

ORIGEN Y CAUSA DE LA HOMOSEXUALIDAD*

DRA. SONIA SORIANO RUBIO

Española. Doctora en Psicología; título de su tesis doctoral: *Proceso de desarrollo de la identidad homosexual*, premio extraordinario de doctorado, 1996. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Salamanca, España. Autora de varias publicaciones, entre las que destacan: *Parejas del mismo sexo*, en J. Navarro y J. Pereira (comp.), «Parejas en situaciones especiales» (2000); *Estado actual de las investigaciones sobre la homofobia*, en «Estudios de Psicología» (1995); y *Acquisition, development and consolidation of homosexual identity: A retrospective analysis with spanish gays and lesbians*, en «Sexological Review» (1995).

En la introducción ya le hacía referencia al enorme interés que despiertan las causas de la homosexualidad. En efecto, «¿por qué hay personas homosexuales?» o de una forma más directa y coloquial, «¿el-la homosexual nace o se hace?», son las dos cuestiones que siempre, y a menudo de la misma manera, nos plantean en nuestras clases o conferencias sobre este tema.

Pero este interés no es sólo social sino también y fundamentalmente científico, como indica la gran cantidad de estudios que se han realizado desde diferentes disciplinas. De hecho, como señalaremos más adelante, hasta principios de los años 70 el objetivo fundamental de la investigación era conocer sus causas para descubrir la forma de erradicarla.

Por su parte, la investigación más reciente y actual si ya no persigue este fin, sigue en buena medida centrándose en este aspecto, y aunque como afirman, entre otros, Byne y Parsons (1993), el interés de los científicos debiera ser llegar a determinar el origen de la orientación sexual humana, puesto que en todos los casos es desconocido, continúan

demostrando una preocupación mucho mayor por el de la homosexualidad. No obstante, justo es reconocer que ya se empieza a asumir este hecho y a partir de los resultados de algunos trabajos se intenta hacer una extrapolación a las causas que determinan o a los factores con que podría estar asociada, la orientación sexual en general.

En nuestro caso siempre hemos sido muy críticos con el interés que este aspecto sigue despertando o la forma en que se sigue tratando, y ciertamente aunque sería un importante hallazgo científico, no creemos que conocer la causa por la que se siente atracción hacia el mismo sexo sea determinante para cómo se vive la propia homosexualidad, que en definitiva es nuestro objetivo de estudio. Sin embargo, hemos considerado oportuno incluir esta revisión por varias razones.

Por una parte, por el interés social que hemos comentado. Por otra, por la confusión y las falsas creencias que muchas familias y profesionales siguen teniendo al respecto. Pero sobre todo porque a consecuencia de lo anterior, todavía son muchas las personas homosexuales que se han sentido,

o quizá se están sintiendo responsables por su orientación sexual.

Iniciamos la descripción de este tema con el análisis de en qué momento evolutivo se especifica y consolida la orientación sexual, para lo cual haremos referencia a las características de la adolescencia, etapa en la que junto a todos los cambios biológicos, psicológicos y sociales ocurren otros específicamente sexuales como el que nos ocupa. A continuación, nos centraremos en las distintas teorías sobre el origen de la homosexualidad, siendo nuestro objetivo que se conozcan los principales planteamientos que existen al respecto, y no tanto dar cuenta de todos los estudios que se han realizado. Por último, tomando como base lo que actualmente se sabe de las causas de la homosexualidad, que como se podrá comprobar es muy poco, plantearemos tres cuestiones importantes sobre las que por el momento no hay una respuesta científica, pero sobre las que es necesario reflexionar. Nos estamos refiriendo a si la orientación del deseo, o más concretamente la homosexualidad en este caso, es una opción libremente elegida, si con ayuda de una adecuada intervención se puede conseguir que ésta cambie y si es una dimensión estable a lo largo de la vida.

1. ESPECIFICACIÓN DE LA ORIENTACIÓN DEL DESEO

Si bien la capacidad tanto fisiológica como emocional de sentir placer existe desde el nacimiento, no podemos hablar de una especificidad de sensaciones

* Este texto fue publicado originalmente en el libro *Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo*, de la Dra. Sonia Soriano Rubio cuyos derechos de autor detenta Amarú ediciones. La doctora Sonia Soriano Rubio y Amarú ediciones han otorgado a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México el permiso correspondiente para reproducirlo en este número del órgano informativo. *Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo*, 1ª ed., Amarú ediciones, Salamanca, 1999, pp. 31-47.

pura o exclusivamente sexuales, ni de objetos o estímulos que tengan un significado erótico, hasta la llegada de la adolescencia. Sin pretender hacer un estudio detallado de este periodo evolutivo (ver para ello Fuertes, Martínez y Soriano, 1992) vamos a centrarnos en algunos aspectos relevantes en relación a la orientación del deseo.

La adolescencia comienza con la aparición de la pubertad, momento en que se producen importantes cambios biofisiológicos, tanto generales (que permiten que el cuerpo del niño-a se transforme en el de una persona adulta) como específicamente sexuales (maduración de los órganos sexuales y capacidad de respuesta fisiológica ante la estimulación sexual), los cuales aunque influidos por diferentes factores, en último término suceden como consecuencia de procesos biológicos cerebrales y hormonales.

Con la llegada de la pubertad, el hipotálamo, y más en concreto la reactivación del eje hipotalámico-hipofisario estimula a las gónadas (testículos y ovarios) para que aumenten la secreción de hormonas sexuales. Como consecuencia de ello, y junto a una serie de cambios morfológicos y fisiológicos, aparece el impulso o tensión sexual. Así, el-la adolescente va a sentir como su cuerpo se excita sexualmente y cómo de forma espontánea aparecen las erecciones en los chicos y la lubricación vaginal en las chicas. Igualmente comienzan a ser frecuentes las fantasías y sueños sexuales o la necesidad de buscar conductas que permitan satisfacer las necesidades sexuales.

Junto a estos cambios de naturaleza biológica, se desarrollan nuevas capacidades intelectuales y sociales. Las

primeras, permitirán al adolescente, entre otros aspectos, formular hipótesis, diferenciar lo real de lo posible, cuestionar todo aquello que hasta ahora había sido incuestionable... Y las segundas, harán posible la integración con el grupo de iguales y con el mundo adulto.

Estas posibilidades hacen que aparezcan nuevas necesidades psicosociales como la búsqueda de autonomía y el desarrollo de la propia identidad personal, tarea esta última que permitirá el desarrollo del sí mismo como alguien diferenciado de los demás, con un sistema de valores propio y congruente a lo largo del tiempo. El desarrollo del sentido de sí mismo como un ser sexual, incluyendo la toma de conciencia de la propia orientación sexual, forma parte de este proceso de búsqueda de la propia identidad.

En este contexto de cambios rápidos y profundos a todos los niveles, y con una clara, aunque seguramente no exclusiva base biológica, aparece el deseo sexual, que fisiológicamente se experimenta como una tensión que necesita ser liberada, mientras que a nivel psíquico dependerá de factores cognitivos, motivacionales y educativos el que sea o no interpretada como sexual. De igual modo aparecen y se consolidan otros afectos y emociones sexuales, como la atracción y el enamoramiento.

Cuando el chico o chica adolescente, a diferencia de lo que le ocurría durante la infancia, comienza a dar un significado sexual a determinadas sensaciones, podremos decir que ha aparecido el deseo sexual, y cuando responde sexualmente ante determinados objetos o estímulos eróticos, ya sean externos o internos (fantasías),

diremos que se ha especificado la orientación del deseo. Si estos estímulos son personas del mismo sexo hablaremos de homosexualidad, y si son de distinto sexo de heterosexualidad.

Así pues, todo indica como afirmaron Kinsey y cols. (1948) que las personas nacemos con la capacidad de responder sexualmente. Sin embargo, a tenor del estado actual de la investigación, sólo procede admitir que los factores causales de que esta capacidad se dirija hacia el mismo o hacia el otro sexo, son por el momento desconocidos.

2. TEORÍAS SOBRE EL ORIGEN DE LA HOMOSEXUALIDAD

Prácticamente hasta mediados de este siglo, excepto en algunas contadas excepciones, la mayor parte de las explicaciones sobre las causas de la homosexualidad no tenían una base científica. Partían del presupuesto fundamental de que la heterosexualidad, como destino divino, era lo único natural y bueno. Las demás orientaciones, entonces consideradas desviaciones, eran debidas a la actuación de fuerzas malignas, o bien como algo que se daba en personas pecadoras que libremente elegían ser malas o perversas (Allen, 1967; Greenberg y Bystryn, 1984).

Desde los años 50-60, y aunque posiblemente en muchos casos considerando la heterosexualidad como algo dado, es cuando los científicos han tratado de buscar una explicación de por qué hay personas homosexuales.

En cuanto a las distintas explicaciones teóricas, desde un punto de vista descriptivo, se puede diferenciar entre teorías biológicas y psicológicas. Las primeras se

centran en el estudio de variables genéricas, fisiológicas y neuroanatómicas. Las segundas ponen el énfasis en variables experienciales y sociales como

agentes causales de la homosexualidad.

El siguiente esquema, tomado de Alario Bataller (1992; pág. 8)

resume los diferentes paradigmas y el estudio más representativo de cada uno de ellos (excepto el neuroanatómico, añadido por nosotros).

MODELO	CAUSA	ESTUDIO REPRESENTATIVO
BIOLÓGICO	Genética	Kallman (1952)
	Hormonal prenatal	Dorner (1976)
	Hormonal postnatal	Kolodny y cols.(1971)
	Neuroanatómica	Le Vay (1991)
INTERACCIONISTA (Biopsicosocial Postnatal)	Hormonal prenatal y sociocultural	Money y cols. (1972) Felman y McCulloch (1971)
CONDUCTUAL (Aprendizaje Social)	Aprendizaje	Bandura (1969)
PSICOANALÍTICO	Intrapsíquico	Freud (1905-1915)

Figura 5. Teorías sobre el origen de la homosexualidad

2.1. Teorías Biológicas

Las teorías biológicas pretenden explicar el origen de la homosexualidad en base a factores etiológicos de naturaleza orgánica. Según el tipo de factores en los que se centran encontramos tres grupos. Las que ponen el énfasis en factores genéticos (Kallman, 1952), las que destacan el papel de las hormonas como elementos predisponentes de la futura orientación sexual (Kolodny, Masters, Hendryx y Toro, 1971; Dorner, 1976) y aquellas que pretenden demostrar la existencia de diferencias estructurales en el cerebro de homosexuales y heterosexuales (Swaab y Hofman, 1990; Le Vay, 1991). Veamos cada una de ellas.

2.1.1. Teoría Genética

De una forma general la teoría genética postula que la homosexualidad es innata. Su origen está en los genes, siendo el factor responsable, principalmente, la presencia de determinadas características asociadas al

cromosoma X transmitido por la madre.

La investigación pionera en este sentido, y con un enorme impacto en el ámbito científico, es el ya clásico trabajo con gemelos realizado por Kallman (1952), el cual además de confirmar una indudable relación causal entre factores genéticos y homosexualidad, sentó las bases para el estudio genético de la sexualidad humana.

Este médico alemán llevó a cabo un estudio sobre la orientación sexual de diversas parejas de gemelos varones (44 monozigóticos y 51 dizigóticos), encontrando una concordancia del 100% para la orientación homosexual en el caso de los monozigóticos y del 25% en dizigóticos. Con estos asombrosos resultados sólo procedía confirmar que efectivamente la homosexualidad tenía un fuerte componente genético. Pero rápidamente aparecieron las críticas, fundamentalmente metodológicas, siendo la más

importante el haber utilizado gemelos que han sido educados en un mismo ambiente. Hasta el mismo Kallman (1960) terminó afirmando que sus resultados había que tomarlos con prudencia.

En efecto, otros estudios más recientes (Bailey y Pillard, 1991; Bailey, Pillard, Neale y Agyei, 1993; Hamer *et. al.*, 1994; Pillard y Bailey, 1995) no han podido confirmar estas probabilidades iniciales. Sin embargo, según ellos mismos señalan, sus resultados siguen apuntando hacia una influencia genética importante en la homosexualidad, tanto entre hombres como entre mujeres.

Le Vay y Hamer (1994) (citado por Lacadena, 1997) resumen del siguiente modo los resultados de las distintas investigaciones realizadas con gemelos.

1. Entre los datos referentes a la homosexualidad en hombres se observa que en gemelos monozigóticos la probabilidad de que ambos sean homosexuales es del 57%, mientras que en

dizigóticos es del 24% y del 13.5% entre hermanos no gemelos.

2. Entre mujeres, los porcentajes son del 50% para gemelas monozigóticas, 16% para dizigóticas y 13% para no gemelas.

Estas concordancias, aunque menos sorprendentes que las de los estudios iniciales, vendrían a confirmar el peso que los factores genéticos podrían tener en el origen de la homosexualidad, sin embargo se sigue estando lejos de poder afirmar que éste es el origen de la homosexualidad. No se puede olvidar que un porcentaje importante de gemelos monozigóticos aunque comparten las mismas características genéticas y el mismo ambiente prenatal y familiar, tienen diferente orientación sexual. Y por otra parte, en aquellos que sí comparten la misma orientación sexual, a partir de los estudios realizados no es posible separar y cuantificar el peso real de los factores genéticos y de los ambientales.

Muy recientemente ha aparecido otra línea de investigación dentro de la teoría genética, son los estudios genealógico-genéticos (Hamer, Hu, Magnuson y Pattatucci, 1993).

A partir del presupuesto de que los caracteres que están influidos por los genes tienden a manifestarse en una misma familia, estos autores realizan un estudio para tratar de confirmar que los hombres homosexuales tienen una alta probabilidad de tener parientes también homosexuales en la línea materna de la familia. Efectivamente, sus resultados indican que comparada con la tasa de homosexualidad de la población general (estimada en un 2-3%), entre hermanos se da un porcentaje casi 7 veces mayor. Igualmente los tíos maternos y

primos (hijos de hermanas de la madre) presentan probabilidades más altas de ser homosexuales que el conjunto de la población.

Pero además de determinar la tasa de homosexualidad en familias se plantearon hacer un análisis genético del ligamiento del cromosoma X. Tras estudiar a 40 pares de hermanos homosexuales determinaron que había 5 marcadores moleculares pertenecientes a la región Xq 28 (región subteloamérica del brazo largo del cromosoma X) que en 33 de los 40 pares de hermanos segregaban conjuntamente con la orientación homosexual. Con esto tendríamos una nueva evidencia del origen genético de la homosexualidad, pero hasta el momento sólo de la masculina, ya que éstos resultados no se confirmaron en mujeres (Hu, Pattatucci, Patterson, Fulker, Cherny y Hamer, 1995).

Como vemos, desde aquellos primeros estudios de gemelos, mucho es lo que se sigue trabajando y avanzando en la hipótesis genética de la homosexualidad, no obstante, como afirma el propio Hamer y su equipo, es necesario ser muy prudente, y a falta de trabajos que repliquen estos resultados y superen algunos sesgos metodológicos, lo más que puede afirmarse es que posiblemente los genes puedan quizá predisponer, que no determinar, que un hombre sea homosexual. No es correcto, por tanto decir, que la homosexualidad tiene un origen genético, ni es tampoco cierto que se haya encontrado o aislado el «gen gay», como en su día mantenían los medios de comunicación.

2.1.2. Teoría Hormonal

Otra de las explicaciones de la naturaleza biológica de la

homosexualidad es la que pone de relieve la importancia de los niveles hormonales como agentes responsables de esta orientación sexual.

Dado que todos, hombres y mujeres disponemos de hormonas sexuales masculinas y femeninas, andrógenos y estrógenos, en diferente proporción según nuestro sexo, la premisa básica de la que parten estos estudios es que una descompensación en el nivel de hormonas causa la homosexualidad, tanto en hombres como en mujeres.

Desde este presupuesto cabe esperar que si se comparan hombres con diferente orientación sexual, los homosexuales deberían tener mayores niveles de estrógenos y menores de andrógenos que sus homólogos heterosexuales. Y entre las mujeres, sucedería lo mismo, las lesbianas, comparadas con las heterosexuales, tendrían mayores cantidades de andrógenos y menores de estrógenos.

Con el objetivo de comprobar esta hipótesis se realizaron numerosos estudios comparativos entre personas homosexuales y heterosexuales, pero los resultados que se obtuvieron fueron contradictorios. En unos casos (Kolodny, Hendryx, Masters y Toro, 1971; Pillard y Weinrich, 1986; Starka, 1975), se confirma que efectivamente los hombres homosexuales tienen menores niveles de testosterona y mayores de hormona luteinizante en sangre que los hombres heterosexuales, y además el volumen de esperma en su eyaculación era deficiente. Sin embargo, en otros, no se han encontrado diferencias significativas (Meyer, 1981; Sanders, Bain y Langevin, 1984), e incluso hay un tercer grupo cuyos resultados indican que los

homosexuales tienen un nivel de testosterona superior al de los heterosexuales (Brodie, 1974; Tourney y Hatfield, 1973).

Igualmente, en el caso de las mujeres tampoco se ha podido demostrar que exista una relación entre el nivel de andrógenos y el lesbianismo (Meyer-Bahlburg, 1984).

A pesar de la evidencia, los partidarios de la teoría hormonal no han dejado de intentar demostrar sus tesis, y dado que a partir de los datos disponibles no parece posible sostener que el nivel de hormonas después de la pubertad sea el factor determinante de la homosexualidad, aparece un importante grupo de investigaciones, que sin rechazar necesariamente la importancia de un adecuado equilibrio hormonal durante la vida adulta, se han centrado en el papel de las hormonas durante el proceso de desarrollo cerebral y sexual prenatal (Domer, Rhode, Stahl, Krell y Masiu, 1975; Gladue, Green y Hellman, 1984; Money y Ehrhardt, 1972; Money, 1988).

La hipótesis que subyace a estos estudios es que la heterosexualidad en el varón y la homosexualidad en la mujer serían la consecuencia de una exposición elevada a los andrógenos prenatales que daría como resultado un patrón de organización cerebral masculino. Por el contrario, la homosexualidad en los hombres y la heterosexualidad en la mujer resultarían de una baja exposición a los andrógenos prenatales, desarrollándose así un patrón de organización cerebral femenino.

Esta línea de investigación, importante tanto por el impacto que tuvo, como por la cantidad de estudios que suscitó, ha traído consigo igualmente gran cantidad de críticas.

Entre los muchos estudios que ponen en cuestión estas tesis, destacan los resultados de Gooren (1986) que ponen de relieve que en un grupo de hombres y mujeres transexuales la respuesta ante la administración de estrógenos era la misma que en las personas con su mismo sexo genético, mientras que tras la intervención de cambio de sexo y la terapia hormonal, la respuesta era consistente con su nuevo sexo.

Una vez más los datos empíricos en cuanto a la correlación entre los niveles hormonales y la homosexualidad no apoyan la evidencia, o al menos son contradictorios. En cualquier caso, esto no significa que haya que desestimar las hipótesis biológicas, y concretamente hormonales, como posibles factores predisponentes, pero sí que no deben ser tomadas como el único o principal factor responsable. Al igual que sucedía con los genéticos.

2.1.3. Teoría Neuroanatómica

Un tercer grupo de estudios, de gran importancia en los últimos años, son los que pretenden demostrar que las causas de la homosexualidad se encuentran en algunas características de determinadas estructuras del cerebro, en concreto en el tamaño de un área del hipotálamo.

Los trabajos más representativos de este planteamiento son los de Le Vay (1991), neuropatólogo de la Universidad de California, que tras comparar el hipotálamo de 19 hombres homosexuales, 16 hombres heterosexuales y 6 mujeres cuya orientación sexual era desconocida, afirmó que el tamaño de los núcleos intersticiales del hipotálamo anterior (INAH-3) en los hombres heterosexuales era más del doble que en las mujeres y en los hombres homosexuales,

mientras que entre estos dos últimos grupos, no había diferencias. Según este autor, la estructura del INAH-3 es más pequeña en aquellas personas que sienten atracción sexual hacia hombres.

Tan importantes y contundentes como parecen ser las conclusiones de este estudio, han sido las críticas que se le han hecho. Problemas metodológicos como el tamaño de la muestra, no poder asegurar que los heterosexuales estudiados lo fueran realmente o que el estudio se haya realizado en homosexuales que habían fallecido a causa del SIDA (lo cual puede haber afectado el tamaño de los núcleos hipotalámicos) son, entre otras, razones suficientes para tomar con mucha cautela estos resultados. Además, como afirma Breedlove (1994), no podemos dejar de pensar que quizá las diferencias encontradas por Le Vay podrían ser una consecuencia, y no tanto la causa de la orientación sexual.

En definitiva, y como conclusión de las teorías biológicas cabe afirmar que por el momento no se puede afirmar que la homosexualidad, o mejor la orientación sexual, sea determinada ni por factores genéticos, ni hormonales, ni tampoco neuroanatómicos únicamente. Es posible, eso sí, que alguno o quizá más de uno pueda predisponer, para que en interacción con factores de otro tipo, muy posiblemente de naturaleza psicosocial, la orientación sexual se especifique en uno u otro sentido.

2.2. Teorías Psicológicas

Al igual que sucede con las teorías biológicas, desde el ámbito de la psicología han aparecido distintas explicaciones sobre las causas de la homosexualidad. Todas ellas,

aunque con notables diferencias, postulan que ésta es adquirida, y la clave fundamental se encuentra en factores del entorno de la persona o en el propio aprendizaje.

Teniendo en cuenta el paradigma desde el que surgen y concretamente el tipo de factores en los que se centran, podemos diferenciar entre teorías psicodinámicas, que ponen el énfasis en variables intrapsíquicas (Freud, 1905) y teorías conductuales o aquellas que destacan el papel de variables experienciales o sociales como agentes causales de la homosexualidad (Bandura, 1969; Saghir y Robins, 1973).

2.2.1. Teoría Psicoanalítica

Desde que Freud sentara las bases de la psicología dinámica han aparecido múltiples teorías sobre el origen y desarrollo de la homosexualidad. Algunas de ellas constituyen en cierto modo una continuación de los planteamientos clásicos (Bergler, 1956), otras son una crítica de los aspectos más fundamentales de éstos (Rado, 1940) y las más actuales parten de unas premisas bastantes diferentes (Leavy, 1986; Friedman, 1986). En esta situación, resulta difícil hacer generalizaciones sobre la teoría psicoanalítica de la homosexualidad.

En nuestra revisión nos vamos a centrar únicamente en las tesis freudianas ya que además de ser las más conocidas son las que han servido de punto de partida para otras investigaciones en este campo (ver las diferentes explicaciones que se han dado desde la teoría psicoanalítica en la revisión de Bataller, 1991).

Para comprender la explicación freudiana sobre la homosexualidad

es necesario recordar el planteamiento fundamental del psicoanálisis clásico sobre la sexualidad humana. Según éste, en todo ser humano existe una disposición bisexual congénita que a través de distintas etapas (oral, anal, fálica y genital), se va orientando hacia una única sexualidad, hetero u homosexual. Si las condiciones psicosociales son adecuadas, las fuentes y objetos de satisfacción sexual siguen un orden, una cronología y una topología corporal preprogramada biológicamente que culmina en la adolescencia con la elección de objeto heterosexual. Si por el contrario, las condiciones no son adecuadas, se produce una alteración o retraso en el desarrollo, y el resultado es que la elección de objeto será homosexual.

Con respecto a las causas específicas de la homosexualidad, concretamente de la masculina, ya que de la femenina apenas se habla, destaca que no existe un único factor, sino que hay al menos tres momentos especialmente importantes en que ésta podría empezar a generarse.

En primer lugar, podría estar causada por algo ocurrido durante la fase anal. En este momento es característico que el niño se sienta atraído por su propio cuerpo, se toma a sí mismo como objeto sexual, la fuente de satisfacción está en la zona anal, el placer es autoerótico. La fijación o detención del desarrollo en esta etapa llevaría, según Freud, a una elección narcisita de objeto sexual en la pubertad, siendo el resultado la atracción por personas que tengan genitales idénticos a los de uno mismo.

En segundo lugar, al llegar a la etapa fálica alrededor de los 3-4 años, el niño cambia su centro de atención de la zona anal a la

genital y lo propio del desarrollo es que tome conciencia de su pene en cuanto fuente de satisfacción, y de que las niñas no lo tienen. Aparece entonces el miedo a perder este órgano, miedo universal denominado «complejo de castración». La no superación adecuada de éste puede llevar al miedo a los genitales femeninos y a desear a otro hombre como compañero sexual.

Pero, sin duda, la explicación más conocida de las que dio Freud acerca de la homosexualidad masculina, y que todavía es frecuente escucharla en la actualidad, es que es consecuencia de un complejo de Edipo no superado o invertido.

Durante la etapa fálica, a la que nos acabamos de referir, todos los instintos sexuales, hasta entonces dispersos, se concentran y se dirigen hacia una única persona que se convierte en objeto de deseo y satisfacción, la madre. A la vez, todos los niños, según Freud, sienten impulsos hostiles hacia el padre al que se ve como un rival que impide alcanzar el objeto deseado. De este modo se establece una relación triangular y aparece el complejo de Edipo.

Para solucionar de forma positiva esta situación, el niño debe reprimir su deseo incestuoso, y tras identificarse con el padre, orientar sus deseos sexuales hacia otras mujeres cuando llega a la pubertad. Así finaliza el desarrollo sexual.

Al llegar este momento, puede suceder, y de hecho así se revela según Freud (1910), que el joven que ha permanecido fijado a su madre durante más tiempo y de forma más intensa de lo que sería habitual, no renuncia a ella, sino que se identifica con ella, «quiere ser como ella», y toma a ésta como

modelo sexual, por eso buscará objetos eróticos semejantes a él mismo, a los que cuidar y amar como su madre le ha amado y cuidado a él (Freud, 1917; pág. 2388).

Otra forma en que puede aparecer la homosexualidad masculina es cuando el niño, tras adoptar una actitud femenina y en contra de lo que cabría esperar, dirige sus deseos hacia el padre y no hacia la madre. De este modo, aparece el complejo de Edipo invertido y el padre se convierte en el objeto del cual esperan su satisfacción los instintos libidinosos. En este caso «el padre es lo que se quisiera tener» (Freud, 1920-1921; pág. 2585).

Hasta aquí hemos revisado en qué momentos y de qué modos puede generarse la homosexualidad, pero ¿cuáles serían las posibles causas que podrían determinar que el desarrollo se detenga o se altere en el sentido expuesto?

Según la tradición psicoanalítica clásica la inversión en la elección de objeto sexual, que es el modo en que Freud (1905) define la homosexualidad, no es algo que la persona traiga consigo al nacer, aunque no niega la influencia de posibles factores constitucionales. A su juicio, más aceptable parece entenderla como algo adquirido como consecuencia de las influencias ambientales, concretamente del sistema de relaciones maternofiliales y paternofiliales durante la infancia.

El modelo familiar que conduciría a la homosexualidad sería aquel en que la madre está muy unida al hijo, es extremadamente tierna y cariñosa llegando a alimentar sus deseos incestuosos. Por su parte, el padre es frío, distante y poco

enérgico, o bien muestra una actitud abiertamente hostil, lo que de un modo u otro dificulta que el niño se identifique con él.

En el caso de las niñas, destaca igualmente una relación difícil o inadecuada con el padre, pero a diferencia del caso masculino, parece que también en ellas las relaciones con la madre son hostiles durante la infancia.

La teoría freudiana ha sido muy criticada en la mayoría de los aspectos, fundamentalmente por su carácter especulativo, pero en lo que a las afirmaciones de la homosexualidad se refiere se ha puesto además en tela de juicio su validez, ya que éstas procedían de muestras clínicas, lo que las convierte en muy dudosas para confirmar cualquier hipótesis.

No obstante, justo es reconocer la trascendencia que ha tenido la hipótesis de la importancia de los padres en el desarrollo de estudios posteriores, algunos de los cuales han confirmado (Bieber y cols, 1962; Marmor, 1980) y otros han rechazado (Siegelman, 1974; Tripp, 1975; Bell, Weinberg y Hammermith, 1981, Green, 1985) la tesis freudiana.

En concreto, de entre todos ellos destaca el estudio de Bell y cols (1981) como uno de los de mayor relevancia que se han realizado en este campo, tanto por la muestra (686 hombres y 293 mujeres homosexuales, y 337 hombres y 140 mujeres heterosexuales) como por la metodología utilizada (análisis de la trayectoria). Según sus resultados se puede afirmar que:

☞ Los chicos que crecieron con madres dominantes y padres débiles tienen la misma probabilidad de llegar a ser

homosexuales que si hubieran crecido en un ambiente familiar ideal.

☞ No se puede afirmar que hay asociación entre las relaciones de los chicos con sus madres y el hecho de que después éstos lleguen a ser homosexuales o heterosexuales. Si parece que las relaciones pobres con el padre, tanto en hombres como en mujeres, tienen un papel más importante que las relaciones con la madre.

☞ Hombres y mujeres homosexuales suelen dar cuenta de haber tenido relaciones negativas con su padre, pero teniendo en cuenta que desde tempranamente ya existen indicadores de la futura homosexualidad, «cabe pensar que la actitud cariñosa u hostil de los padres de gays y lesbianas sea una consecuencia más que causa de la homosexualidad» (Bell y cols, 1981; pág. 184).

En cualquier caso, sea cierta o no, se hayan confundido las causas con los efectos, o cualquiera que sea la relación existente, lo que parece claro como ya señalara el propio Freud (1905) es que se dan casos de personas que habiendo estado expuestas a las mismas influencias ambientales (familiares) nunca llegan a desarrollar la homosexualidad. De aquí que él mismo nunca negara el rol de posibles factores biológicos, explicitando, en diferentes ocasiones la necesidad de tenerlos en cuenta y reconociendo así que «el análisis de la homosexualidad no es tan sencillo como suele afirmarse tendenciosamente» (Freud, 1920; pág. 2560).

El otro de los planteamientos que desde la psicología han tenido una relevancia especial es el que mantiene que la homosexualidad es aprendida.

2.2.2. Teoría Conductual

Desde la teoría conductual se afirma que la sexualidad es al nacer un impulso neutro que se va modelando a partir de diversas experiencias de aprendizaje. Por tanto, la homosexualidad, al igual que la heterosexualidad o la bisexualidad, es una cuestión de socialización mediatizada por experiencias específicas de aprendizaje que tienen su origen en la imitación y en las contingencias del refuerzo de la propia conducta.

El interés fundamental de las distintas investigaciones realizadas bajo este modelo es determinar en qué momento, y en relación con qué factores o experiencias específicas se produce el aprendizaje de la homosexualidad.

Por una parte, encontramos el planteamiento de que la homosexualidad tiene su origen en los procesos de identificación sexual durante la infancia, destacando en este sentido el papel de los progenitores (Bandura, 1969; Kohlberg, 1966). Por otra, se pone el énfasis en las primeras experiencias, pensamientos y sentimientos sexuales, durante la preadolescencia y adolescencia, como los determinantes primordiales para el desarrollo de la homosexualidad (Feldman y McCulloch, 1971; Gagnon y Simon, 1973; Masters y Johnson, 1979).

Desde el primero de los planteamientos se afirma que la homosexualidad es el resultado de una inadecuada identificación con los modelos del mismo sexo durante la infancia (grupo de pares y adultos), o bien si ésta ha sido correcta, las recompensas no han sido las adecuadas. En cualquiera de los casos, la homosexualidad

sería el resultado de una inversión de género como consecuencia de un aprendizaje inadecuado del rol de género.

En este sentido, muchos han sido los estudios en que se ha puesto de relieve que los hombres y mujeres homosexuales durante su infancia muestran conductas atípicas de género, los homosexuales masculinos, de niños, eran chicos «afeminados» y las lesbianas eran «masculinas» (Saghir y Robins, 1973; Green, 1974-1985). Se describían indicadores concretos de inversión de género y se postulaba que cuantos más de ellos se dieran en un niño o en una niña, más intensa sería su homosexualidad. Entre los indicadores destacan por la frecuencia con que han sido citados: el interés en juegos, juguetes y ropas propios del otro sexo y ser considerado como afeminado o masculina por los de la misma edad.

Ciertamente en la actualidad una explicación de esta naturaleza es de todo punto inadmisibles, ya que sabemos que la orientación sexual no está en relación con la identidad (sexual ni con el hecho de manifestar características propias del sexo opuesto.

Pero además, y por si pudiese quedar algún tipo de duda en este sentido, las investigaciones más actuales que tratan de analizar esta asociación entre el comportamiento de género y la homosexualidad (Bailey y Zucker, 1995), indican que efectivamente, aunque los hay, la mayoría de hombres y mujeres homosexuales no han mostrado características propias del otro género durante la infancia. Según estos autores, sólo cabe concluir que entre las personas homosexuales, al igual que entre

las heterosexuales, existe una notable heterogeneidad en relación con las conductas tipificadas de género.

Por otra parte, desde el segundo de los planteamientos al que se ha hecho referencia anteriormente, los factores que pueden determinar la homosexualidad, especialmente en el caso de los chicos, son las primeras experiencias sexuales. Unas veces por ser tempranas y otras por el grado de satisfacción con que se han vivido (Feldman y MacCulloch, 1971; Saghir y Robins, 1973).

Según el estudio realizado por Saghir y Robins (1973) si las manifestaciones de la sexualidad aparecen durante la preadolescencia, etapa en la que tiene lugar la identificación con los valores masculinos y en la que el grupo de pares del mismo sexo juega un papel destacado con respecto a la vinculación emocional, se dan las condiciones adecuadas para que se produzca la erotización de la masculinidad. De este modo, los genitales masculinos se asocian con sensaciones placenteras y agradables (por ejemplo, a través de la masturbación) convirtiéndose en estímulos sexuales, y tras generalizarlos en la fantasía se desarrollará la homosexualidad (Gagnon y Simon, 1973; Farré i Martí, 1983).

Del mismo modo, aunque no hay datos, se podría explicar el origen de la homosexualidad femenina (Farré i Martí, 1983).

En relación con lo anterior, pero en un sentido más general, se afirma que las primeras experiencias sexuales pueden encauzar hacia la homosexualidad si éstas han sido con el mismo sexo y han resultado placenteras, o si

por el contrario han sido con personas del otro sexo y han resultado desagradables o no satisfactorias (Feldman y McCulloch, 1971; Gagnon y Simon, 1973; Masters y Johnson, 1979).

Tampoco parece que esta conclusión se pueda sostener, y si bien en algunas personas podemos encontrar la asociación indicada por estos autores no creemos que se pueda establecer una relación causa-efecto entre ellos. Es más, en primer lugar habría que preguntarse si en realidad los contactos sexuales placenteros con el mismo sexo, o en su caso los desagradables con el sexo opuesto, son la causa o son consecuencia de que se sea homosexual. A partir de nuestra investigación (Soriano, 1993; Soriano, 1996) la respuesta parece clara. Generalmente la toma de conciencia de la propia homosexualidad tiende a ser previa al inicio de conductas sexuales con otras personas, por tanto la especificación de la homosexualidad debe responder a otros factores diferentes y no a las primeras experiencias sexuales. Así mismo, recordamos los estudios sobre la sexualidad en la adolescencia en que se afirma que no siempre ni necesariamente hay relación entre las primeras experiencias sexuales y la orientación sexual.

Pero a pesar de que los datos empíricos no avalen el planteamiento de que la homosexualidad sea algo aprendido, esta hipótesis ha tenido enormes implicaciones no sólo sociales, sino sobre todo y fundamentalmente clínicas. Así, junto a la suposición de que ésta es aprendida, subyace la de que es modificable o que se puede «desaprender», y con ello se sientan las bases de las terapias aversivas

de la homosexualidad. A éstas dedicamos el último apartado de este capítulo.

En definitiva, y en relación a las causas de la homosexualidad vemos como por el momento a pesar de múltiples factores biológicos como psicológicos que se han analizado, es necesario admitir no sólo que se desconoce el agente o agentes causales de la homosexualidad, sino que tan siquiera se está en condiciones de afirmar cual es su naturaleza. No obstante, como ya se indicó al concluir las teorías biológicas, los estudios más recientes (Byne y Parsons, 1993; Pillard y Bailey, 1995) parecen estar indicando que muy posiblemente para explicar el origen de la orientación sexual sea necesario plantear un modelo interaccionista en el que se incluyan factores tanto biológicos como psicológicos y socio-culturales que pueden influir de muy diversas formas y en distinto grado.

En definitiva, la hipótesis que se está defendiendo, y que nosotros compartimos, es que la homosexualidad no tiene una única causa o conjunto de causas que invariablemente la determine en todos los casos. Seguramente se puede ser homosexual, al igual que heterosexual o bisexual, por diversas razones, y el que influyan unas u otras, o en mayor o menor medida, dependerá de las características particulares de cada persona.

3. OTRAS CUESTIONES

En relación con la naturaleza de la homosexualidad se plantean dos interrogantes de enorme importancia ya que suponen una forma muy concreta de entender la homosexualidad, en un caso como algo que se elige y en el otro como algo que se puede modificar. En

cualquiera de los dos, se está afirmando que está bajo el control de la persona, bien porque así lo decide o bien porque pudiendo dejar de serlo no admite seguir un tratamiento para llegar a ser heterosexual.

Queda una tercera cuestión, a la que ya se ha hecho referencia, pero que retomaremos nuevamente. Nos referimos a si la orientación sexual es estable o puede cambiar a lo largo de la vida.

3.1. ¿Es la homosexualidad una cuestión de elección personal?

Proponemos esta cuestión en términos interrogativos porque mientras no se conozcan las causas de la homosexualidad es difícil dar una respuesta que no pueda ser rebatida. De hecho, tanto entre las personas homosexuales como entre los teóricos y clínicos, hay quienes defienden esta concepción de la homosexualidad.

A nuestro juicio parece muy poco probable, por no decir imposible, que esto pueda llegar a ser cierto, así lo afirman la mayoría de los autores que se han planteado este tema como, sobre todo, las historias de vida de las personas homosexuales con las que hemos trabajado. Todo nuestro estudio, al igual que los que existen en otros países, vienen a confirmar que asumir que se es homosexual no es fácil, y desde que una persona lo descubre necesita, en la mayor parte de los casos, de un proceso y un tiempo hasta que llega a aceptarlo. Si fuese algo que se elige, esto no sucedería, quien no lo aceptara, simplemente ni se lo plantearía. Resulta difícil admitir que las personas se cuestionen algo similar a: ¿qué tipo de personas quiero que me atraigan?, o ¿quiero yo ser homosexual?

Muy posiblemente la discusión planteada en estos términos responde más a un posicionamiento político que trata de contraponer y anteponer una política del deseo sexual a la psicología del deseo sexual. En cualquier caso, la cuestión sigue abierta y en nuestro país, coincidiendo con la mayor visibilidad y la reivindicación de los derechos de gays y lesbianas, empieza a ser frecuente escuchar afirmaciones, bastante peligrosas a nuestro modo de ver, que apuntan hacia la elección personal.

Otra cosa diferente, y que quizá deba ser definida en términos de una elección, es la decisión de aceptar e integrar la propia homosexualidad como un aspecto del propio autoconcepto e identidad personal y social. En este sentido, llega un momento cuando la persona es consciente de su orientación sexual que sí necesita plantearse cuestiones como: ¿acepto mi homosexualidad?, ¿admito integrarla en mi vida?, ¿decido mostrarme abiertamente como tal o sigo ocultando y haciendome pasar por heterosexual?, ¿quiero tener conductas homosexuales?, ¿me implico en la reivindicación por el reconocimiento social de la homosexualidad?, etc. En último término, cómo se vive la propia homosexualidad, dentro de las posibilidades que cada cual tiene, sí es una cuestión de decisión personal generalmente.

Como afirman Monteflores y Schultz (1978) creemos que «una persona no puede elegir si es homosexual o no, pero sí puede elegir si desarrolla o no una identidad homosexual».

3.2. ¿Se puede modificar la orientación sexual?

Al igual que en el epígrafe anterior, pero en este caso con mayor razón si cabe, es necesario admitir que mientras no se conozcan definitivamente las causas de la homosexualidad, los conocimientos de que se dispone no son suficientes para afirmar que la orientación sexual se pueda modificar.

Las conclusiones de muchos años de investigación, no olvidemos que erradicar la homosexualidad ha sido el objetivo prioritario de los científicos durante décadas, es clara. Ni desde el campo de la medicina, ni de la psicología, ni desde la educación, ni con medidas sociales o legales ha sido posible cambiar la orientación sexual, aunque intentos se han hecho.

En relación con las diversas causas planteadas como posibles determinantes de la homosexualidad, muchas y de diferente naturaleza han sido las técnicas o tratamientos que se han puesto en práctica. Entre ellos encontramos, aunque no son los únicos, los tratamientos biomédicos y las terapias psicológicas de conversión o también llamadas «terapias» aversivas.

3.2.1. Tratamientos Biomédicos

Bajo la hipótesis de que la homosexualidad tiene una base biológica, aparecen las técnicas quirúrgicas, los tratamientos hormonales adultos y los tratamientos hormonales prenatales.

Los dos primeros pretenden modificar la homosexualidad adulta y los últimos prevenir su futuro desarrollo interviniendo durante el desarrollo prenatal. Aunque todas ellas dejaron de

usarse rápidamente, no sólo porque fueron del todo ineficaces sino también por razones éticas y morales, creemos de interés señalar en qué consisten básicamente.

Entre las técnicas quirúrgicas más conocidas, todas ellas realizada con hombres, destaca por ser la pionera (Steinach, 1917; citado por Schmidt, 1984), la castración testicular, o extirpar el tejido de uno de los testículos y trasplantar el de un heterosexual, esperando que se produjera una modificación en la producción hormonal, y con ello un cambio de orientación sexual. En ninguno de los 11 pacientes en que fue utilizada se dio el cambio.

Posteriormente, en torno a los años 60 aparece una nueva técnica, más conocida y más practicada que la anterior, se trata de la hipotálamo-tomía que consiste en extirpar o lesionar (mediante electroshock) aquella parte del hipotálamo que se presupone relacionada con la homosexualidad. En estos casos aparecen dos tipos de resultados, en la mayoría la homosexualidad permanece, y en un pequeño grupo parece que se consigue que no haya ningún tipo de interés sexual ni por el mismo ni por el otro sexo.

Por su parte los tratamientos hormonales adultos, en los que inicialmente se pusieron muchas expectativas, plantean que la homosexualidad masculina se puede modificar restaurando el equilibrio hormonal adecuado mediante la administración de andrógenos. A diferencia de los anteriores este procedimiento sí tuvo efectos claros, aunque no los deseados. Con la administración de testosterona se consiguió un aumento del deseo sexual, pero la orientación seguía siendo la misma en todos los pacientes.

Como afirman Pillard y Bailey (1995): «ningún tratamiento hormonal cambia la naturaleza o dirección del deseo sexual» (pág. 80).

Al igual que en adultos, tras identificar posibles desajustes endócrinos, los tratamientos prenatales consisten en modificar el ambiente hormonal durante el desarrollo fetal. El procedimiento, sólo comprobado en ratas y nunca en humanos, consiste en administrar andrógenos entre el 4° y el 7° mes de gestación, lo cual, según las tesis de Dorner y cols (1975), impediría la alteración de la diferenciación cerebral que tiene como resultado la homosexualidad masculina. Como cabe suponer, numerosas han sido las críticas y contundentes las consideraciones éticas que ha recibido este planteamiento.

Según nuestros conocimientos, ninguno de estos tratamientos se utiliza en la actualidad debido a su probada ineficacia. Pero incluso en el supuesto de que produjeran el efecto deseado, no se pueden olvidar sus enormes implicaciones éticas ya que tienen unas consecuencias para la salud que en unos casos son desconocidas y en otros claramente negativas.

Algo diferente es la situación con respecto a las terapias psicológicas, más conocidas y *a priori* con «menos implicaciones éticas», todavía utilizadas en bastantes casos.

3.2.2. Terapias de Conversión

Tomando como base las diferentes explicaciones sobre el origen, desde el campo de la psicología existen distintas modalidades de tratamiento.

Desde el psicoanálisis, que defendía que la causa de la homosexualidad se encontraba en una constelación familiar disfuncional, se han puesto, y se siguen poniendo en práctica, terapias intensivas de larga duración para resolver posibles conflictos inconscientes que están impidiendo que la persona pueda sentir atracción por el sexo opuesto.

Por su parte, las teorías conductuales, que afirman que la homosexualidad es resultado de determinadas experiencias de aprendizaje, plantean que se dejaría de ser homosexual si se lograra descondicionar la respuesta sexual ante el mismo sexo y se consiguiera que ésta se dirigiera hacia estímulos del sexo opuesto.

Con este propósito aparecen las llamadas «terapias aversivas» que en sus orígenes consistían en presentar imágenes eróticas del mismo sexo acompañadas de estimulación negativa, como pequeñas descargas eléctricas o fármacos que inducían el vómito, para que de este modo se aprendiera a evitar la respuesta sexual ante este tipo de estímulos. Al mismo tiempo, y coincidiendo con la retirada de la estimulación negativa, se presentaban imágenes del sexo opuesto para que se asociaran con sensaciones agradables y de este modo se generalizara la respuesta sexual ante ellas.

A raíz de las críticas que tuvieron estos procedimientos se sustituyeron por las terapias de sensibilización encubierta que no es otra cosa que en lugar de aplicar directamente la estimulación aversiva, instruir a la persona para que la imagine. Esta es la modalidad que se sigue practicando en estos momentos.

En cuanto a los resultados que tienen las terapias psicológicas, tanto las dinámicas como las conductuales, los datos son poco claros o muy contradictorios, y en general han recibido importantes críticas.

Aquellos que las defienden y las han aplicado hablan de resultados positivos aunque no sólo no llegan al 100%, sino que en su mayoría no se aproximan ni al 50%. Así, en uno de los estudios psicoanalíticos más representativo y con unos índices de éxito más reconocidos, como el de Bieber *et. al.* (1962), el 27% de los sujetos; mostraron, según los autores, un cambio hacia la heterosexualidad. De igual modo, Feldman y McCulloch (1971), que trabajaron con técnicas aversivas, afirman haber obtenido unos índices de éxito bastante altos, el 57% de los 43 sujetos tratados mostraron una disminución de su homosexualidad.

Pero además de los porcentajes hay otras importantes razones que los críticos han tenido en cuenta para poner en tela de juicio las terapias de conversión.

Por una parte, se hace referencia a la forma de evaluar la orientación sexual inicial de aquellos que se han sometido a uno de estos tratamientos. Parece que en algunos casos hay razones para sospechar que no se trataba de personas exclusivamente homosexuales.

Por otra, se señala que en muchos de estos trabajos no hay datos de seguimiento en el tiempo, o bien éstos son de escasa duración, y según parece la disminución o desaparición de la homosexualidad, en aquellos casos en que se consigue, es algo

transitorio y con el tiempo vuelve a reaparecer.

Y por último, con mucha razón, se cuestionan los indicadores para evaluar la conversión. Como los críticos, nosotros nos preguntamos qué significa la «disminución» de la homosexualidad o si el hecho de que una persona tenga conductas heterosexuales significa realmente que haya dejado de ser homosexual.

En este sentido es del todo clarificadora la afirmación de Nicolosi, uno de los especialistas más representativos de las terapias de conversión en la actualidad. Este psicólogo californiano reconoce que ninguno de sus clientes ha dejado de ser homosexual, con el que más éxito ha tenido, actualmente casado y padre de tres hijos, todavía reconoce tener fantasías con personas de su mismo sexo (citado por Buie, 1990).

En definitiva, la principal objeción a las terapias de conversión es que parece que confunden la competencia heterosexual con la orientación heterosexual, y en los mejores casos tan sólo consiguen que la homosexualidad desaparezca o «disminuya» durante un tiempo. Por tanto no se puede hablar de un verdadero cambio de orientación sexual.

A pesar de todos estos datos no es infrecuente seguir escuchando a algunos profesionales afirmando

que la homosexualidad tiene «cura» lo cual es incorrecto y falso. Es incorrecto porque no hay trastorno que curar como desde 1973 afirmó la *American Psychiatric Association*. Es falso porque hasta el momento no se ha encontrado ningún tratamiento médico, ni se conoce ninguna terapia psicológica, que permita cambiar o modificar la orientación sexual. Como afirma Haldeman (1991): «*hacemos un flaco servicio a hombres y mujeres homosexuales y a la sociedad en su conjunto, perpetuando el mito de que la orientación sexual puede ser cambiada*» (pág. 160).

3.3. ¿La orientación del deseo es estable a lo largo de la vida?

Esta cuestión nos sitúa ante un debate ya clásico y que hace referencia a si la homosexualidad está presente desde muy tempranamente en la persona, bien porque es determinada prenatalmente (Ellis y Ames, 1987; LeVay, 1991) o por factores de la infancia (Bandura, 1969; West, 1977), aunque se especifica durante la adolescencia, o por el contrario, puede aparecer en cualquier momento de la vida, incluso después de que la orientación sexual haya sido heterosexual, lo cual implicaría admitir, como se ha afirmado en ocasiones, que la orientación del deseo no es estable, sino que puede cambiar (Klein y cols., 1985; Cass, 1990).

Realmente es complejo dar respuesta a este interrogante, y aunque aparecen evidencias empíricas, y defensores a nivel teórico de ambos planteamientos, desde nuestro punto de vista, ninguno puede ser hasta el momento considerado definitivo.

Lo único que se puede afirmar porque así lo revelan los estudios, entre ellos el nuestro, es que la orientación sexual se especifica durante la adolescencia, aunque en algunas personas, a lo largo de la vida, se producen transiciones de una orientación a otra, o de una identidad heterosexual a una homosexual, y viceversa (Patterson, 1995). Pero teniendo en cuenta que no existen estudios sobre la estabilidad de la orientación sexual a lo largo de la vida, y la que existe respecto al cambio es muy escasa (Golden, 1987; Bart, 1993; Kitzinger y Wilkinson, 1995), no podemos asegurar si éstos son cambios reales, o como algunos han afirmado se deben a que la persona no se ha planteado, o bien se ha estado autonegando consciente o inconscientemente, su homosexualidad (Socarides, 1965). Por eso, lo más prudente es reconocer que no se sabe si la orientación es estable o puede cambiar, y si es así en función de qué se producen tales cambios.