, Franz y Driscoll, 2001). Tanto hombres como mujeres tienen mayor riesgo de autolesionarse (Skegg, Nada-Raja, Dickson, Paul y Williams, 2003).

##### *1.4.2 Factores salud emocional*

El abuso físico y sexual durante la infancia está relacionado con la AMS en hombres y

una mayor distancia emocional respecto de sus padres (Eskin, Kaynak-Demir y Demir, 2005; Fields, Malebranche y Feist-Price, 2008; Wilson y Widom, 2010).

Los varones puntúan de forma más patológica en depresión (BDI), autoestima (RSE), bulimia (BULIT-R), actitudes hacia la comida (EAT-26), y forma del cuerpo (BSQ) (Russell y Keel, 2002). Tienen mayor tendencia a referir estados de ánimo deprimidos, ansiedad y tendencias suicidas (Sandfort, de Graaf, Bijl y Schnabel, 2001; Remafedi, 2002; Alanko et al., 2009; Teasdale y Bradley-Engen, 2010; Zhao, Montoro, Igartua y Thombs, 2010; Mustanki, Andrews, Herrick, Stall y Schnarrs, 2014; Kuyper, Fernee y Keuzenkamp, 2016). El estudio de Montoro, Thombs e Igartua (2015) fue el primero en mostrar que los estudiantes adolescentes tienen un incremento desproporcional en los parámetros suicidas cuando son objeto de acoso. Además, tasas de desorden psicológico y comportamiento suicida que son entre 1-5 y 12 veces más altas respecto a los que mantienen una relación exclusivamente heterosexual (Ferguson, Horwood, Ridder y Beautrais, 2005). De hecho, el estudio de Mustanki y Liu (2013) subraya la necesidad de realizar programas de prevención de suicidios para personas con AMS pues un 31,6% de su muestra ya habían tenido intentos de suicidio previamente. Todos los datos fueron más marcados en hombres.

#### *1.4.3 Factores relacionales-sociales*

Los participantes con AMS mostraron una peor calidad en las relaciones con sus padres y con sus iguales, bajos niveles de autoestima, y repercusiones en el rendimiento académico (Bos, Sandfort, De Bruym y Hakvoort, 2008). En el estudio de Petterson, VanderLaan y Vasey (2017) puntuaron más alto en ansiedad por separación. En los hombres (Frisch y Hviid, 2006), el matrimonio homosexual está asociado con tener padres divorciados, padre ausente, madre anciana o ser el último en nacer; en las mujeres asociado con el fallecimiento de la madre en la adolescencia y con ser la única hija o la más pequeña. Por último, presentan altos niveles de promiscuidad: los solteros presentan una media de 22 parejas ocasionales al

año, y los que tienen una pareja estable tienen otras 8 ocasionales al año. En general, las parejas estables tienen una duración media de un año y medio (Xiridou, Geskus, De Wit, Coutinho, Kretzschmar, 2003).

Una de las más recientes revisiones sistemáticas al respecto sobre todos estos factores (Ploderl y Tremblay, 2015) y una reciente encuesta europea (EMIS, 2013) indican que individuos de minorías sexuales, especialmente en la población bisexual, muestran elevado riesgo de depresión, ansiedad, intentos de suicidio, suicidio, enfermedades de transmisión sexual y problemas por abuso de sustancias.

### **1.5 Apuntes sobre la hipótesis del estrés social**

Algunos estudios a nivel profesional (Hillier y Harrison, 2004) y lobbies/comunidades, etc., a nivel de divulgación, intentan explicar todos estos datos señalando a distintos factores de estrés social. Mayer y McHugh (2016) agrupan dichos factores en tres: 1) la discriminación y manifestaciones de prejuicios, 2) estigmatización y 3) ocultación. Su modelo propone que son estos factores de estrés social los que producen en la persona con AMS sentimientos de auto rechazo, baja autoestima etc. que le impediría tener unos niveles adecuados de salud física y psicológica. La solución propuesta son las “Terapias de afirmación de la homosexualidad” (Johnson, 2012).

Es cierto que según revelan los estudios (Himmelstein y Bruckner, 2011) las personas con AMS sufren distintos niveles de intolerancia, acoso y marginación por parte de la sociedad, dependiendo de lugares, culturas y momentos históricos. Sin embargo, el nivel de intolerancia ha ido y va reduciéndose progresivamente. Según el estudio de Loftus en 2001, los 25 años que siguieron a la eliminación de la AMS del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) supusieron que la sociedad americana adoptara una actitud más positiva. De hecho, este cambio de características notables se produjo en toda la sociedad internacional (Drescher, 2015). Esto no es óbice para seguir luchando para que las personas

con AMS o cualquier otra forma de expresión sexual sean “acogidas con respeto, compasión y delicadeza, evitando, respecto a ellos, todo signo de discriminación injusta” (Iglesia Católica, 1997, n. 2358). La discriminación y la estigmatización juegan un papel en la salud psicológica de esta población, pero no hay estudios que permitan poner a prueba de forma concluyente que sea la única causa de los problemas mencionados de salud psicológica. De hecho, en el informe sobre la evolución de los incidentes relacionados con los delitos de odio en España (Ministerio del Interior, 2016) los relacionados con la orientación sexual de la víctima ocupan el cuarto lugar, con un 18,1%. Estadísticas por debajo del 32,7% por racismo/xenofobia, el 20,4% por ideología o el 20,6% por discapacidad. Sin embargo, estos otros grupos discriminados no presentan dichos factores de riesgo.

Todo esto hace patente la necesidad de un estudio más pormenorizado de las causas que pueden llevar a las personas a presentar esta fenomenología. En cualquier caso, sea cual sea la causa, existe la posibilidad de que terapeutas, psicólogos y profesionales de la salud encuentren en consulta a personas con AMS aquejados por los problemas emocionales ya expuestos o incluso que manifiestan, en el contexto de la intervención, disconformidad con la propia AMS (AMS egodistónica) y deseo de cambio.

Queda en la base de toda esta exposición la apelación por la libertad del cliente y del psicólogo. Una libertad para elegir una ética y una antropología adecuada, conforme a la esencia de las cosas, de la verdad humana y conforme a las creencias y convicciones más profundas de la persona.

El artículo 9 del código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos (COP, 2010) afirma que el psicólogo “respetará los criterios morales y religiosos de sus clientes, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención”. El principio ético “D” de la APA (2003) afirma el “derecho de todas las personas a acceder a las contribuciones de la psicología y a beneficiarse de ellas”, “no sólo porque ello afirma los

derechos de los clientes a la dignidad, autonomía y competencia, como personas que se presume capaces de elegir libremente entre las modalidades de tratamiento y comportamiento, sino también porque demuestra respeto por la diversidad” (Yarhouse, 1998).

A este respecto, algunos autores (Yarhouse y Burkett, 2002; Beckstead y Morrow, 2004; Benoit, 2005; Yarhouse, Dean, Stratton y Lastoria, 2018) trabajan para dar respuestas que integren las diferentes identidades religiosas en relación con personas que experimentan AMS y presentan una serie de opciones que expanden los servicios clínicos a las mismas. Si bien dichos autores son pocos, gracias a ellos se consigue una mayor libertad para las personas.

Entre las motivaciones de una persona con AMS para querer y buscar ayuda hacia el cambio, Paulk (2003) y Di Tolve (2017) encuentran: desencanto con el *estilo de vida gay*, creencias religiosas, ética personal, deseo de formar una familia y tener hijos, casados con alguien del sexo opuesto que desean vincularse mejor a sus familias, dolor emocional por un abuso del pasado buscando sanación y reparación, deseos no satisfechos de conectar y buscar intimidad, etc. Todo lo cual nos invita a examinar las propuestas existentes hasta la fecha.

Por tanto, para poder contribuir al progreso en la psicología clínica, el objetivo de este trabajo de revisión bibliográfica consiste en 1) exponer los diferentes abordajes terapéuticos, que acojan la libertad para el cambio, llevados a cabo en algún momento para personas con AMS egodistónica; y 2) sintetizar los resultados de los estudios empíricos disponibles que evalúan la eficacia de estos abordajes.

## **2. Metodología**

La búsqueda se realizó en las siguientes fuentes: 1) bases de datos: *Web of Science* y *Scopus*; 2) fuentes secundarias: artículos científicos, libros, disertaciones, tesis doctorales,

manuales y revisiones bibliográficas y 3) fuentes terciarias: publicaciones online, webs y libros autobiográficos. Además, se seleccionaron publicaciones a partir de la sección de referencias de los documentos obtenidos inicialmente.

Dada la temática del trabajo y con la intención de hacer la exposición lo más enriquecedora posible, los únicos criterios de inclusión han sido: accesibilidad a dichos documentos y el idioma (español e inglés). Las palabras clave fueron, en español: *atracción al mismo sexo/homosexualidad, terapia reparativa, terapia de cambio o reorientación sexual, egodistónico*; y en inglés: *same-sex attraction/homosexuality, reparative therapy, sexual reorientation/change therapy, egodistonic*. Para abordar el objetivo relacionado con la valoración de la eficacia de las propuestas se añadieron dos criterios para la selección: 1) que los estudios fueran publicaciones posteriores a la despatologización de la AMS y 2) que los abordajes examinados acojan la libertad para el cambio.

La búsqueda resultó en un total de 17 abordajes clínicos y varias propuestas de terapia grupal de asociaciones diversas que no explicitan un tipo de aproximación concreta a la AMS desde la psicología. Respecto al primer objetivo se recogen tres tablas: abordajes previos a la despatologización de la AMS, abordajes posteriores a la misma y abordajes de terapias grupales (ver Tablas 1, 2 y 3). Los resultados se muestran organizados cronológicamente en los apartados: Autores/terapeutas, visión de la AMS, claves del proceso terapéutico y objetivos. A continuación de las tablas se desarrollan las ideas principales de cada abordaje, cada uno de ellos numerado de forma correspondiente a la tabla. Por el límite de extensión se redujo la explicación de los resultados dando mayor importancia a aquellos que otorgan detalles pormenorizados del abordaje terapéutico. Respecto al segundo objetivo se presenta una tabla que sintetiza las evidencias empíricas existentes de los abordajes (ver tabla 4), organizada en los siguientes apartados: autores, objetivo, intensidad de la intervención, muestra, diseño, tipo de evaluación y resultados.

### 3. Resultados

1 - Corrientes psicoanalíticas. La teoría clásica de Freud define la AMS “no como algo de lo que avergonzarse, no como un vicio o degradación ni como una enfermedad; la consideramos como una variación de la función sexual producida por una cierta detención en el desarrollo sexual” (Wilson, 1987). Para el psicoanálisis tradicional la esencia del tratamiento de la AMS radicaría en el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica que, por medio de la transferencia, repararía el complejo de Edipo, como uno de los factores que más contribuyen a la aparición de la AMS, y que se presentaría como un mecanismo de defensa sobre la determinación biológica (Phelan, 2014, p.10-11).

2 - Corrientes cognitivas y conductuales. Para estas corrientes la AMS se trataría de una forma de comportamiento sexual impropio (Rekers y Lovaas, 1974). Blicht y Haynes (1972) por su parte reportan el uso de múltiples técnicas de comportamiento para tratar la AMS femenina (refuerzos y castigos).

3 - Por su parte, el uso de las terapias aversivas (electroshocks, inyecciones, etc.) fue popularizado y utilizado desde los años 30, no solo para el caso de la AMS, sino para todo tipo de comportamientos. Sin embargo, por motivos éticos se cesó su uso en torno a los años 70 (Phelan, 2014, p. 54).

4 - Gerard van den Aardweg (Aardweg, 2004) expone diferentes principios psicodinámicos en relación a la terapia de la AMS. El autor piensa, siguiendo a Freud, que el peso de los complejos y traumas surgidos en la infancia juegan un gran papel, es por ello que centra su mirada en estas primeras relaciones paterno-filiales. Además, toma de Adler la idea de que en el desarrollo de la AMS surge un complejo de inferioridad en la masculinidad o feminidad. Aardweg añade dos conceptos fundamentales que tendrá muy en cuenta en su terapia: la victimización y la autocompasión. La persona con AMS idealiza a su compañero del mismo sexo y tiende a sentirse como víctima (p. 69). Por otro lado, la persona que

experimenta AMS sufre de neurosis autocompasiva por un complejo de inferioridad. Esto se produce en la niñez por el intenso egocentrismo. Si el niño tiene o percibe algún defecto surge el complejo, que se refuerza con la repetición de experiencias externas o internas percibidas (reales o no) y llega a hacerse crónico. El ego dolido de un niño o adolescente hace surgir la autocompasión que le hace no sentirse identificado con el grupo de chicos o de chicas, el mundo masculino o femenino.

El proceso terapéutico seguiría los siguientes pasos (p. 125-141): 1) Explorar el pasado del paciente, el modo de verse a sí mismo, sus padres, sus hermanos y compañeros de juego, en la infancia y adolescencia, así como su historia de AMS. El terapeuta conseguirá así pistas sobre sus sentimientos infantiles de dolor e inferioridad. 2) Explicar al paciente la teoría del niño autocompasivo. 3) El terapeuta aconseja al paciente que suprima sus contactos homosexuales o que rompa su relación con su compañero homosexual (cambio conductual). Se debe hacer ver que esa postura está satisfaciendo los deseos de su niño interior. Desdramatizar muchas de las lamentaciones del paciente. 4) La persona debe profundizar en su ego infantil, en su autocompasión y en las tendencias interiores de queja, en sus búsquedas de simpatía y apreciación. 5) Romper con conductas repetidas convertidas en hábitos que la AMS fuertemente ha reforzado, en muchos de ellos por buscar su satisfacción, ya sea con otras personas o en su imaginación (masturbación). 6) Hiperdramatización: neutralizar la importancia del niño interior riéndose de uno mismo para neutralizar la autocompasión.

5 - Elizabeth Moberly (1983) describe la homosexualidad como un impulso reparativo que procede del déficit de amor del mismo sexo. Introduce el término *exclusión defensiva* para describir el apego que surge cuando un niño percibe la distancia del progenitor del mismo sexo. Este impulso tiene una finalidad lógica para defenderse de la falta de apego, pero al satisfacerse sexualmente se incrementa. Por eso, propone que la necesidad de vínculo sea satisfecha por un terapeuta del mismo sexo y relaciones de amistad no eróticas.



Propone un proceso con un doble objetivo: deshacerse de la exclusión defensiva con respecto al propio sexo y satisfacer sus necesidades insatisfechas para recuperar la maduración perdida como consecuencia de la exclusión defensiva (p.41). Además, señala la importancia del perdón y de la ayuda religiosa.

6 - Leanne Payne (1995) es de las primeras en abordar el problema de la falta de masculinidad. La AMS es solo una de las maneras en las que la falta de identidad masculina se manifiesta y no necesariamente de forma neurótica. Es el padre el que da afirmación a sus hijos en su identidad sexual y por tanto como personas. Aquellos que no se aceptan pierden de una manera u otra la capacidad de actuar como padres, maridos o líderes. Define la compulsión caníbal (p.25) o sexual que se dirige hacia aquellas personas que admira, por poseer características que la persona con AMS carece. No describe como tal su abordaje, sino que orienta para ir descubriendo los bloqueos de la masculinidad, producidos en su mayoría por una falta de afirmación de la misma. Enfatiza el tema de la sanación de las memorias mediante el perdón y la religiosidad.

7 - Para María Valdes (Harvey, 1996, p. 345-366) la AMS tiene lugar como resultado de un déficit en la relación con el progenitor del mismo sexo que motiva una falta de identificación con el propio sexo. Es decir, la incapacidad de sentir pensar y actuar conforme a la propia estructura fisiológica, pudiendo incluso tener relaciones sexuales, pero no experimentar la satisfacción emocional de la unión. Esta visión incluye tanto la AMS masculina y femenina.

Propone un tratamiento holístico y multidisciplinar para el desarrollo psicosexual, que vaya más allá, aunque incluya, las visiones tradicionales de intervención (psicoanalítica, conductual o religiosa). El objetivo principal consistiría en completar el desarrollo psicosexual. Durante el tratamiento, de manera transversal se ayudará a distinguir las necesidades insatisfechas y a establecer relaciones con el sexo opuesto. Propone diversas

fases de intervención: 1) revisión de todo el material consciente; 2) identificación de las emociones pasadas y presentes que le llevan al contacto sexual; 3) trabajo sobre los mecanismos de defensa para identificar los sentimientos asociados a la sexualidad; 4) trabajo con la relación con el progenitor del mismo sexo y en la medida que ésta sana también con los iguales; 5) expresión de amor físico a personas del mismo sexo sin arousal sexual, separando amor y necesidad de aceptación; 6) experiencia de crecimiento en su propia identidad, profundizando en las relaciones con el sexo opuesto; 7) establecimiento de relaciones sanas con los progenitores y personas del mismo sexo, desapareciendo el arousal sexual hacia los mismos y desarrollo de su propia identidad encontrando plenitud en su ser; 8) separación en los futuros encuentros en busca de la estabilidad.

Integraría los distintos componentes holísticos: la dimensión psicológica (sesiones con el terapeuta, planes para el control comportamental, sesiones de grupo, implicaciones de los padres cuando sea posible), espiritual (asistencia de los sacramentos para católicos o de los servicios religiosos de acuerdo con las propias creencias, oración y meditación diaria, labores sociales y de caridad), psicológico-espiritual (reuniones conjuntas con el terapeuta y un guía espiritual/rabí/ministro), fisiológica (actividad deportiva, nutrición y recreación), psico-fisiológico (biofeedback y neurofeedback, bajo el principio: los cambios fisiológicos afectan a las cogniciones y viceversa), y educativa (lecturas, películas, seminarios etc.).

8 - Richard Fitzgibbons (1999) afirma que los conflictos más comunes, en diferentes etapas vitales, para desarrollar la AMS son la soledad y la tristeza, la desconfianza y el miedo, un profundo sentimiento de inadecuación y falta de aceptación, narcisismo, ira excesiva, abuso sexual en la infancia y un excesivo sentido de la responsabilidad (Harvey, p.308, 1996). Para llevar a cabo la terapia se necesitará realizar un proceso de comprensión compasiva de las heridas experimentadas, afrontar el enfado hacia los que han causado daño, experimentar el perdón y la ayuda espiritual (p. 324).

Enfatiza el papel que juega la ira ante la traición (*betrayal anger*) a la hora de sanar la AMS, junto con todos los sentimientos que acompañan a la misma: tristeza y baja autoestima. Su objetivo será, no eliminar la AMS, sino ayudar a gestionar este sentimiento tan fuerte y arraigado (Fitzgibbons, 1999).

9 - Alan Medinger (2000) identifica tres elementos que deben ser afrontados: la conducta, la atracción y la identidad. Normalmente el paciente prefiere comenzar a trabajar en los dos primeros, por ser estos elementos los más angustiantes, pero el mayor provecho vendrá de centrarse en el área de la identidad. “Esta identidad masculina rota o incompleta es el mecanismo que da dirección a nuestra atracción sexual y el motor que da fuerza a nuestra conducta” (p. 16).

Medinger cuestiona la idea central de la necesidad de amor del mismo sexo y postula, más bien, la necesidad de afirmación. Muchos niños crecen con padres estrictos o que ejercen cierta forma de abuso y esto no parece incrementar las probabilidades de ser homosexual. “No estoy diciendo que un hombre cálido y cariñoso no sea esencial para un desarrollo sano del niño [...], sugiero que estos elementos puede que no sean críticos para determinar la identidad masculina” (p. 44). De lo que se trataría sería de padres que, aun físicamente presentes, se encuentren emocionalmente ausentes.

Para él, los pasos para alcanzar una identidad masculina son: desarrollo biológico, separación de la madre, identificación con el padre, seguir el modelo masculino relacionándose con sus iguales, superación de las pruebas en el proceso y la afirmación final de su identidad.

10 - Joseph Nicolosi afirma que “la homosexualidad es un síntoma de un trauma de género” (Nicolosi, 2016b) que interrumpiría el proceso normal de identificación masculina. Algunas personas puedan nacer con condiciones biológicas/hormonales que los hagan especialmente vulnerables a dicho trauma.

La base de dicho conflicto en general es el siguiente (Nicolosi, 2016b): el niño desea atención, afecto y aceptación (las “tres A”) por el progenitor del mismo sexo, pero al mismo tiempo siente frustración y rabia contra él pues lo percibe como distante o agresivo (aunque ese mismo padre puede ser percibido de otra manera por los hermanos). La persona resuelve el conflicto cayendo en distintas compulsiones que contienen 3 elementos: intentar conseguir el control, una forma de autocastigo y un modo de evitar el conflicto subyacente. De esta manera la persona desarrolla una *exclusión defensiva* (Nicolosi, 2009, p.35). La esencia de la terapia será aprender cómo establecer relaciones sanas no sexuales con personas del mismo sexo (p. 43).

Desde sus inicios en 1991, se da un avance progresivo en la Terapia Reparativa (TR) que culmina con la publicación en 2009 de “*Shame and attachment loss*”. Nicolosi (2016a) estudia la tríada familiar y sus posibles características narcisistas (p. 25). Además, identifica tres síntomas en los que se expresa la AMS: una base de vergüenza permanente, una repetición compulsiva y un impulso reparativo. La TR acaba combinando la pérdida de apego y la teoría del doble vínculo (“*double bind*”, p. 203) con los avances neurofisiológicos. La comunicación interpersonal tendría un impacto neurobiológico: el apego y la comunicación generan una “*memoria corporal*” que opera sin consciencia cognitiva. El objetivo de la primera fase de intervención sería evocar el dolor emocional reexperimentando el momento de vergüenza, pues este se expresa corporalmente, especialmente en la zona del pecho. Finalmente se ofrecería un momento de curación a través del vínculo terapéutico o “*double loop*” (p. 211).

Cuando se ha realizado esta fase de la terapia en la que el cliente accede a sus sentimientos más profundos se puede dar el trabajo del duelo (“*grief work*”, p. 361), a través de la expresión adecuada de dos sentimientos: la tristeza y el enfado.

Entre las características, procedimientos y principios éticos de la terapia reparativa (Nicolosi, s.f.; NARTH, 2008) se destacan: 1) el cliente establece las metas que quiera proponerse y que siempre pueden ser redefinidas. 2) El psicoterapeuta se compromete a compartir su experiencia profesional para ayudar al cliente a trabajar su AMS no deseada. 3) Es fundamental la alianza terapéutica. 4) El terapeuta nunca podrá imponer técnicas o métodos cuyo objetivo sea causar el cambio de orientación sexual. 5) Si el cliente no sabe todavía lo que quiere, como cuando un adolescente es obligado a ir a sesión no se trabajará en la AMS, sino en las metas que el cliente tenga, como gestionar la desaprobación de los padres o el rechazo de los compañeros. 6) Lo importante no será centrarse en el nivel superficial de las conductas o afectos sino preguntar los porqués e indagar en las motivaciones más profundas. 7) El terapeuta es consciente de que la AMS puede no tener nada que ver con la identidad sexual, sino que sus deseos sexuales pueden estar enraizados en la necesidad de aceptación, aprobación, afecto de una figura del mismo sexo, soledad o simple curiosidad. Tal vez su motivación sea la exploración, el lucro, la presión social, expresar hostilidad a los padres, o puede haber una recreación de un trauma sexual. 8) Finalmente puede existir la influencia de una figura de autoridad como un terapeuta de afirmación gay, un profesor, o un abusador. La ansiedad o inseguridad a la hora de aproximarse a alguien del sexo opuesto puede también ser una fuente de búsqueda de seguridad en una pareja del mismo sexo.

Los cuatro principios de la TR son: 1) Desde el principio el terapeuta debe exponer su visión acerca de la homosexualidad, no solamente como profesional desde un punto de vista científico, sino también su visión particular, personal, filosófica o religiosa. Nicolosi opina que para la terapia afirmativa gay también existe una visión particular y personal, pero ésta se presenta como objetiva y no cuestionable. Al mismo tiempo el terapeuta no debe imponer su propia visión al cliente aceptándole tal y como es con sus pensamientos y autovaloraciones. 2) El intento directo de eliminar la AMS nunca funciona. Se debe animar al paciente a

hacerse preguntas y profundizar en sus sentimientos y deseos que subyacen a la AMS. 3) Trabajar los traumas del pasado. El trauma puede ser explícito (sexual, físico o emocional) o implícito en forma de mensajes negativos de los padres hacia el niño o su género. Trabajar en ellos ocasionalmente reducirá la AMS no deseada. 4) Educación respecto a las características asociadas a la homosexualidad, respetando sus tiempos y su sensibilidad, de manera que éste pueda elegir qué hacer con ella. Habrá 3 áreas de formación: etiología de la AMS, motivaciones del paciente y consecuencias en la salud, especialmente de un *estilo de vida de la cultura gay*. El paciente ha de intentar derribar los viejos patrones de evitación y distancia defensiva que mantuvo con los varones para llegar a crear amistades masculinas cercanas, íntimas y no sexuales (Nicolosi, 2009, p. 266).

11 - Richard Cohen (2004) expone un programa dirigido a personas que padecen una falta de identificación con su propio género (p. 18). Para ello se sirve de varias etapas en el proceso de sanación: 1) se realizan cambios de conducta, rompiendo con actividades y relaciones no sanas, construyendo una red de apoyo y desarrollando un sentido de espiritualidad al encontrar un sentido vital o en relación con Dios. 2) Reestructuración cognitiva, curación del niño interior y prosecución de todas las tareas de la etapa anterior. Aquí el individuo aprende cómo reemplazar su discurso interior negativo con afirmaciones positivas relativas a su propio yo y a los demás. Lo siguiente es adquirir conciencia de los propios pensamientos, sentimientos y necesidades más profundas. Así la persona aprende a vivir más gozosamente en el aquí y ahora, mediante una sana autoexpresión y siendo positivo. 3) Curación de las heridas "*heteroemocionales*". Las mujeres necesitan curar las heridas relativas a sus padres y los varones las heridas relativas a sus madres, o cualquier otra herida provocada por una persona significativa del sexo opuesto. Las heridas interiores hay que sacarlas a la luz y después curarlas. La última parte de esta fase consiste en cumplir las necesidades de amor que no han sido satisfechas dentro de relaciones sanas y no sexuales,

llenando así los vacíos en el desarrollo de la persona. 4) Curación de las heridas “*homoemocionales*”. Las mujeres tienen que curar las heridas relacionadas con sus madres y los varones han de curar las heridas que tiene por objeto a sus padres, o cualquier otra herida provocada por una persona significativa del propio sexo. De nuevo, las heridas profundas tienen que manifestarse primero, para curarlas después, y por último satisfacer las necesidades de amor que no se habían cumplido, dentro de relaciones saludables y no sexuales.

Aclara que “utiliza el término homosexual como adjetivo, no como sustantivo. Homosexual no se usa como un nombre para referirse a una persona, sino como un adjetivo que describe los pensamientos de esas personas, sus sentimientos, deseos y comportamientos” (p. 44). La homosexualidad es un síntoma: es la respuesta defensiva a conflictos actuales, reacción frente a traumas infantiles sin resolver, tendencia reparadora para dar cumplimiento a necesidades “*homoemocionales*” insatisfechas. Es una condición basada en emociones, necesidad del amor del progenitor del mismo sexo, necesidad de identidad de género, temor a la intimidad con alguien del sexo opuesto (p. 54). “Cuanto más inconsciente es una persona de sus pensamientos, sentimientos y necesidades en las relaciones actuales, más intensa es la necesidad de implicarse o de fantasear con conductas homosexuales” (p. 98).

Señala diversas técnicas y enseñanzas que se deben realizar con el cliente (p. 169): terapia de los sistemas familiares, biblioterapia, educación, terapia cognitiva, meditación y pensamientos asertivos, curación del niño interior (p. 204), bioenergías y energías interiores, juego de rol/terapia conductista, psicodrama, curación de la memoria y programación neuro-lingüística, constelación familiar, relación con el mentor, terapia del cariño y de los abrazos, diálogo de voces, ejercicio y deportes, masaje terapéutico, reeducación del comportamiento y de los gestos, asumir compromisos, amistad, análisis transaccional, escribir un diario, terapia

del apego-abrazo según la doctora Martha Welch (p. 146), genogramas e historias familiares (p. 161). Además, es importante que los hombres aprendan más cosas de las mujeres y que éstas aprendan cosas de los hombres (p. 147).

Otro método terapéutico es recurrir a un mentor. Éste ha de ser capaz de cubrir las necesidades afectivas “*homoemocionales*” que la persona en recuperación no vio satisfechas durante su infancia o su adolescencia (p. 142).

Cohen resume diferentes factores que pueden influir en la etiología de la AMS (p. 60):

1) Herencia: heridas heredadas, temas familiares sin resolver, percepciones equívocas, filtros mentales, predilección por el rechazo; 2) Temperamento: hipersensible, mucho mantenimiento, naturaleza artística, conductas no adecuadas al género (varón más femenino, mujer más masculina); 3) Heridas “*heteroemocionales*”: enredo, descuido, abuso, abandono, adicciones, imitación de conducta, sexo inadecuado; 4) Heridas homo-emocionales: ídem; Conflictos con los hermanos o en la dinámica familiar: postergación, abuso, insultos; 5) Heridas relacionadas con la propia imagen: desarrollo tardío, incapacidades físicas, bajito, muy delgado, más grande, mala coordinación; 6) Abusos sexuales: marca homosexual, conductas aprendidas y reforzadas, sustituto del afecto; 7) Heridas sociales: insultos, postergación, buenazo, preferido del profe, no deportista, chico poco peleón, chica muy peleona; 8) Heridas culturales: medios de comunicación, sistema educativo, industria del entretenimiento, internet, pornografía; Y otros factores como divorcio de los padres, muerte de alguien cercano, experiencias e influencias intrauterinas, adopción, religión.

12 - Según Gordon Dalbey (2003, p. 92-112) un niño necesita del contacto físico con su padre, al igual que necesitó del de la madre durante los primeros meses de vida. Si esto no sucede, si el padre es físicamente frío o distante, el deseo de pertenencia del niño queda insatisfecho y puede producir ansiedad a la hora de hacer vínculos con otros varones. En algunos casos la duda acerca de la propia identidad puede hacerse compulsiva por el miedo



anticipatorio. El niño que teme a su padre puede temer también su masculinidad. La madre también juega un papel importante en este proceso, puesto que si el padre es frío o distante también será así como marido. Si la madre se vuelve hacia su hijo buscando la atención masculina que no obtiene con su marido el niño queda atrapado entre el deseo de complacer a su madre y el hecho de no poder. Su abordaje remite a autores como Comiskey (2003) o Payne que proponen la sanación del niño interior incorporando una perspectiva religiosa.

13 - Anne Paulk (2003) dice que la AMS puede considerarse una tendencia reparativa, un intento de reparar la conexión perdida con el propio género, un intento de amarnos a nosotros mismos. Se dedica a la AMS en el caso de las mujeres y afirma que ésta tiene mucha más fluidez. La sexualidad que nace en la pubertad no es un añadido externo a la persona, sino que integra esa potencialidad en toda ella: orientaciones emocionales, vínculos etc. (Paulk, 2003, p. 91). La AMS puede aparecer por momentos de estrés en los que se busca seguridad, por heridas a causa de experiencias sexuales con hombres, juicios críticos sobre el modo de vida de la madre u odio a lo femenino, haber presenciado alguna forma de abuso, relación padre/madre-hija insana, rechazo del rol de género y el carácter personal. La AMS no es nunca puramente sexual, sino que responde a necesidades profundas no satisfechas (Paulk, 2003, p. 118)

Para el desarrollo sano del género femenino debe establecerse un sistema de apoyo por medio de una mentora o amiga, si es posible casada, para evitar la codependencia y así poder tener un modelo de cómo deben ser tratadas las mujeres por los hombres. Para llegar a tener estas relaciones se deben vencer dos obstáculos: la *exclusión defensiva* y la dependencia emocional (Paulk, 2003, p. 173). El proceso a seguir incluirá la sanación de posibles abusos emocionales, físicos o sexuales del pasado. Reconociendo dichas heridas, asumiendo el dolor, contándolo, colocando la responsabilidad donde corresponde, enfrentándose al abusador y finalmente vivir el perdón.

14 - Aquilino Polaino reporta (Diario de Sesiones, 2005) haber intervenido con unas 160 personas con AMS y describe (Polaino-Lorente, 2003) los principales hitos del proceso de autoidentificación y construcción de la AMS atendiendo diferentes factores, a saber: 1) sensibilización respecto de la conducta homosexual; 2) confusión y primeras dudas acerca de la identidad sexual; 3) etiquetado; 4) conflicto familiar; 5) de las dudas a la obsesión; 6) etiquetado familiar 7) experimentación del etiquetado; 8) asunción explícita de la falsa identidad; 9) filosofía y comportamiento homosexual; 10) descubrimiento de un nuevo estilo de vida; 11) definitivo etiquetado del experto; 12) acogida en el contexto del grupo de pertenencia; 13) ensamblaje atribucional social y el modelado personal.

15 - Janelle Hallman centra su trabajo en la AMS en mujeres. Para ello propone una forma de trabajo basada en el principio de no maledicencia (Hallman, 2006) y la alianza terapéutica (Hallman, 2005): amor, aceptación y un deseo genuino de entender sus elecciones son las bases para explorar, cuestionar o aceptar las mismas. Además, se debe ayudar a la cliente a clarificar su confusión, sus conflictos internos, sus verdaderas y falsas creencias, sus patrones relacionales no saludables y exponer sus bloqueos en una sana intimidad. Pocas mujeres buscan primordialmente un cambio de su orientación sexual sino lidiar con otros problemas vitales (Hallman, 2008, p. 24). Apuesta por la investigación acerca de una etiología emocional y relacional de la AMS, sin negar las influencias genéticas, biológicas o culturales (Hallman, 2003). En su experiencia observa varias categorías comunes dentro de la vida de mujeres con AMS que, sin ser nunca determinantes, se presentan como muy frecuentes: necesidad de apego; rechazo, miedo u odio a los hombres; necesidad de aceptación y pertenencia; y necesidad de identidad personal y de género. También observa una carencia, real o percibida, del amor maternal (Hallman, 2008, p. 148).

Siguiendo a Hallman (2003), es entonces cuando el proceso de identificación con el propio género puede ser confundido por esa falta de apego con la madre. Este proceso puede

intensificarse si la unión con el padre provoca celos o envidia de la madre. La falta de respeto/protección del padre, el abuso sexual o los roles de género muy rígidos pueden producir miedo a los hombres. Cuando la niña se convierte en adolescente puede experimentar desconexión consigo misma, soledad y confusión sobre la identidad y ventajas de su ser femenino.

El núcleo de las relaciones con el mismo sexo no es el sexo, como normalmente se ve en la homosexualidad masculina, sino la búsqueda de vínculos, afirmación y cariño que a menudo evoluciona en dependencia.

Más allá de los síntomas relacionales, otros temas donde la terapia puede dirigirse son: falta de habilidades para identificar o expresar emociones; racionalización frente al vacío emocional; endurecimiento, despecho o arrogancia por el miedo al rechazo y a la fragilidad interior; déficit de pertenencia a una comunidad; miedo profundo a la soledad; patrón habitual de trabajo y actividad como defensa a los sentimientos no queridos; “la depresión y la ansiedad también son comunes en las vidas de mujeres con AMS” (Hallman 2008, p. 60).

Hallman (2002) contrasta las diferencias etiológicas de la AMS en hombres y mujeres. Ambos siguen caminos distintos en el apego paternal y la identidad de género. Los dos sexos comienzan apegándose a la madre, pero mientras las chicas hacen crecer y desarrollar este apego, los chicos deben separarse para poder identificarse con el padre. Para los chicos la AMS se convierte en una posibilidad cuando esto no se lleva a cabo. Y si las chicas perciben debilidad en este apego materno pueden internalizar una inseguridad que las llevará a buscar relaciones que las confirmen y cumplan con sus necesidades más afectivas y relacionales.

El objetivo de la terapia (Hallman, 2005) con una chica que sufre por la AMS y la dependencia no es conseguir arousal sexual hacia el hombre, sino la búsqueda de su identidad, la fortaleza y la estabilidad para sobrellevar sus fluctuaciones en intimidad y

cercanía en sus relaciones con ambos sexos. Para ello le ayudará conseguir un lugar de seguridad dentro de una comunidad o grupo donde pueda aprender un sano amor propio y auto-aceptación que la liberen de una vida dependiente.

Divide la terapia con mujeres con AMS en 4 etapas: 1) formación; 2) transformación; 3) Integración; 4) consolidación y madurez (p. 117). Además, realiza una serie de perfiles a los que atribuye estilos de apego, maniobras defensivas y propuestas de tratamiento, así como consejos a los terapeutas (p. 158-180).

16 - Elena Lorenzo (2014) es coach profesional especializada en identidad personal y utiliza técnicas de coaching de identidad para acompañar a personas con AMS egodistónica: diario creativo (Capacchione, 2015) y las teorías del niño interior (*inner child*). Afirma que la AMS no es una enfermedad, es una sexualización de las necesidades emocionales no satisfechas en la niñez. Trabaja especialmente la identidad y la falta de autoestima, siguiendo en su proceso a Cohen.

17 - Warren Throckmorton y Mark A. Yarhouse formulan la Terapia de identidad sexual (TIS). La TIS se define (Yarhouse, 2008) como una alternativa neutral a dos posiciones polarizadas: la terapia de reorientación sexual y la terapia integrativa gay para clientes que se presentan con preocupaciones acerca de su identidad sexual. Acogen y valoran la AMS desde la absoluta neutralidad de manera agnóstica.

El objetivo de la terapia (Throckmorton y Yarhouse, 2006) es la síntesis de la identidad sexual que promueva el bienestar personal y la integración con otros aspectos de la identidad personal (cultura, ética, relaciones, espiritualidad, visión del mundo, etc).

En ella hay por lo menos cuatro fases de intervención: evaluación de la identidad y de las narrativas creadas en torno a la misma, consentimiento informado avanzado, psicoterapia, e integración social como una síntesis de la identidad sexual. Además, se dan unas directrices a los terapeutas, “no con el fin de constituir una nueva escuela de psicoterapia sino de crear

un marco consensuado de trabajo que ayude a los clientes que experimentan conflictos de identidad sexual” (p. 18), puesto que algunas aproximaciones a las terapias de reorientación pueden “confundir los límites del terapeuta y desanimar (e.g., Cohen, 2004)” (p.19).

Una de las propuestas prácticas de este marco de referencia es respetar la religión y la diversidad sexual. Dicen que algunas personas religiosas pueden dar prioridad a esta identidad, aunque eso signifique vivir con sentimientos sexuales no queridos y viceversa, otras personas pueden cambiar sus convicciones religiosas para integrar en sus vidas la AMS.

18 - Es posible la esperanza (EPS, 2017). Ofrecen un itinerario de maduración integral para cualquier persona, en su dimensión corporal, psicológica y espiritual, descubriendo la verdadera masculinidad y feminidad. La identidad no madura a causa de diversas heridas que se producen en las relaciones primarias de la persona. Algunas de estas heridas son: la vergüenza tóxica, la culpa tóxica, la baja autoestima, la inseguridad, la comparación insana, el complejo de inferioridad, la proyección-compensación reflejada en masturbación, pornografía y búsqueda de afecto, la dependencia afectiva y finalmente la desidentificación y rechazo del propio ser varón/mujer.

“La AMS surge como fruto de un desorden de vínculo y sentido de pertenencia que afecta a todos los niveles relacionales del ser humano.” (EPS, 2017). La herida puede manifestarse de diversas formas, en función de la realidad vivida, la hondura de lo vivido, las relaciones que han quedado afectadas y la sensibilidad y forma de vivirlo de la persona herida: 1) Masculinidad/Feminidad Inmadura o falsa; 2) AMS; 3) Desidentificación con la verdadera Identidad Sexual.

19 - Terapias grupales. La AMS consta de una dimensión relacional que puede trabajarse en los encuentros grupales. Nicolosi (2009) fundador de la asociación NARTH afirma que las sesiones de grupo “no solo ofrecen apoyo e intercambio de información, sino lo más importante: proporcionan una fuente de relaciones con el mismo sexo sanas” (p. 223).

Tabla 1.

*Resultados previos a la despatologización de la AMS\*: corrientes psicoanalíticas y cognitivo-conductuales.*

	Autores/terapeutas	Visión de la AMS	Claves del abordaje terapéutico	Objetivo del abordaje
1	Stekel, Ellis, Curran Parr, Glover, Bieber et al. Coates, Cappon, Kaye et al. Socarides, Jacobi, y Macintosh (Phelan, 2014, pp.10-34).	Represión que impide el desarrollo heterosexual desde la niñez, causado por un complejo en el estado edípico.	Liberación del ego con técnicas psicoanalíticas.	Disminución de la inhibición y represión que impiden el desarrollo heterosexual.
2	Blitch y Haynes (1972).	La AMS es una conducta aprendida desadaptativa que debe desaprenderse mediante técnicas conductuales. Además, va acompañada de una serie de pensamientos negativos que deben abordarse.	Desensibilización sistemática, role playing, manipulación de las fantasías de masturbación, relajación y ensayo conductual, Además modificación de pensamientos irracionales, negativos, de culpa, etc. y trabajo de la ansiedad y asertividad.	Aprender una nueva conducta sexual adaptativa.
3	Freund James Feldman y MacCulloch Solyom y Miller (Phelan, 2004, pp.35- 54).	La AMS es una conducta aprendida desadaptativa que debe desaprenderse mediante técnicas conductuales.	Por medio de estímulos aversivos: electroshocks, exposiciones a olores, inyecciones, etc. se persigue la extinción de la conducta (Terapia aversiva).	Aprender una nueva conducta sexual adaptativa.
4	Van de Aardweg (2004).	Neurosis autocompasiva por un complejo de inferioridad. Conceptos: victimización y autocompasión.	Abordar los sentimientos autocompasivos del niño interior mediante la desdramatización (cognitivo) y rompiendo hábitos que favorecen la AMS (conductual).	Reorientación emocional-sexual.

\*AMS: Atracción hacia el mismo sexo

Tabla 2.

*Resultados posteriores a la despatologización de la AMS\*: corrientes psicoanalíticas, cognitivo-conductuales y humanistas.*

	Autores/terapeutas	Visión de la AMS*	Claves del abordaje terapéutico	Objetivo del abordaje
5	Moberly (1983).	Impulso reparativo que procede del déficit de amor del mismo sexo. Concepto: <i>exclusión defensiva</i> .	Acompañamiento de un terapeuta del mismo sexo y relaciones de amistad no eróticas.	Deshacer la <i>exclusión defensiva</i> y satisfacer la necesidad de vínculo
6	Payne (1995).	La AMS es solo una de las maneras en las que se manifiesta la falta de identidad masculina.	Es necesario que el padre, o aquel que cumple con esta figura, afirme la identidad masculina.	Llegar a la identidad masculina
7	María Valdes (Harvey, 1996, p. 345-365).	La AMS consiste en un desarrollo psicosexual incompleto.	Tratamiento holístico que abarca lo físico, psicológico y espiritual/moral.	Completar el desarrollo psicosexual.
8	Fitzgibbons (1999); (Harvey, 1996, p. 307-344).	La AMS es fruto de heridas producidas por el padre y que hacen interiorizar ira vengativa ( <i>betrayal anger</i> ) ante el dolor.	Otorga una gran relevancia al sentimiento de la ira en el proceso de cambio.	Gestionar la ira arraigada mediante el perdón.
9	Medinger (2000).	A la hora de desarrollar la AMS, postula la falta de afirmación, en lugar de la falta de amor, que pausa el crecimiento en masculinidad/feminidad.	Proceso indirecto que debe abarcar 3 dimensiones: la conducta, la atracción y la identidad.	Llegar a la identidad masculina.
10	Nicolosi (2009, 2016a, 2016b).	Reparación erotizada de la pérdida de apego e identificación con el propio sexo.	Formula la Terapia Reparativa cuyos principios son: revelación de los principios del terapeuta, búsqueda activa del cambio por parte del paciente, la resolución de traumas pasados y la educación con respecto a las características asociadas a la AMS.	Establecer relaciones sanas no sexuales con personas del mismo sexo.
11	Cohen (2004).	Tendencia reparadora para dar cumplimiento a necesidades <i>homoemocionales</i> insatisfechas, producidas especialmente en la infancia (discípulo de Nicolosi).	Cambios conductuales, reestructuración cognitiva, curación del niño interior, sanación de las heridas "hetero y <i>homoemocionales</i> ". Ayuda de grupo y de la figura de mentor.	Conversión heterosexual.
12	Dalbey (2003).	La AMS* es una de las maneras en que se manifiesta una falta de identificación con la propia identidad masculina o femenina.	El padre, o quien en la vida personal del cliente haga las veces de él (amigo, tutor, clérigo, Dios), debe afirmar al hijo en su identidad.	Sanar la masculinidad herida.

13	Paulk (2003).	Tendencia reparativa, un intento de reparar la conexión perdida con nuestro propio género, un intento de amarnos a nosotros mismos.	Creación de un sistema de apoyo sano por medio de una mentora o amiga y proceso de sanación de posibles abusos del pasado.	Restaurar la identidad sexual.
14	Polaino-Lorente (2003).	Describe los principales hitos del proceso de autoidentificación y construcción de la AMS atendiendo a factores ambientales, psicológicos y educativos.	Proceso de corte psiquiátrico no explicitado.	Integrar la identidad sexual y la identidad personal.
15	Hallman (2002, 2003, 2005, 2006, 2008).	Centra su trabajo en la AMS femenina y observa diferencias respecto de los varones. La AMS* femenina es una muy compleja y multidimensional (dinámica biológica, cognitiva, emocional, conductual y relacional).	Divide la terapia en un proceso que aborda diferentes dimensiones y que engloba distintas tipologías de AMS. No busca directamente el cese de los sentimientos por el mismo sexo sino el crecimiento como mujer.	Buscar la identidad y la estabilidad en las relaciones con ambos sexos.
16	Lorenzo (2014).	La AMS no es una enfermedad, es una sexualización de las necesidades emocionales no satisfechas en la niñez.	En su trabajo con personas con AMS introduce técnicas de coaching de identidad y Mindfulness.	Buscar la verdadera identidad.
17	Throckmorton y Yarhouse (2006).	Ofrecen una posición neutral (“agnóstica”) sobre las causas primarias de la AMS.	Crean la Terapia de identidad sexual cuyo objetivo es la síntesis de la identidad sexual que promueve el bienestar personal y la integración con otros aspectos de la identidad personal.	Síntesis de la identidad sexual e integración con la identidad personal.

\*AMS: Atracción hacia el mismo sexo



Tabla 3.

*Resultados posteriores a la despatologización de la AMS\*: terapias grupales y asociaciones*

	Grupos/Asociaciones	Visión de la AMS*	Claves del abordaje terapéutico	Objetivo del abordaje
18	Es posible la esperanza (2017).	Falta de maduración de la masculinidad/femineidad y heridas de desamor que pueden afectar a cualquiera pero que se manifiestan en ocasiones con la AMS*.	Elaboran los llamados itinerarios de maduración de la masculinidad y la feminidad.	Acompañar en la maduración de la identidad (masculinidad y feminidad).
19	Terapias grupales de diferentes asociaciones**.	La AMS consta de una dimensión relacional que puede trabajarse en los encuentros grupales.	Terapia grupal.	Acompañar, proporcionar apoyo y crear relaciones de amistad sanas con personas del mismo sexo.

\*AMS: Atracción hacia el mismo sexo

\*\* Alliance for the therapeutic choice and scientific integrity, Brothers on a road, Chaire, Courage, Eden invitation, Es posible la esperanza, Exodus, Focus on the family, Homosexuals anonymous, International Healing Foundation, Institute for the study of sexual identity, Jonah, Lot, National Association for Research and Therapy of homosexuality (NARTH), Parents and Friends of exgays and gays (PFOX), Pastoral care ministries, Regeneration, Restored Hope Network.

Tabla 4.

*Estudios empíricos posteriores a la despatologización de la AMS\* (a partir de 1976)*

Autores	Objetivo del estudio	Intensidad de la intervención (M)**	n***	Diseño de investigación	Tipo de Evaluación/ instrumento de medida	Resultados
MacIntosh (1997).	Examinar las respuestas de psicoanalistas en su trabajo con pacientes con AMS.	M: 4,5 años de intervención.	1222.	Encuesta retrospectiva a 422 psicoanalistas.	Escalas <i>ad hoc</i> .	23% de éxito. Casi 2/3 de los pacientes recibieron beneficios terapéuticos sin cambiar a la heterosexualidad.
Schaeffer, Nottebaum, Smith, Dech y Krawczyk (1999).	Medir el cambio de orientación sexual mediado por sus creencias religiosas.	Dos grupos: largo plazo (38 sesiones) y corto plazo (<38 sesiones).	140.	Estudio longitudinal.	Encuesta <i>ad hoc</i> . Escala Kinsey (1948) [Kinsey's classification of sexual orientation].	60,8% de éxito en hombres y 71,1% en mujeres.
Nicolosi, Byrd y Potts (2000).	Medición del cambio en terapias de Reorientación sexual.	M: 3,4 años.	882.	Encuesta retrospectiva.	Encuesta <i>ad hoc</i> .	45,4% de los participantes con AMS exclusiva reportaron mejoras.
Byrd y Nicolosi (2002).	Medición del cambio conductual con aproximación psicoanalítica.	M: 21 sesiones de 49`.	350.	Metaanálisis de 14 estudios .	Diferentes medidas (Kinsey, MMPI, autoinformes, etc.).	Los grupos que recibieron tratamiento fueron un 79% que el grupo control.
Spitzer (2003).	Terapia de cambio de la orientación sexual.	M: 4,7 años en terapia.	200.	Medidas pre-post.	Medidas de autoinforme. Sexual attraction Scale.	Los participantes reportaron al menos cambios mínimos durante 5 años. 17% en mujeres y 54% en hombres.
Jones y Yarhouse (2007).	Medir el cambio en la orientación sexual mediado por la religiosidad	Sin especificar.	98.	Estudio longitudinal y prospectivo. Tres grupos con asignación aleatoria y grupo control.	Autoinforme, Escala Kinsey, variables de Shively y De Cecco (1977), variables de orientación sexual de Klein, Sepekoff y Wolf (1985).	Conversión: 15%. Atracción sin estrés: 23%. Siguen el proceso: 29%. Sin respuesta 15%. Identidad gay o confundidos: 12%.
Karten y Wade (2010).	Relacionar la identidad sexual con la religiosidad, el estatus marital y el conflicto de roles.	Sin especificar.	117.	Estudio descriptivo.	Gender Role Conflict Scale (O'Neil, Helms, Gable, David y Wrightsman, 1986).	Los participantes reportan mejoría, especialmente con la relación terapéutica.

\*AMS: Atracción hacia el mismo sexo; \*\*M: duración media de la intervención; \*\*\*n: tamaño de la muestra

#### 4. Discusión y limitaciones

Tras los resultados obtenidos se constatan algunas cuestiones de valor: 1) Si bien es cierto que cada persona es única, todos los autores encuentran puntos en común en la etiología de la AMS: predisposición biológica/temperamental, heridas/conflictos/traumas físicos/relacionales/emocionales en la infancia o edad temprana, rechazo o desidentificación con el propio sexo, y pensamientos, sentimientos y conductas desadaptativos (i.e masturbación, obsesiones, compulsiones). 2) Sería interesante estudiar la AMS como un continuo y hablar de diferentes modelos, tipologías u “homosexualidades” (Harvey, 1987, p. 71), teniendo en cuenta las diferencias entre la AMS masculina y femenina. Aplicando, en este sentido, los términos sistémicos de equifinalidad y equicausalidad. 3) Asimismo, en el abordaje terapéutico se dan los siguientes puntos en común: proceso de sanación de las heridas o conflictos del pasado, trabajo de identificación o crecimiento en la masculinidad y feminidad, procesos de perdón, gestión de conductas (promiscuidad, masturbación, evitación relacional) y emociones (culpa, miedo, ansiedad, ira, etc.) y acompañamiento de un mentor/amigo/grupo para el desarrollo de relaciones sanas con personas del mismo sexo. Además, varios terapeutas fomentan el apoyo del sistema religioso y de creencias y el sentido vital. 4) En cuanto a los objetivos terapéuticos, se rechaza por lo general la búsqueda directa de un cambio hacia la “heterosexualidad”. Además, la abstinencia de actividad sexual con personas del mismo sexo no es considerada como un objetivo final de los abordajes. En palabras de Di Tolve (2017, p. 236): “Si nos limitáramos a controlarla [la AMS], deberíamos imaginarnos una lucha entre el dominio de sí mismo y el impulso a dejar estallar nuestros instintos: en tal caso, viviríamos en un estado de tensión creciente que, para desahogarse, llevaría inevitablemente a recaer”. Se habla, para que el cambio verdadero exista, de una auténtica integración o maduración de la sexualidad junto con todas las demás dimensiones humanas (bio-psico-social-espiritual) que perdure de manera relativamente estable en el

tiempo. 5) Existen numerosas asociaciones fundadas o dirigidas por los terapeutas estudiados que aportan la ayuda grupal como un componente enriquecedor de las terapias. Dichas asociaciones promueven asimismo directrices para el trato hacia personas con AMS que respeten los principios éticos fundamentales del paciente promoviendo la libertad y la responsabilidad. 6) A pesar de los puntos en común, se observan diferencias. Los abordajes siguen una evolución hacia modelos más integrales que tienen en cuenta las dimensiones de la persona humana: las teorías más incipientes aplican principios muy generales a cualquier persona con AMS. Consideran la misma como patológica y orientan sus esfuerzos al cambio de conductas. Además, realizan procesos destinados exclusivamente a este tipo de personas. Con el tiempo, las teorías van haciéndose cada vez más complejas y ofrecen análisis multicausales y más pormenorizados. Rechazan la búsqueda de un cambio conductual sino integral. Abogan más por los procesos de crecimiento y maduración de la identidad, orientados a todo tipo de personas con heridas, entre las que se pueden incluir personas con AMS. 7) Aparece una diferencia de foco que se expresa especialmente entre los postulados de la asociación NARTH y del Instituto TIS. Ambos abogan por un respeto incondicional hacia la libertad del paciente, pero mientras que los primeros defienden que el terapeuta debe manifestar su visión sobre la AMS al mismo, los segundos defiende una neutralidad absoluta al respecto.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo de revisión bibliográfica, algunas surgen de la propia metodología como el espacio y tiempo reducidos (que han hecho sintetizar los resultados), el idioma o la inaccesibilidad de determinados documentos. Otras surgen del objeto de estudio propio, como la falta de consenso terminológico entre autores: sobre la naturaleza del cambio o del éxito, la etiología, la concepción de la AMS; y el hecho de ser un tema controvertido. Para controlar el sesgo negatividad, hubiera sido importante incluir los

posibles efectos adversos que se achacan a los abordajes estudiados, pero puede verse al respecto a Jones y Yarhouse (2007, p. 330-363).

En cuanto al estudio empírico de los abordajes, éste “ha sido normalmente pobre según los criterios de calidad actuales” (Jones y Yarhouse, 2000, p. 121; Serovich et al., 2008). Es difícil interpretar, generalizar y comparar los resultados porque hay una falta de criterio en las definiciones: orientación sexual, medición del cambio, qué se considera éxito y metodología concreta de las terapias. Aunque la TR es la que más se emplea en los estudios, y esto es beneficioso a nivel metodológico a la hora de hacer comparaciones, sería enriquecedor poder valorar también el resto de iniciativas. La información suele ser autoreportada y retrospectiva. Se observa ausencia de grupo control, poco seguimiento longitudinal y poca representatividad. Sin embargo, en general se dan indicadores de cambio positivo en los estudios mostrados que no pueden dejar de valorarse. Los participantes manifiestan mejoría en un alto número de casos aun no consiguiendo el éxito terapéutico. Es de destacar como mejor estudio en criterios de calidad el de Jones y Yarhouse (2007).

## **5. Prospectiva y conclusiones**

Como prospectiva a este trabajo de investigación: 1) podrían incluirse más autores y extender y analizar más ampliamente su teoría y práctica. 2) Según se indicó, deberían mejorarse los estudios estadísticos y metodológicos. 3) Sería interesante realizar un estudio comparativo con la investigación existente acerca de lo que podemos llamar “terapias de afirmación gay” y buscar puntos en común: definiciones, criterios de éxito etc. que ayuden al tratamiento estadístico. Finalmente, y, sobre todo, 4) sería necesaria una mayor profundización en el marco teórico, definición de variables y descripción de los procesos, es decir, unificar criterios, con el apoyo estadístico y metodológico.

La Ley 3/2016, de 22 de julio de 2016, de la Comunidad de Madrid sobre la “Protección integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad sexual” afirma: “Toda persona tiene derecho a construir para sí una autodefinición con respecto a su cuerpo, sexo, género y su orientación sexual.” Además, para la misma ley, se considera como falta grave, y por tanto sancionable con multa de 20.001 hasta 45.000€ e inhabilitación de hasta 3 años, entre otros, a: “la promoción y realización de terapias de aversión o conversión con la finalidad de modificar la orientación sexual o identidad de género de una persona”. Además, “será irrelevante el consentimiento prestado por la persona sometida a tales terapias”. Esas terapias quedan definidas previamente: “por este término se entienden todas las intervenciones médicas, psiquiátricas, psicológicas, religiosas o de cualquier otra índole que persigan la modificación de la orientación sexual o de la identidad de género de una persona”.

¿Cómo es posible proclamar la libertad y al mismo tiempo multarla? (otros ataques a la libertad en este campo en Kuby, 2017, p. 417-441). ¿Se basa la ley en un presupuesto científico o ideológico? La despatologización de la AMS supuso la creación de un nuevo desorden: la homofobia (Coy, 2012), contra aquellos que discrepen de ciertos postulados.

Vivimos una auténtica edad oscura. Se da un discurso cerrado en sí mismo bajo la premisa de que “todo el mundo sabe” cuál es la verdad acerca de este tema (Cummings, Donohue y Cummings, 2009, p. 78-81). Sin embargo, una mirada abierta y sin prejuicios acepta prueba de contrario, investigación y discusión.

La psicología se ha hecho flaco favor dejándose dirigir por la ideología. La ciencia psicológica echa sus raíces en la filosofía, la antropología y la moral. Ni las debe suplantarse, ni debe ser suplantada por ellas. Deben alimentarse mutuamente.

La separación entre sexo y género (sexo social), diferente de la distinción, que las teorías de género postulan, pertenece a una antropología dualista y voluntarista que no puede

fundamentarse científicamente pues remite al campo de lo meramente subjetivo. Si el sexo biológico es irrelevante para la identidad, la naturaleza se presenta como una dictadura de la cual debemos liberarnos (Kuby, 2017). Pero esta “liberación” que ofrece la sociedad, y algunas leyes, se produce “tiránicamente” solo en una dirección, pero no en la contraria.

No cabe duda que este es un tema complejo, pero precisamente por ello, para que nuestro conocimiento acerca de la AMS prospere, en busca siempre de la ayuda a la persona, deben darse libertades (responsables y respetuosas) a los psicólogos y resto de profesionales de otras disciplinas. Las personas por su parte deben ser libres para dejarse ayudar por ellos. Esta libertad, para que no sea arbitraria, incluye la posibilidad de formarse, informarse y decidir. La imposición de un pensamiento único, políticamente correcto y exclusivo atenta contra todos estos principios.

En base a la documentación leída, puedo concluir que lo que se condena por parte de algunas leyes, colectivos, y asociaciones psicológicas no es el modo de investigación, ni una manera de actuación ni el trato a la persona ni el uso de técnicas ni unos modelos terapéuticos (sin incluir las terapias aversivas que finalizaron en los años 70). Se censura la posibilidad de que la persona, libremente, con la ayuda de profesionales, amigos, consejeros, con el apoyo de sus propias creencias, etc., consiga dejar atrás la AMS y el *estilo de vida gay*. Todo ello como resultado de buscar una integración bio-psico-social-espiritual más acorde a sus deseos, naturaleza y creencias más profundas, madurando su propia masculinidad y feminidad, recuperando su propia identidad.

Pues el hombre es aquel que no puede aspirar plenamente a ser él mismo y ser feliz sino es a través del sincero don de sí (Pablo VI, 1965). Sin embargo, la dureza del propio corazón y las heridas recibidas por los demás corazones duros, hacen que esta libertad deba ser constantemente conquistada por la auto-posesión y el encuentro con el otro. El significado del cuerpo humano está ligado precisamente a esta libertad: expresar el amor en su

masculinidad y feminidad. El amor de la auto-donación al otro solo vendrá por la auto-posesión. Es posible conquistar la libertad y la felicidad: poseyéndonos para poder donarnos libremente en el amor. Esta es la esperanza que los hombres de nuestro tiempo necesitan.

## 6. Referencias

- Alanko, K., Santtila, P., Witting, K. Varjonen, M., Jern, P. Johansson, A., von der Pahlen, B. y Sandnabba, N. K. (2009). Psychiatric Symptoms and same-sex sexual attraction and behaviour in light of childhood gender atypical behaviour and parental relationships. *Journal of sex research*, 46(5), 494-504. doi: 10.1080/00224490902846487
- American Psychological Association. (2003). *Ethical Principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.apa.org/ethics/code/](http://www.apa.org/ethics/code/)
- American Psychological Association. (2012). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Autor. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.apa.org/topics/lgbt/answers-questions-so-spanish.pdf](http://www.apa.org/topics/lgbt/answers-questions-so-spanish.pdf)
- Apostolou, M., Shialos, M., Khalili, M. y Paschali, V. (2017). The evolution of female same-sex attraction: the male choice hypothesis. *Personality and Individual Differences*, 116, 372-378. doi: 10.1016/j.paid.2017.05.020
- Bearman, P. S., y Brückner, H. (2002). Opposite-sex twins and adolescent same-sex attraction. *American Journal of Sociology*, 107(5), 1179-1205. doi: <http://dx.doi.org/10.1086/341906>
- Beckstead, A. L., y Morrow, S. L. (2004). Mormon clients' experiences of conversion therapy: The need for a new treatment approach. *The Counseling Psychologist*, 32(5), 651-690. doi: 10.1177/0011000004267555.



- Bell, A. P., Weinberg, M. S. y Hammersmith, S. K. (1981). *Sexual preference: its development in men and women*. Indiana University Press, Bloomington.
- Benoit, M. (2005). Conflict between religious commitment and same-sex attraction: possibilities for a virtuous response. *Ethics & Behaviour*, 15(4), 309-325. doi: 10.1207/s15327019eb1504\_3
- Blitch, J. W. y Haynes, S. N. (1972). Multiple behavioral techniques in a case of females homosexuality. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 3(4), 319-322. doi.org/10.1016/0005-7916(72)90057-2
- Bos, H. M. W., Sandfort, T. G. M., De Bruyn, E. H. y Hakvoort, E. M. (2008). Same-sex attraction, social relationships, psychosocial functioning, and school performance in early adolescence. *Developmental psychology*, 44(1), 59-68. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.59
- Butler, J. (1993). *Bodies that Matter. On the discursive Limits of "Sex"*. Nueva York, Routledge
- Byrd, A. D. y Nicolosi, J. (2002). A meta-analytic review of treatment of homosexuality. *Psychological reports*, 90, 1139-1152. doi: 10.2466/pr0.2002.90.3c.1139
- Capacchione, L. (2015). *The creative Journal: the art of finding yourself*. Athens, Ohio: Swallow Press.
- Chandra, A., Mosher, W. D., Copen y C., Sionean, C. (2011). Sexual behaviour, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006-2008 National Survey of family growth. *National Health Statistics Reports*, 36. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr036.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr036.pdf)
- Cohen, R. (2004). *Comprender y sanar la homosexualidad*. Madrid, España: LibrosLibres.

- Colegio Oficial de Psicólogos. (2010). *Código deontológico*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-adaptacion-ley-omnibus.pdf](http://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-adaptacion-ley-omnibus.pdf)
- Comiskey, A. (2003). *Fortaleza en la debilidad*. Downers Grove, Illinois: Intervarsity Press.
- Coy, T. 2012. *The profesional división over the treatment of homosexuality and how it has been influenced by the gay political movement* (tesis de Máster en Estudios Liberales). Universidad de Michigan-Flint, Estados Unidos.
- Cummings, N., O'Donohue, W. y Cummings, J. (Eds.) (2009). *Psychology's war on religion*. Phoenix, Arizona: Zeig, Tucker and Theisen.
- Dalbey, G. (2003). *Healing the masculine soul*. Nashville, Tennessee: Thomas Nelson.
- Di Tolve, L. (2017) *Yo fui gay*. Madrid, España: LibrosLibres.
- Diamond, L. M y Rosky, C. J. (2016). Scrutinizing inmutability: Research on sexual Orientation and U.S. Legal Advocacy for sexual minorities. *Journal of sex research*, 53,(4-5), 363-391. doi: 10.1080/00224499.2016.1139665.
- Diario de Sesiones de Comisión de Justicia del Senado (2005). Número 189, p.1-5, de fecha 20 de junio.
- Dickson, N., Paul, C. y Herbison, P. (2003). Same-sex attraction in a birth cohort: prevalence and persistence in early adulthood. *Social science & medicine*, 56(8), 1607-1615. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00161-2.
- Dickson, N., van Roode, T., Cameron, C. y Paul, C. (2013). Stability and change in same-sex attraction, experience, and identity by sex and age in a New Zealand birth cohort. *Archives of sexual behaviour*, 42(5), 753-763. doi: 10.1007/s10508-012-0063-z.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM; depathologizing homosexuality. *Behavioral sciences*, 5, 565-575. doi: 10.3390/bs5040565.
- EMIS. (2013). *The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

Recuperado en 29 de mayo de 2018, de:

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/EMIS-2010-european-men-who-have-sex-with-men-survey.pdf>.

Es posible la esperanza. (2017). Recuperado en 29 de mayo de 2018, de:

<http://www.esposiblelaesperanza.com>.

Eskin, M., Kaynar-Demir, H. y Demir, S. (2005). Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behaviour in university students in Turkey. *Archives of sexual behaviour*, 34(2), 185-195. doi: 10.1007/s10508-005-1796-8.

Fergusson, D. M, Horwood, L. J., Ridder, E. M. y Beautrais, A. L. (2005). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of Young adults. *Psychological Medicine*, 35(7), 971-981. doi: 10.1017/S0033291704004222.

Fields, S. D., Malebranche, D. y Feist-Price, S. (2008). Childhood sexual abuse in black men who have sex with men: results from three qualitative studies. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 385-390. doi: 10.1037/1099-9809.14.4.385.

Fitzgibbons, R. (1999). *The origins and therapy of same-sex attraction disorder*. En C. Wolfe (Ed.), *Homosexuality and American Public Life*. Dallas, USA: Spence Publishing.

Fonseca, C. y Quintero, M. L. (2009). La teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica*, 24(69), 43-60.

Frisch, M. y Hviid, A. (2006). Childhood family correlates of heterosexual and homosexual marriages: a national cohort study of two million Danes. *Archives of sexual behaviour*, 35(5), 533-547. doi: 10.1007/s10508-006-9062-2.

Gattis, M. N., Sacco, P. y Cunningham-Williams, R. M. (2012). Substance use mental health disorders among heterosexual identified men and women who have same-sex partners or same-sex attraction: results from the national epidemiological survey on alcohol and

- related conditions. *Archives of sexual behaviour*, 41(5), 1185-1197. doi: 10.1007/s10508-012-9910-1.
- Greaves, L. M., Barlow, F. K., Lee, C. H., Matika, C. M., Wang, W. Y., Lindsay, C. J., ... y Sibley, C. G. (2017). The diversity and prevalence of sexual orientation self-labels in a New Zealand National Sample. *Archives of sexual behaviour*, 46(5), 1325-1336. doi: 10.1007/s10508-016-0857-5.
- Hallman, J. (2002). *Clinical Issues Common to Women in Conflict with Same-Sex Attraction*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.janellehallman.com/CLINICAL\\_ISSUES\\_WITHIN\\_THE\\_%20LESBIAN\\_STRUG.html](http://www.janellehallman.com/CLINICAL_ISSUES_WITHIN_THE_%20LESBIAN_STRUG.html).
- Hallman, J. (2003). *Developmental, Relational and Emotional Etiology of Female Homosexuality*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.janellehallman.com/Developmental\\_Relational\\_Etiology.html](http://www.janellehallman.com/Developmental_Relational_Etiology.html).
- Hallman, J. (2005). *Female Same-Sex Attraction and Freedom of Choice*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.janellehallman.com/Freedom\\_of\\_Choice.html](http://www.janellehallman.com/Freedom_of_Choice.html).
- Hallman, J. (2006). "Do No Harm" – *Working with Women in Conflict with Same-Sex Attraction*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.janellehallman.com/Do\\_No\\_Harm.html](http://www.janellehallman.com/Do_No_Harm.html)
- Hallman, J. (2008). *The heart of female same-sex attraction: A comprehensive counseling resource*. Downers Grove, Illinois: InterVarsity.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N. y Pattatucci, A. M. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261(5119), 321-327. doi: 10.1126/science.8332896.
- Haraway, D. (1984). *Manifesto Cyborg*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz\\_suarez/ciborg.pdf](https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf).

- Harvey, J. F. (1987). *The homosexual person*. San Francisco, Usa: Ignatius Press.
- Harvey, J. F. (1996). *The truth about homosexuality*. San Francisco, Usa: Ignatius Press.
- Hershberger, S. L. (1997). A Twin Registry Study of Male and Female Sexual Orientation. *Journal of Sex Research*, 34(2), 212-230. doi: <https://doi.org/10.1080/00224499709551886>
- Hillier, L. y Harrison, L. (2004). Homophobia and the production of shame: young people and same sex attraction. *Culture health and sexuality*, 6(1), 79-94. doi: 10.1080/13691050310001611156.
- Himmelstein, K. y Bruckner, H. (2011). Criminal-justice and school sanctions against noheterosexual youth: a national longitudinal study. *Pediatrics*, 127(1), 49-57. doi: 10.1542/peds.2009-2306.
- Iglesia Católica. (1997). *Catecismo de la Iglesia Católica, n° 2358*. Ciudad del Vaticano: Librería Editrice vaticana.
- Joloza, T., Evans, J., O'Brien y Potter-Collins, A. (2010). *Measuring sexual identity: an evaluation report september 2009*. Office for National Statistics. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.ons.gov.uk/ons/rel/ethnicity/measuring-sexual-identity---evaluation-report/2010/sexual-identity.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ethnicity/measuring-sexual-identity---evaluation-report/2010/sexual-identity.pdf).
- Jones, S. y Yarhouse, M. (2000). *The use of scientific research in the church`s moral debate*. Downers Grove, Illinois: InterVarsity Press.
- Jones, S. y Yarhouse, M. (2007). *Ex-gays? A longitudinal of religiously mediated change in sexual orientation*. Downers Grove, Illinois: IVP Academic.
- Juan Pablo II. (2010). *Hombre y Mujer los creó*. Madrid, España: Ediciones cristiandad.
- Karten, E. Y. y Wade, J. C. (2010). Sexual Orientation Change Efforts in Men: A Client Perspective. *The journal of men`s studies*, 18(1), 84-102. doi: 10.3149/jms.1801.84

- Kendler, K., Thornton, L., Gilman, S. y Kessler, R. (2000). Sexual Orientation in a U.S. National Sample of Twin and Nontwin Sibling Pairs. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1843-1846. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1843
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. y Martin, C. E. (1948). *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia, Usa: W.B. Saunders.
- Klein, F., Sepekoff y Wolf, T. J. (1985). Sexual orientation: a multi-variable dynamic process. *Journal of homosexuality*, 11(1-2), 35-49. doi: 10.1300/J082v11n01\_04
- Kuby, G. (2017). *La revolución sexual global: la destrucción de la libertad en nombre de la libertad*. Madrid, España: Didaskalos.
- Kuyper, L., Fernee, H. y Keuzenkamp, S. (2016). A comparative analysis of a Community and general sample of lesbian, gay, and bisexual individuals. *Archives of sexual behaviour*, 45(3), 683-693. doi: 10.1007/s10508-014-0457-1.
- Langstrom, N., Rahman, Q., Carlstrom, E. y Lichtenstein, P. (2010). Genetic and Environmental Effects on Same-sex Sexual Behavior: A Population Study of Twins in Sweden. *Archives of Sexual Behavior*, 39(1), 75-80. doi: 10.1007/s10508-008-9386-1
- Ley 3/2016, de 22 de julio de 2016, de *protección integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad sexual*. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 14 de diciembre de 2016.
- Loftus, J. (2001). America's liberalization in attitudes toward homosexuality, 1973 to 1998. *American sociological review*, 66(5), 762-782. doi: 10.2307/3088957.
- Lorenzo, E. (2014, May 30). *Atracción al mismo sexo*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: <http://elenalorenzo.com/?p=483>.
- Macintosh, H. (1997). Factors associated with the outcome of psychoanalysis of homosexual patients. *British Journal of psychotherapy*, 13(3), 358-368. doi.org/10.1111/j.1752-0118.1997.tb00322.x

- Mayer, L. S. y McHugh, P. R. (2016). "Executive Summary," Sexuality and Gender: Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences. *The New Atlantis*, 50, 7-9. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de:  
<https://www.thenewatlantis.com/publications/resumen-ejecutivo>
- Medinger, A. (2000). *Growth into manhood: resuming the journeying*. Colorado Springs, Colorado, WaterBrook Press.
- Ministerio del Interior. (2016). *Informe sobre la evolución de los incidentes relacionados con los delitos de odio en España*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de:  
<http://www.interior.gob.es/documents/10180/5791067/ESTUDIO+INCIDENTES+DE+LITOS+DE+ODIO+2016.pdf/c5ef4121-ae02-4368-ac1b-ce5cc7e731c2>.
- Moberly, E. (1983). *Homosexuality: A New Christian Ethic*. Cambridge, England: James Clarke & Co.
- Montoro, R., Thombs, B. e Igartua K. J. (2015). The association of bullying with suicide ideation, plan, and attempt among adolescents with GLB or unsure sexual identity, heterosexual identity with same-sex attraction or behaviour, or heterosexual identity without same-sex attraction or behaviour. *Sante Mentale au Quebec*, 40(3), 55-75. doi: 10.7202/1034911ar.
- Morandini, J., Blaszczynski, A., Costa, D., Godwin, A. y Dar-Nimrod, I. (2017). Born This Way: Sexual Orientation Beliefs and Their Correlates in Lesbian and Bisexual Women. *Journal of counseling psychology*, 64(5), 560-573. doi: 10.1037/cou0000209.
- Mustanki, B. y Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of sexual behaviour*, 42(3), 437-448. doi: 10.1007/s10508-012-0013-9.
- Mustanki, B. S., Andrews, R., Herrick, A., Stall, R. y Schnarrs, P. W. (2014). A syndemic of psychosocial health disparities and associations with risk for attempting suicide among

- Young sexual minority men. *American Journal of public Health*, 104(2), 287-294. doi: 10.2105/AJPH.2013.301744. doi: 10.1007/s00439-004-1241-4
- Mustansky, B. S., Dupree, M. G., Nievergelt, C. M., Bocklandt, S., Schork, N. J. y Hamer, D. H. (2005). A genomewide scan of male sexual orientation. *Human Genetics*, 116, 272-278.
- NARTH. (2008). *Directrices para la Práctica en el Tratamiento de la Atracción y Conductas Sexuales No Deseadas hacia el mismo sexo*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: <https://es.scribd.com/document/206240222/NARTH-Institute-Practice-Guidelines-in-Spanish>.
- Nicolosi, J. (2009). *Quiero dejar de ser homosexual*. Madrid, España: Encuentro.
- Nicolosi, J. (2016a). *Shame and Attachment Loss, The Practical Work of Reparative Therapy*. Downers Grove, Ill.: InterVarsity Press.
- Nicolosi, J. (2016b). *The traumatic foundation of male homosexuality*. *Crisis Magazine*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.crisismagazine.com/2016/traumatic-foundation-male-homosexuality](http://www.crisismagazine.com/2016/traumatic-foundation-male-homosexuality).
- Nicolosi, J. (s.f). *What is reparative therapy? Examining the controversy*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.josephnicolosi.com/what-is-reparative-therapy-exa/](http://www.josephnicolosi.com/what-is-reparative-therapy-exa/)
- Nicolosi, J., Byrd, A. D., y Potts, R. W. (2000). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation; a consumer survey of conversión therapy clients. *Psychological Reports*, 86, 1071-1088.
- O'Neil, J. M., Helms, B. J., Gable, R. K., David, L., y Wrightsman, L. S. (1986). Gender-Role Conflict Scale: College men's fear of femininity. *Sex Roles*, 14(5-6), 335-350. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00287583>
- Pablo VI. Vaticano II. (1965). *Constitución pastoral Gaudium et Spes sobre la Iglesia en el mundo actual*. Madrid, España: BAC.



- Paulk, A. (2003). *Restoring sexual identity*. Eugene, Oregon: Harvest House Publishers.
- Payne, L. (1995). *Crisis in masculinity*. Michigan, Usa: Bakerbooks.
- Petterson, L. J., VanderLaan, D. P. y Vasey, P. L. (2017). Sex, sexual orientation, gender atypicality, and indicators of depression and anxiety in childhood and adulthood. *Archives of sexual behaviour*, 46(5), 1383-1392. doi: 10.1007/s10508-016-0690-x.
- Phelan, J. E. (2014). *Successful outcomes of sexual orientation change efforts*. Charleston, SC, Usa: Practical Application Publications.
- Ploderl, M. y Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry*, 27(5), 367-385. doi: 10.3109/09540261.2015.1083949.
- Polaino-Lorente, A. (2003). *El proceso de auto-identificación homosexual*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: [www.bioeticaweb.com/bioactica-y-etilogasa-de-la-homosexualidad-dr-polaino/](http://www.bioeticaweb.com/bioactica-y-etilogasa-de-la-homosexualidad-dr-polaino/).
- Pollak, M. (1987). *La homosexualidad masculina o: ¿la felicidad en el guetto?*, en: Sexualidades Occidentales, Ph. Ariès, A. Bejin, M. Foucault y otros, p. 71-10. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Rekers, G. A. y Lovaas, O. I. (1974). Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. *Journal of applied behaviour analysis*, 7(2), 173-190. doi: 10.1901/jaba.1974.7-173
- Remafedi, G. (2002). Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men. *Journal of adolescent health*, 31(4), 305-310. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00405-6.
- Rice, C., Turner, A. y Lanza, S. (2016). Sexual Behavior Latent Classes Among Men Who Have Sex With Men: Associations With Sexually Transmitted Infections. *Journal of sex research*, 54(7), 776-783. doi:10.1080/00224499.2016.1211599.

- Rice, C., Vasilenko, S., Lanza, S., A. Davis, J., Fields, K., Ervin, M. y Turner, A. (2018). Time Since First Acting on Same-Sex Attraction and Recreational Drug Use Among Men Who Have Sex With Men (MSM): Is There an Effect of “Gay Age”? *Substance Use & Misuse*, 53(5), 852-858. doi: 10.1080/10826084.2017.1388407.
- Rodríguez-Larralde, A. y Paradisi, I. (2009). Influencia de factores genéticos sobre la orientación sexual humana. Una revisión. *Investigación clínica*, 50(3), 377-391.
- Russel, S. T., Driscoll, A. K. y Truong, N. (2002). Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: implications for substance use and abuse. *American Journal of public health*, 92(2), 198-202. doi: 10.2105/AJPH.92.2.198.
- Russell, C. J. y Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 300-306. doi: 10.1002/eat.10036.
- Russell, S. T., Franz, B. T. y Driscoll, A.K. (2001). Same-sex romantic attraction and experiences of violence in adolescent. *American journal of public health*, 91(6), 903-906. doi: 10.2105/AJPH.91.6.903.
- Sanders, A. R., Beecham, G. W., Guo, S., Dawood, K., Rieger, G., Badner, J. A., ... y Martin, E. R. (2017). Genome-wide association study of male sexual orientation. *Scientific Reports*, 7(1), 16950. doi:10.1038/s41598-017-15736-4.
- Sandfort, T.G., de Graaf, R., Bijl, R. V. y Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of general psychiatry*, 58(1), 85-91. PMID: 11146762.
- Schaeffer, K., Nottebaum, L., Smith, P., Dech, K. y Krawczyk, J. (1999). Religiously-Motivated Sexual Orientation Change: A Follow-Up Study. *Journal of Psychology and Theology*. 27(4), 329-337. doi: 10.1177/009164719902700405.

- Serovich, J. M., Craft, S. M., Toviessi, P., Gangamma, R., McDowell, T. y Grafsky, E. (2008). A systematic review of the research base on sexual reorientation therapies. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 227-238. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00065.x
- Shively, M. G. y De Cecco, J. P. (1977). Components of sexual identity. *Journal of homosexuality*, 3(1), 41-48. doi: 10.1300/J082v03n01\_04
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C. y Williams, S. (2003). Sexual orientation and self-harm in men and women. *American Journal of psychiatric*, 160(3), 541-546. doi: 10.1176/appi.ajp.160.3.541.
- Spitzer, R. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual Orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32(5), 403-417. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1025647527010>.
- Teasdale, B. y Bradley-Engen, M. S. (2010). Adolescent same-sex attraction and mental health: the role of stress and support. *Journal of homosexuality*, 57(2), 287-309. doi: 10.1080/00918360903489127.
- Throckmorton, W. y Yarhouse, M. A. (2006). *Sexual identity therapy: Practice framework for managing sexual identity conflicts*. Recuperado en 29 de mayo de 2018, de: <http://sitframework.com/wp-content/uploads/2009/07/sexualidentitytherapyframeworkfinal.pdf>
- Van den Aardweg, G. (2004). *Homosexualidad y Esperanza*. (3ª ed.). Pamplona, España: Eunsa.
- Wilson, H. W. y Widom, C. S. (2010). Does physical abuse, sexual abuse, or neglect in childhood increase the likelihood of same-sex sexual relationships and cohabitation? A prospective 30-year follow up. *Archives of Sexual Behaviour*, 39, 63-74. doi: 10.1007/s10508-008-9449-3.

- Wilson, M. (1987). *A psychodynamic view of male homosexuality: Oedipal and pre-oedipal* (tesis de Maestría). University of Cape Town, Sudáfrica.
- Xiridou, M., Geskus, R., De Wit, J., Coutinho, R. y Kretzschmar, M. (2003). The contribution of steady and casual partnerships to the incidence of HIV infection among homosexual men in Amsterdam. *AIDS*, *17*(7), 1029-1038. doi: 10.1097/01.aids.0000050879.72891.1d.
- Yarhouse, M. A. (2008). Narrative Sexual Identity Therapy. *American Journal of Family Therapy*, *36*(3), 1-15. doi: 10.1080/01926180701236498.
- Yarhouse, M. A. 1998. When clients seek treatment for same-sex attraction: ethical issues in the “right to choose” debate. *Psychotherapy*, *35*(2), 248-259. doi: 10.1037/h0087753.
- Yarhouse, M. A. y Burkett, L.A. (2002). An inclusive response to LGB and conservative religious persons: the case of same-sex attraction and behaviour. *Professional psychology-research and practice*, *33*(3), 235-241. doi: 10.1037//0735-7028.33.3.235.
- Yarhouse, M. A., Dean J.B., Stratton, S. P. y Lastoria, M. (2018). Listening to sexual minorities. Downers Grove, Illinois: InterVarsity Press.
- Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K. y Thombs, B. D. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting “unsure” sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: forgotten groups? *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescents Psychiatry*, *49*(2), 104-113. doi: 10.1016/j.jaac.2009.11.003.