

GERARD J.M. VAN DEN AARDWEG

# HOMOSEXUALIDAD Y ESPERANZA

TERAPIA Y CURACIÓN EN LA  
EXPERIENCIA DE UN  
PSICÓLOGO

Gerard J.M. van den Aardweg, holandés, Doctor en Psicología por la Universidad de Amsterdam, es especialista en terapia de la homosexualidad y cuenta con una amplia experiencia profesional en este campo. Actualmente ejerce la psicoterapia en Aerdenhout (Holanda). Ha impartido cursos en la Universidad de Brasil y publicado numerosas publicaciones científicas en Europa y Estados Unidos.

# INDICE

INDICE .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
ACTITUDES SOCIALES ACTUALES HACIA LA HOMOSEXUALIDAD .....	9
LA HOMOFILIA COMO TRASTORNO EMOCIONAL .....	12
¿CUÁNDO UNO ES HOMOSEXUAL? .....	14
¿ES LA HOMOSEXUALIDAD INNATA? .....	22
LA HOMOSEXUALIDAD COMO TRASTORNO PSÍQUICO .....	38
EL COMPLEJO DE INFERIORIDAD DEL HOMOSEXUAL .....	48
ORIGEN Y MECANISMOS DEL COMPLEJO HOMOSEXUAL .....	63
COMO OPERA EL COMPLEJO HOMOSEXUAL .....	77
EL CAMINO PARA EL CAMBIO .....	82
EL CAMBIO SIN PSICOTERAPIA .....	94
EFFECTOS DE LA TERAPIA ANTIQUEJA .....	107
PREVENCIÓN .....	119
BIBLIOGRAFÍA .....	121

# INTRODUCCIÓN

Ningún aspecto de la revolución sexual contemporánea ha sido más discutido y ha causado tanto malestar como la homosexualidad. Durante años, hemos estado agobiados por dos posiciones contrarias. Por un lado, el movimiento pro-homosexual, que clama por una total tolerancia y aceptación; por otro, (actualmente más oculto), los que rechazan de pleno el problema homosexual y se niegan a tomárselo en serio.

De cualquier modo, hasta ahora, las cuestiones más importantes sobre la homosexualidad no han sido tratadas a fondo: sus causas y sus orígenes, así como los posibles cambios en la conducta y en la tendencia homosexual.

Hoy en día, después de bastantes años de duras controversias, existe un deseo de llegar a alguna conclusión. En parte, esto se debe a un cambio en la opinión pública respecto al problema, ya que el movimiento homosexual radical de finales de los años 60 y 70 ha empezado claramente a retroceder, y el gran público que había llegado a considerar atentamente el problema homosexual, ha comenzado también a abandonar la gran simpatía que tenían por el movimiento en el pasado.

Los mismos homosexuales han comenzado a meditar y reflexionar sobre su modo de vida. La crisis originada por el SIDA ha evidenciado algunas de las consecuencias del estilo de vida "gay", totalmente desinhibido y militante. El SIDA es sólo un componente de un conocimiento más amplio, tanto entre los homosexuales como entre otras personas, de que ese modo de vida, con independencia de cualquier consecuencia médica, ha resultado realmente dañino para muchos.

En resumen, creo que vivimos en una época, en la cultura americana y occidental, donde es posible la reflexión racional, crítica, pero llena de comprensión humana sobre la homosexualidad. El libro *Homosexualidad y esperanza*, de Gerard van den Aardweg, no podía haberse publicado en un momento más oportuno.

La cuestión puede ser resumida de la siguiente manera: por un lado tenemos buenas razones para ser comprensivos y para interesarnos por los homosexuales, para reconocer la realidad de su situación. NO podemos ignorarles ni, simplemente, obligarles a cambiar su comportamiento. Por tanto, hemos aceptado el problema homosexual como un problema importante y real que requiere nuestra atención.

Por otro lado, han aparecido en las últimas décadas numerosos estudios relevantes sobre el origen de la homosexualidad. Algunos afirman con gran seguridad y demuestran con pruebas, que la tendencia homosexual puede ser, y en algunos casos ha sido, modificada. La literatura de investigación que reafirmaba esta tesis fue bastante bien acogida. No obstante, como consecuencia del movimiento homosexual militante, este planteamiento fue marginado en los últimos veinte o veinticinco años, y ha permanecido como una posición minoritaria dentro de la psicología. El Dr. Van den Aardweg señala que esta investigación es extremadamente importante e insiste en que hay que tenerla en consideración. Esto, por sí mismo, es un importante logro. Además, él acepta que la homosexualidad es un grave problema, y describe un modo psicológico para tratarla. Con esto, el Dr. Van den Aardweg sitúa la homosexualidad en un nuevo contexto: el de la esperanza y el cambio.

¿Por qué debe ser importante la esperanza? Después de todo, muchos homosexuales propugnan una total aceptación de su modo de vida como intrínsecamente válido. Pero también es evidente que un gran número de homosexuales están muy insatisfechos con su modo de vida. Cuando se percatan de su homosexualidad, la mayor parte se sienten horrorizados y deprimidos. El estilo de vida homosexual trae

consigo grandes dosis de culpa, no culpa neurótica (aunque estoy seguro de que también hay algo de esto), sino auténtica culpa: por la promiscuidad sexual; a consecuencia de las constantes mentiras sobre las relaciones amorosas permanentes que se rompen en semanas, e incluso a veces en días u horas. Este sentimiento de culpa, unido a la esperanza frustrada de poder tener una vida heterosexual, pesa enormemente sobre muchos homosexuales. La esperanza que se ofrece aquí es la ayuda para aliviar tales conductas, ideas y emociones dolorosas en extremo.

El marco teórico para el cambio nos proporciona también un modo más racional de entender el problema homosexual y su tratamiento. En las últimas décadas hemos aprendido bastante acerca de las condiciones psicológicas (trastornantes y debilitantes) que afectan a gran número de personas. Tenemos ahora plena conciencia de los millones de personas que sufren o han sufrido las consecuencias del alcoholismo, de la ludopatía, del abuso de las drogas, de los desórdenes maníaco-depresivos, esquizofrenia, anorexia, bulimia, estados graves de ansiedad, depresiones y fobias. Quizá todos nosotros, en algún grado y en algún momento de nuestras vidas, sufriremos alguna de estas enfermedades, igual que podemos tener, en un momento u otro, algún problema de salud física.

Es muy importante el hecho de estar acostumbrados a pensar en la curación de las patologías psíquicas, igual que sucede con las enfermedades físicas. Todos conocemos a personas que han podido superar algún tipo de dolencia cardíaca, hipertensiones y también a otras que viven durante años con cáncer. O que se han curado del alcoholismo o de problemas psíquicos, como una profunda depresión, y son más fuertes gracias a ello. Tal vez nosotros mismos hayamos superado situaciones similares.

El Dr. Van den Aardweg demuestra que la homosexualidad es una de las patologías a las que todos estamos expuestos. El origen radica en la forma en que somos educados y en diversas experiencias de nuestra vida. Como cualquier otra patología, podemos entenderla y

curarnos de ella. Van den Aardweg extrae la homosexualidad de un sistema extremadamente irracional y la coloca en un contexto racional y realista.

La homosexualidad no es una condena permanente a un modo de vida que será siempre contrario a la forma de vida heterosexual y a la mayoría de las instituciones más notables de nuestra sociedad. Los homosexuales no están condenados a una forma de vida alienante, marginadora y muy restrictiva de la persona. Una vez que hemos comprendido la homosexualidad como un problema psicológico del que uno puede recuperarse, nuestra visión de la cuestión homosexual cambia en dos sentidos. Al homosexual se le da la esperanza para cambiar, y al mismo tiempo, hay una aceptación del homosexual como parte de la común sociedad humana y, al igual que el resto, sujeto a patologías. Esto es particularmente cierto cuando vemos la homosexualidad como una situación de la cual uno puede curarse y en este proceso, Dios mediante, llegar a ser una persona más fuerte para encarar con éxito el reto que tiene. Esto necesita ser subrayado. Por ejemplo: sé de un grupo de homosexuales de Nueva York llamado "Coraje"; sus miembros trabajan duramente por llevar una vida cristiana y en concreto una vida sexual casta. Su nombre es adecuado, ya que tal forma de vida exige mucho valor, mucho coraje. En el proceso de desarrollo de una respuesta cristiana a su homosexualidad, estos hombres se convierten en modelos de fortaleza y coraje para muchos otros, incluidos los heterosexuales. De hecho, muchos heterosexuales sufren también estilos de vida enfermizos –en concreto, varios tipos de conductas sexuales comunes entre los heterosexuales, que son ahora reconocidas por muchos psicólogos como dependencias adictivas; así, la promiscuidad sexual, la masturbación habitual y el fetichismo sexual. Los homosexuales que puedan trascender su situación sirven de modelos de fortaleza y esperanza para muchos otros.

En sus tesis, van den Aardweg enfoca la experiencia de la autocompasión como núcleo de la psicología del homosexual. Es importante señalar que las consecuencias neuróticas de la

autocompasión no se limitan a la homosexualidad en ningún caso. La autocompasión es una enfermedad que afecta a muchos tipos de personas. Una de las mayores contribuciones de van den Aardweg es la de describir la dinámica que origina la autocompasión y algunos de los procedimientos psicoterapéuticos que pueden reducirla. Así, su trabajo en este campo es también valioso para personas interesadas en cómo afecta la autocompasión a la vida de personas heterosexuales.

El Dr van den Aardweg utiliza el humor como terapia para el tratamiento de la neurosis de autocompasión en los más diversos tipos de personas. Cualquiera que sufre el sentimiento de autocompasión es candidato al tratamiento del humor. De hecho, pienso que el humor es una técnica de posible utilidad muy extensiva en psicoterapia, que merece un mayor interés teórico que el recibido hasta ahora por parte de los psicólogos.

La tesis del Dr. Van den Aardweg se apoya sobre un área importante de la psicología: la educación de los niños y, en particular, la relación entre ésta y el desarrollo moral y ético. Cualquier fallo en el desarrollo normal de la identidad sexual tiene consecuencias morales y éticas. Van den Aardweg, de forma perspicaz y concisa, describe el conjunto de actitudes y valores que pueden conducir a un error en el desarrollo de la orientación heterosexual del niño. Su interpretación del desarrollo de la homosexualidad proporciona una perspectiva de psicología evolutiva, en particular en las características éticas y morales del niño. Urjo a los lectores interesados en este aspecto del desarrollo infantil a prestar especial atención al testimonio y tesis del autor.

Finalmente, el punto de vista del doctor es especialmente significativo para la comunidad cristiana. No utiliza de modo explícito ningún concepto o teoría explícitamente cristiana en su interpretación de la homosexualidad o en su respuesta clínica. Sin embargo, este libro es una contribución profunda a la respuesta cristiana a la homosexualidad.

Al orientador cristiano que tenía buenas razones para pensar que la tendencia homosexual no podía cambiarse, se le presentaba un serio dilema moral. Podía aceptar a la persona, pero si la inclinación homosexual no podía ser modificada, tenía que aceptar su conducta homosexual como válida. Hacer esto, sabiendo que el Judaísmo, del que Jesús era un fiel representante, condenaba inequívocamente la homosexualidad, era rechazar las Escrituras y la Tradición de la Iglesia en esta cuestión; no sólo en los 2.000 años de vida cristiana, sino también en los 3.000 precedentes de vida judía.

La otra posibilidad es igualmente inaceptable, esto es, rechazar al homosexual, decirle que lo que estaba haciendo era incorrecto, pero no ofrecerle ayuda. Ambas opciones son anticristianas, y parecía que no había otras.

Todos conocemos el célebre episodio de Jesús y la mujer adúltera, cuando El no quiso condenarla, y sabiamente, encontró una forma de alejar a aquellos que querían lapidarla. Cuando se quedaron solos, Jesús le dijo con claridad: "Vete y no peques más". Hay ayuda real en este libro, así como en los textos recientes de otros psicólogos, tanto cristianos como no, que luchan con el problema de la homosexualidad. Estos y el doctor Van den Aardweg dan consejos importantes sobre la forma en que uno puede ayudar al pecador que honestamente quiere ir y no pecar más.

Paul C.Vitz

## ACTITUDES SOCIALES ACTUALES HACIA LA HOMOSEXUALIDAD

Hoy en día se oye por todas partes que los sentimientos homosexuales son algo normal, una simple cuestión de preferencia o gusto. A esto sigue un alegato en pro de su aceptación social: el comportamiento y las relaciones homosexuales son, se dice, iguales a los heterosexuales, por consiguiente muchos reclaman, entre otras cosas, el reconocimiento legal de las relaciones homosexuales, hacerlas equivalentes al matrimonio, y dar una mayor información pública, en la que se reconozca su normalidad. El único problema planteado por la existencia de la homosexualidad no es, como se nos quiere hacer creer, social: hay que conseguir que el público acepte la situación y restaure los derechos de una minoría oprimida durante mucho tiempo. Algunos van incluso más allá y reclaman la aceptación de la idea de que cada adulto, por naturaleza, es en parte homosexual; por tanto, la educación de los niños debe ser modificada adoptando una postura más abierta hacia la homosexualidad, por ejemplo: dando idéntico trato a chicos y chicas.

En este sentido, el movimiento de liberación homosexual va a la par del movimiento feminista. Ambos están de acuerdo en la necesidad prioritaria de un cambio en los papeles masculinos y femeninos y en las relaciones hombre-mujer. El santo y seña es que tenemos que deshacernos de los modelos predefinidos de papeles. "Predefinido" supone que hasta ahora estábamos obligados por la presión de nuestra cultura a formulaciones tradicionales de masculinidad y feminidad, a aceptar relaciones arbitrarias y restrictivas con el sexo opuesto; a acoger el matrimonio como única forma de relación sexual.

Con todo, el argumento va mas allá, la sexualidad natural es mucho más rica en sus "variaciones", y la ciencia moderna ha demostrado la existencia de tipos totalmente distintos de sexualidad, de amor sexual, y de relaciones sexuales, pero igualmente naturales.

Para despejar el camino hacia ellas, ¡rompamos con prejuicios obsoletos! Quien no quiere aceptar la homosexualidad como normal es acusado de discriminar a la gente de condición diferente, personas que son “en esencia” (inherentemente) diferentes. Quizá él discrimina porque está reprimiendo el componente homosexual de su propia vida emocional; o peor, porque sufre homofobia, miedo patológico a la homosexualidad.

Estas ideas, constantemente invocadas en radio y televisión, en periódicos y revistas, propagadas por organizaciones para la reforma sexual, así como por instituciones establecidas en el campo de la salud mental, no han dejado lugar para otras opiniones.

Se ha hecho tradicional enseñar a los escolares y universitarios que la homosexualidad es algo normal; un profesor que expresara un punto de vista diferente podría verse sometido a la presión de la indignación pública. Los autores de libros de texto y artículos periodísticos en campos como medicina y psicología escriben con regularidad de acuerdo a esta configuración mental. Si otras opiniones sobre la homosexualidad, que no sean las doctrinas del movimiento de liberación homosexual, reciben publicidad, son comentadas de modo condescendiente y con una ironía apenas disimulada.

No es de extrañar, pues, que éste no sea el clima más apropiado para una ulterior investigación imparcial de las causas de la homosexualidad \*, y que se deje solas a las instituciones científicas oficiales en lo que se refiere a las posibilidades de tratamiento. Muchos editores vacilan al lanzar publicaciones que no sigan la línea habitual, por temor a críticas negativas.

(\*) Es interesante observar cómo la National Gay Task Force presionó a la American Psychiatric Association para que suprimiera la homosexualidad de la lista de desórdenes mentales (*Nota del editor*)

Uno de los pocos que ha censurado la falta de libertad en este clima social es A.D. De Groot, un profesor holandés de psicología de la personalidad. Con motivo de una discusión sobre la hipótesis de que los homosexuales son más neuróticos que los heterosexuales dijo:

“El cenáculo más poderoso de nuestro tiempo, entre los intelectuales y semiintelectuales, es la comunidad de seguidores de las opiniones predominantes, tendenciosamente progresistas. A cualquiera que se atreva a plantear una teoría de diferencias entre grupos de gente lo acusan del pecado de discriminación”

La propaganda acerca de la aceptación de la homosexualidad tiene su principal origen en los círculos de militantes homosexuales. Tienen una oportunidad privilegiada para hablar cada vez que se trata de la homosexualidad en los medios de comunicación social, o cuando un artículo, libro o revista se ocupa de este tema. Aparentemente, son considerados como los mejores expertos de su propia condición emocional. Viéndolo más de cerca, de todas formas, hay razones abundantes para suponer que, como dice el viejo refrán: “Nadie es buen juez en causa propia”

## LA HOMOFILIA COMO TRASTORNO EMOCIONAL

“Todo el mundo dice que es normal”. Muchas veces oigo esta afirmación, sobre todo de jóvenes afectados por el problema. En el capítulo siguiente explicaré por qué “todo el mundo” no es una expresión adecuada. Efectivamente, las personas de tendencia homosexual son a menudo informadas de su normalidad por médicos, psicólogos, e incluso sacerdotes, que añaden; “¿Por qué te preocupas por eso? Acepta que eres así, busca un amigo, apúntate a un club gay.... no hay nada que puedas hacer para evitarlo”. Aunque son opiniones infundadas, están de moda. Vamos a proponer aquí una perspectiva como alternativa.

Para empezar, demostraré que la homosexualidad es un trastorno emocional que se manifiesta en la niñez y en la adolescencia. Después demostraré que, en muchos casos, aquellos que tienen esta tendencia pueden llevar a cabo un cambio profundo a mejor, con paciencia, dedicación y buena voluntad.<sup>1</sup>

No es fácil dar en el punto adecuado. Como norma, los militantes homosexuales evitan la discusión abierta; tan sólo quieren oír que están en lo cierto. No hacen caso a los hechos y argumentos lógicos. Atacan y dramatizan su posición y, al parecer, tienen éxito con esta táctica. Su misma militancia nos obliga a reaccionar firmemente ante sus exigencias.

Pero tal vez haríamos mejor prestando más atención a los grupos homosexuales bienintencionados, no tan vociferantes y a menudo olvidados. Viven preocupados por su difícil situación y sus consecuencias: aislamiento social, soledad, la aparente condena a una soltería permanente. A menudo, se sienten infelices, inferiores e incluso desesperados. Debemos atender más aún a los que llevan una vida homosexual, pero que no encuentran paz en ella, o a los que se sienten condenados a repetir “nunca seré normal”. No es un grupo pequeño. Cuando uno pregunta delicadamente en una conversación personal, resulta que la mayoría de los homosexuales están

insatisfechos y desearían de algún modo cambiar "si fuera posible" <sup>2</sup>. En verdad, muchos homosexuales se resisten haber sus sentimientos como neuróticos, a comprometerse en intentos reales de cambio. Debemos admitir, sin embargo, que sus vacilaciones son, al menos en parte, agravadas por las actitudes sociales imperantes. En todo caso, ellos – y todos los que tratan de mantener alejados sus sentimientos homosexuales- necesitan comprensión realista, no sobreprotectora o sentimental. Necesitan coraje, pero también mirarse a sí mismos con actitud racional. Lo que sigue va especialmente dirigido a ellos, a sus cónyuges, si están casados con homosexuales, y a sus padres, los cuales (si no están confundidos por la propaganda de liberación homosexual) se afligen por el camino tomado por sus hijos. Los que se enfrentan, en su trabajo o en su vida privada, a los problemas de colegas o amigos con tendencias homosexuales también encontrarán ayuda.

1. DE GROOT A.D., *Hypothesen over homofilie*, en "De Psycholoog" 17 (1982), pp. 244-245.
2. Resulta elocuente el resultado de una investigación, según la cual el 60% de los homosexuales "socialmente bien adaptados" (alrededor de un millar) había recurrido a la ayuda de un psicólogo o psiquiatra. Véase BELL, A.P.-WEINBERG, M.S.-HAMMERSMITH, S.K., *Sexual Preference: Its Development in Man and Woman*, Indiana University Press, Bloomington 1981.

## ¿CUÁNDO UNO ES HOMOSEXUAL?

Expresiones del tipo “es un homosexual”, “es una lesbiana”, sugieren que las personas a las que hacen referencia pertenecen a una variedad de la especie humana diferente de la heterosexual. La homosexualidad, cada vez más, está considerada una “variante”, una “preferencia”, una “condición constitutiva”. Estos términos sugieren que uno nació así. Es, sin embargo, una concepción errónea. El conocimiento que tenemos a nuestra disposición indica que las personas inclinadas a la homosexualidad nacen con las mismas características físicas y psíquicas que cualquier otra. No hay pruebas de que exista una naturaleza innata “diferente” que haga que, por ejemplo, un porcentaje de hombres con tendencias homosexuales aparezcan poco viriles o incluso afeminados, en su conducta e intereses. Esto es un efecto de la educación o de una visión sobre sí mismos que no es innata, sino aprendida. Las mujeres “hombrunas” con tendencias lésbicas, no lo son por disposición natural, sino por hábito y por un específico complejo de inferioridad. Existen, por otro lado, lesbianas “femeninas” de quienes, a primera vista, poca gente sospecharía estas inclinaciones.

Al decir “complejo de inferioridad” ESTOY ANTICIPANDO MI EXPLICACIÓN. Intentaré Demostrar que las tendencias homosexuales nacen de un tipo especial de complejo de inferioridad, puesto que por constitución una persona no es homosexual, sino heterosexual. Esto es así, prescindiendo de las conductas personales; un hombre o una mujer podrán no tener, o sólo muy débilmente, inclinaciones heterosexuales, pero aún son, en esencia, heterosexuales. Estrictamente, los “homosexuales” u “hófilos” no existen, como tampoco en el reino animal; sí que existen *personas con inclinaciones homosexuales*. En realidad, debería evitarse el término “homosexual” y usar designaciones como “personas con inclinaciones homosexuales”.

SENTIMIENTOS HOMOSEXUALES

Por sentimiento homosexual se entiende cualquier sensación de enamoramiento o atracción erótica hacia personas del mismo sexo. Esto viene acompañado de un débil o nulo interés erótico por el sexo opuesto. Aquí debemos hacer una excepción: sentimientos homosexuales que puedan aparecer durante la adolescencia (pubertad) y hasta los 17 años, por lo normal, son transitorios y deben ser contemplados como una etapa más del desarrollo psicosexual. Desaparecen sin dejar huella cuando, en la siguiente fase, despiertan los sentimientos heterosexuales. Como describiré más adelante, la prepubertad y pubertad son los períodos más importantes en lo que respecta al desarrollo de la "genuina" homosexualidad: los sentimientos homosexuales que perduran durante toda la vida.

Además, debemos recordar que la palabra "homosexualidad" engloba una gran variedad de tipos y formas. Por ejemplo: hay hombres que se sienten atraídos sexualmente por cualquier hombre, y otros que tan sólo están interesados en tipos específicos de varones. En algunos, el sentimiento homosexual está continuamente presente en su imaginación, como si fuera una obsesión, mientras que en otros aparece a rachas. Algunos se inclinan por compañeros de su misma edad; otros, por mayores, y otros, por jóvenes, adolescentes o niños. Algunos cambian en sus preferencias.

Hay diferencias también en los papeles que asumen en las relaciones con sus compañeros. Unos desempeñan predominantemente un papel activo; otros pasivo, mientras que muchos –la mayoría– no tienen un papel fijo. Algunos con tendencias homosexuales pueden ser conscientes de sus sentimientos heterosexuales, que son de escasa intensidad: son los llamados *bisexuales*. En el otro extremo, están quienes sólo de forma esporádica tienen impulsos heterosexuales, y quienes apenas tienen ninguno: son los llamados *homosexuales exclusivos* (digo "apenas ninguno" porque Freud afirmó acertadamente que, en un análisis cuidadoso de las fantasías a lo largo de la vida de una persona con

fuertes tendencias homosexuales, se encuentran siempre trazos de una disposición heterosexual normal, aunque profundamente oculta).

Otra distinción más: algunos desean un compañero para una relación más duradera; otros no. De cualquier forma entre el deseo y la realización, los primeros encuentran una gran distancia; una relación leal y duradera es extremadamente rara, si es posible en algún caso. Así, en un estudio realizado a setenta hombres y mujeres con inclinaciones homosexuales, más del 70% que afirmaba haber aceptado sus sentimientos como normales y estar viviendo homosexualmente, deseaba unas relaciones duraderas: pero, tan sólo cuatro hombres y siete mujeres reconocían haber tenido un solo compañero *durante los dos últimos años*<sup>1</sup>. No importa en qué país o con qué muestra de personas inclinadas a la homosexualidad se hagan estas encuestas: el resultado es invariablemente el mismo. Es posible, sin embargo, distinguir entre los que buscan contactos transitorios (los tipo "cruceiro") y los otros que tratan de hallar una relación más o menos duradera.

## INCIDENCIA

Fueron los homosexuales militantes los que dieron a conocer el eslogan "una persona de cada veinte es homosexual". Esto es pura propaganda. Algunos creen que demostrando que hay una alta incidencia en la población, se conseguiría normalizar la condición, pero no hay ninguna lógica en ello. Sólo porque un alto porcentaje de la población sufra alguna clase de reuma, no significa que el reuma deje de ser una enfermedad. Si el argumento aducido fuera cierto, millones de americanos serían homosexuales. Estos cálculos no están avalados por ninguna investigación. Los pocos estudios válidos –que se han llevado a cabo con grupos selectos- apuntan, como mucho, a un 2 ó 3% de la población; otro estudio ni siquiera alcanza el 1%<sup>2</sup>. Estadísticas recientes, más amplias y fiables, han confirmado que el porcentaje para Estados Unidos es del 1%<sup>3</sup> y para el Reino Unido de cerca del 1,5%<sup>4</sup>. Hay que tener en cuenta, además, que probablemente las

mujeres con tendencias homosexuales son menos que los hombres (y la mayoría de las estimaciones son extrapolaciones de muestras de varones); el 30 ó el 40% de los que tienen tendencias homosexuales son bisexuales y pueden ser contabilizados correctamente con la población no homosexual; los niños y adolescentes deben ser excluidos del número total de los homosexuales de una población, pues su desarrollo sexual aún no está completo. De esta forma, los porcentajes y los números se reducen considerablemente.

Nos hacen creer que la homosexualidad ha crecido mucho en los últimos años. Dudo mucho de este aumento drástico; puede ser, en todo caso, que haya aumentado el número de los que actualmente convierten sus sentimientos en comportamiento homosexual. La desmesurada atención que se presta al tema (apenas se puede ver un periódico popular sin encontrarse con algún comentario sobre los homosexuales y sus problemas) contribuye de forma considerable a la impresión de omnipresencia de la homosexualidad. Esto es lo que buscan quienes abogan a favor de la normalidad del fenómeno "gay". Estar a favor de la homosexualidad se ha convertido en un signo de visión progresista.

## AUTOIDENTIFICACIÓN

Los jóvenes que perciben en sí mismos tendencias homosexuales, con frecuencia lo pasan bastante mal. Se sienten cada vez más separados de los compañeros de su edad porque son incapaces de compartir sus intereses por el sexo opuesto, y se sienten obligados a comportarse como si los tuvieran. Están avergonzados; cuando se alude al tópico de la homosexualidad, quieren esconderse para que el resto no lo asocie con ellos. Sufren en silencio; puede que intenten negar o quitarle importancia a sus sentimientos, incluso delante de sí mismos. El momento crucial llega en torno a los 18 años, cuando el joven tiene que afrontar su situación. Entonces, es fácil que acabe diciendo: "soy un homosexual".

Esto puede producir un gran alivio. La tensión extrema disminuye, pero hay que pagar un precio. Los más jóvenes apenas se dan cuenta de que se han fijado una etiqueta casi definitiva con su "autoidentificación", con la que se incluyen en una "segunda clase", en un status marginado de hecho. Algunos podrán adoptar una actitud orgullosa y se sentirán incluso superiores a las personas normales, pero a pesar de sus esfuerzos para parecer contentos con su inclinación, se darán cuenta interiormente de que su "ser diferentes" es considerado como una forma inferior de sexualidad. Querrán pertenecer a una minoría bien definida y sentirse cómodos entre gente de inclinaciones similares, libres de las dificultades que supone vivir en el mundo heterosexual. El precio, sin embargo, es un fatalismo depresivo que está implícito en la nueva identidad adquirida: "soy así". El joven no piensa: "es cierto que tengo sentimientos homosexuales ocasionales o regulares, pero sustancialmente soy igual a los demás". No, él siente que es una criatura diferente e inferior, que carga con una predestinación: se ve a sí mismo como un ser trágico.

Esta desgraciada autoetiqueta encaja con un sentimiento de inferioridad que ya lleva alimentándose desde hace tiempo; es el llamado *sentimiento de desplazamiento*. La idea de "no soy como los demás" está definitivamente grabada en su mente gracias a la autoidentificación: "soy un homosexual". Volveremos sobre esto más tarde. El sentimiento de no ser como los demás, de no pertenecer al grupo, junto a la necesidad de ocultar sus sentimientos frente a los demás, de mantenerse apartado, es algo propio de la mayor de las personas con esta tendencia.

¿No es esto más bien efecto de la discriminación social? No. Es verdad que las personas con tendencias homosexuales no están consideradas como normales por el resto; pero ésta no es la causa principal del sentimiento de tragedia. Estas personas conservan dicho sentimiento incluso cuando viven en un ambiente en el que es aceptado. Es parte de su neurosis.

Desde la visión actual, por la que uno nace con una preferencia homosexual, que es mejor que sea aceptada, la autoetiquetación fatalista está más promovida por el mundo exterior de los adolescentes. Frecuentemente, los jóvenes que expresan sus sentimientos fantasías homoeróticas, que *con toda probabilidad no son fijas todavía*, son informados por los “expertos”, de su condición de homosexual, lo que puede suponer un duro golpe y destrozar cualquier esperanza de cambio. Sugiero, como respuesta preferible ante los jóvenes que descubren sus sentimientos secretos, la siguiente: Tú sientes un interés real por tu propio sexo, pero es un asunto de inmadurez. No eres así por naturaleza. Tu naturaleza heterosexual aún no ha despertado. Lo que tenemos que arreglar es tu problema de personalidad, el complejo de inferioridad.

Las tensiones sexuales pueden ser tan intensas que, con facilidad, los jóvenes con tendencias homosexuales creen que comprometerse en una relación homosexual será la solución a todos sus problemas, incluido el de la soledad. Acabarán, tarde o temprano, en un modo de vida completamente desordenado, neurótico de hecho. Su estado profundo se parece en diversos aspectos a una toxicomanía.

El estilo de vida homosexual se describe por los medios de comunicación social de “color rosa”. Lo que resulta comprensible como propaganda, pero si se oyen las historias de la realidad vivida por homosexuales practicantes durante muchos años, queda claro que la felicidad no se encuentra en este estilo de vida. Desasosiego en sus contactos, soledad, celos, depresiones neuróticas y, proporcionalmente, muchos suicidios (dejando de lado enfermedades venéreas y otras enfermedades físicas): es la otra cara de la moneda no mostrada en los medios de comunicación. Un ejemplo es el caso de un famoso sexólogo alemán que cantaba públicamente alabanzas sobre las relaciones homosexuales duraderas y fieles, pero que puso fin a su vida después de una relación no tan duradera, la última de muchas. Su trágica muerte apenas fue mencionada en la prensa:

podría haber creado en algunas mentes confusión y dudas no deseadas.

W. Aarón, un antiguo homosexual, resume así sus muchas observaciones y experiencias del comportamiento homosexual: a pesar de la apariencia exterior, todo acaba en desesperación.<sup>5</sup>

La periodista americana Doris Hanson entrevistó a homosexuales:

“Es un mundo duro y no se lo desearía ni a mi peor enemigo”, afirmó uno de ellos. “Durante años viví con una serie de compañeros de habitación, a algunos de los cuales prometí amar. Ellos juraron que me querían. Pero los vínculos homosexuales empiezan y acaban con el sexo. No hay nada más que eso. Después de un encuentro apasionado, el sexo es cada vez menos frecuente. Los compañeros se ponen nerviosos. Quieren nuevas emociones, nuevas experiencias. Empiezan a engañarse el uno al otro, en secreto al principio, más claramente luego.... hay peleas por celos. De pronto huyes y empiezas la búsqueda de un nuevo amante”.<sup>6</sup>

La madre de una joven lesbiana que se suicidó, comentó acerca de su hija:

“Elena buscó amor toda su vida. En cierto momento (con su última compañera) parecía que lo había encontrado, pero era un amor basado en una mentira y nunca hubiera podido funcionar”.

Doris Hanson cree que la madre había sintetizado perfectamente lo que ella misma aprendió en sus entrevistas.

“Es”, escribe, “un mundo en el que las emociones se construyen con mentiras. Para alcanzar una satisfacción momentánea del sexo, los homosexuales repiten “te quiero” tan a menudo como se dice “buenos días”. Una vez que la experiencia ha finalizado, sólo están preparados para decir “adiós”. La caza empieza otra vez”

Puedo asegurar que no son exageraciones oscuras o moralistas. Una persona con inclinación homosexual está empujada a una existencia neurótica y conflictiva. Tenaz e insensiblemente, contra todo consejo, y a pesar de la pena que infligen a sus padres, los jóvenes que sufren este problema se abrazan a su "elección", que, en su ignorancia, confunden con la "felicidad". No quieren nada más. Puede resultar duro, pero es verdad: muchos degeneran; la alegría y la frescura de juventud se desvanecen; se rinden, son, en muchos aspectos, como los drogadictos.

Afortunadamente, hay hombres y mujeres con tendencias homosexuales que quieren tomar otro camino bien distinto.

1. SBARDELLINI, E.-SBARDELLINI, E.T., *Homosexualismo masculino e homosexualismo feminino: Neuroticismo e fatores psicológicos na infância*, inédito, Universidade Católica, Department of Psychology, Campinas, Sao Paulo 1977.
2. SIGMUND, G., *Die Natur der menschlichen Sexualität*, J.w. Naumann, Würzburg 1972
3. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, *The Sexual Behavior of Men in the U.S.*, en "Family Planning Perspectives", 25 (1933), pp. 52-62.
4. WELLINGS, K. Y OTROS, *Sexual Behavior in Britain, Penguin, Harmondsworth 1994*.
5. La historia de su penosa –pero al final victoriosa- fatiga por liberarse de sus sentimientos homosexuales y relatada por AARÓN, W., *Straight: A Heterosexual Talks about His Homosexual Past*, Doubleday, New York 1972.
6. HANSON, D., *Homosexuality: The International Disease*, L.S. Publications, New York 1965

## ¿ES LA HOMOSEXUALIDAD INNATA?

Existe una fijación en entender la homosexualidad como innata. Mucha gente la continúa considerando como algo anormal y creen todavía que se nace “de esta manera”.<sup>1</sup>

Que yo sepa, no existe ningún sondeo de opinión fiable entre los médicos, pero sospecho que gran número de ellos asumen la existencia de alguna causa hereditaria o física. Los psiquiatras americanos, en cambio, tienden a verlo como una interrupción o bloqueo en el desarrollo psicosexual de cada individuo, y no se fijan tanto en las causas físicas o hereditarias<sup>2</sup>. Sin embargo, el impacto de su opinión sobre el conjunto de la institución científica oficial está lejos de ser decisivo. De hecho, en 1973, el Consejo Directivo de la Asociación Americana Psiquiátrica reemplazó la definición de homosexualidad como “trastorno” en su Manual de Diagnóstico oficial por el término neutral de “condición”. Esto ocurrió después de la intensa presión por parte de grupos de homófilos militantes.

Es comprensible que las personas con tendencias homosexuales noten frecuentemente sus impulsos como algo biológicamente muy arraigado, como si fuera un instinto muy fuerte. Además, el percibirse a sí mismos como diferentes estaba ya presente en la juventud, aunque en esa época no les preocupase realmente su sexualidad. Con frecuencia no se comportaban como los compañeros de su misma edad y sexo; tenían intereses distintos, gustos o aversiones diferentes. A menudo, se veían a sí mismos desplazados antes de ser conscientes de sus primeras inclinaciones homosexuales. Por tanto, empezaron a pensar que su naturaleza debía ser diferente en algo, como si pertenecieran a un “tercer sexo”. Refuerza este planteamiento la tendencia a glorificar el “ser diferente a los demás”: algunos llegaron a creer que su sexualidad era signo de un talento emocional especial, que les dota de más sensibilidad que las “aburridas” personas normales. El sentimiento de inferioridad se convierte en una ilusión de superioridad, pero siempre basándose en la

creencia de una disposición innata. En un análisis más profundo, los intereses artísticos de los varones homosexuales se explican mejor por la educación y por factores ambientales. Algunos buscan actividades “blandas” y los asuntos carentes de osadía, y alimentan una aversión hacia las cosas más “duras”, más “viriles”. Verse a sí mismos sensibles es típico de muchos neuróticos; esto tiene que ver con un ego quisquilloso, como veremos luego.

La creencia en la causa hereditaria y en otras causas físicas operantes después del nacimiento llevan al pesimismo en lo que se refiere a plantearse un posible cambio. Las personas con tendencias homosexuales que quieren continuar siéndolo son los seguidores más fieles de la presunta “base biológica”. Por ejemplo: según los miembros de una “iglesia gay” americana, la homosexualidad es una forma de amor creada por Dios. ¿Iría entonces en contra de los principios del Creador?

La teoría hereditaria sobrevive gracias a los esfuerzos de los homófilos militantes y de sus protectores libertarios, a pesar de la creciente evidencia de lo contrario. Repetidas veces se ha hecho pública una investigación que apoya la idea de normalidad. Por consiguiente, los estudios sobre la homosexualidad deben verse con sano sentido crítico, especialmente si proceden de ambientes favorables a la homosexualidad. Un ejemplo reciente es el informe de Bell y sus colaboradores<sup>3</sup>, que defiende que es altamente probable la existencia de una base biológica de la homosexualidad; y entre las conclusiones, los autores diseñan la moral con la que los padres deberían educar a sus hijos “de acuerdo con su naturaleza”. Esto significa que los niños con tendencias homosexuales necesitan un tratamiento específico (favorable a la homosexualidad, por supuesto), como si su presunta preferencia fuera un hecho consumado desde el principio y claramente visible por los padres. Su trabajo es una manipulación de la opinión pública; de hecho, uno de los autores es reconocido por su postura prohomosexual. Las estadísticas recogidas por los investigadores no tienen nada que ver con datos biológicos, sino con la niñez y el comportamiento en general y social de los

homosexuales que actúan como tales. En ellas se refleja que esas personas se sentían aisladas de sus compañeros de juegos, lo cual, si bien es una prueba de evidencia en sí misma, no dice nada respecto de la biología.

En los años setenta era usual, entre los homosexuales europeos más sofisticados, citar el estudio de Schofield<sup>4</sup> como prueba de la existencia de una variante normal (y presumiblemente innata) de homosexualidad. Su estudio no se centraba en la normalidad o anormalidad, sino en la adaptación social y, más específicamente, profesional. Se identificaba así a un subgrupo de hombres homosexuales bien adaptados, pero no por ello se justifica ninguna conclusión acerca de la normalidad o anormalidad sexual. En otro caso, un estudioso del problema no encuentra diferencias en las puntuaciones de algunos test de personalidad entre homosexuales y heterosexuales. Como es de esperar, esto es interpretado por algunos como evidencia de la normalidad de la condición homosexual. De todos modos, si nos fijamos en lo que realmente mide el test –o pretende medir– descubrimos que demuestra que el factor homosexual no está directamente relacionado con la normalidad psicológica, ni con el hecho de que tal forma de sexualidad pueda ser llamada “una variación” normal.

## HORMONAS

Los términos “normal”, “biológicamente arraigado”, “hereditario”, “innato” y “por causa físicas” son a menudo intercambiables, pero no lógicamente equivalentes. El que la homosexualidad no pueda ser normal desde un punto de vista lógico y biológico lo examinaremos más adelante, pues debemos, en primer lugar, tratar la cuestión de las posibles causas físicas, hereditarias o no hereditarias.

¿Son tal vez las hormonas?, se pregunta mucha gente. No, según la opinión de un experto en este campo como Perloff, quien

escribió en 1965: “Es un fenómeno puramente psicológico... y no puede ser cambiado por sustancias endocrinas (hormonas)”<sup>5</sup>. Esta afirmación aún es válida. Es verdad que, de forma ocasional, se ha encontrado una reducida concentración de hormonas sexuales masculinas (testosterona) en la sangre de hombres con tendencias homosexuales, en comparación con hombres heterosexuales sin dichas tendencias<sup>6</sup>, en las mismas cantidades que grasas y productos metabólicos de hormonas adrenérgicas o suprarrenales<sup>7</sup>. Pero Tales resultados no deben ser interpretados precipitadamente –como ya se ha hecho- para apoyar la teoría de que la homosexualidad deriva de peculiaridades hormonales. ¿Por qué no? Porque esta clase de diferencias de concentraciones hormonales anormales entre hombres con tendencias homosexuales no han sido encontradas por otros investigadores. En el período de 1972-1976 se pueden contar, al menos, seis estudios que no han encontrado valores hormonales anormales en los grupos homosexuales<sup>8</sup>. Tales diferencias están, a veces, conectadas presumiblemente con las características específicas de los grupos bajo estudio y, por tanto, no son universalmente válidas. Se pueden explicar muy sencillamente como diferencias específicas entre los grupos con distintas inclinaciones sexuales, en lo que se refiere a hábitos de comida y bebida, hábitos de vida y trabajo, estado civil, actividad profesional o el ejercicio deportivo; y promovidas por factores tales como el uso de drogas o medicinas, o diferencias de edad. También se ha señalado que los pequeños cambios hormonales encontrados pueden ser el *resultado* y no la *causa* de una determinada orientación sexual.

En un grupo de hombres con tendencias homosexuales, Evans encontró diferentes valores para los productos metabólicos de hormonas suprarrenales, grasas, y un producto metabólico asociado con el desarrollo muscular; además, fijó distintos valores para pesos y fuerzas musculares diferentes, pero no localizó ningún valor que se debiera a hormonas sexuales<sup>9</sup>. Él opina que un factor, al que llama “desarrollo muscular reducido” contribuye al desarrollo de una propensión a la homosexualidad. Este estudio es uno de los pocos que se ha encontrado con algo parecido a un factor específico de los

hombres homosexuales. Por ello, debemos examinarlo más de cerca y así ver cómo deben ser evaluados resultados de este tipo.

Como cualquier estudio científico, el de Evans no es interesante hasta que sus resultados se repitan en otros grupos. No es posible establecer una relación entre ese factor y la tendencia homosexual antes de haber obtenido una serie de datos comparables de diversas muestras. Supongamos, por un momento, que se descubren en el futuro una serie de resultados análogos que se confirman mutuamente; lo que no es probable y, aunque lo fuera, no constituiría un argumento convincente a favor de una causa física. Así, la posible correlación entre homosexualidad y “debilidad muscular” puede significar que los chicos con un crecimiento muscular deficiente corren un riesgo más alto de convertirse en desviados sexualmente a causa de su sentimiento de inferioridad. Esto podría ser un ejemplo del fenómeno de “inferioridad orgánica” descrita por el conocido psiquiatra Alfred Adler. Un niño puede desarrollar sentimientos de inferioridad a causa de alguna mengua o retraso físico y, como veremos, su sentimiento de inferioridad durante la juventud por la apariencia física, la conformación del cuerpo y otros aspectos similares, es lo que puede motivar un desarrollo de tendencia homosexual. De todas maneras, quizá nuestra explicación de este caso sea poco probable, y tan sólo significaría que los hombres con tendencias homosexuales son menos propensos a los movimientos corporales de cierto tipo, practican menos cierto tipo de deportes, comen más, o consumen más grasa que los otros hombres. Esta explicación apenas sorprende y estaría en línea con los modos de vida que se observan en muchos que tienen tendencias homosexuales.

Que la causa de la homosexualidad no se encuentra en hormonas sexuales desviadas está demostrado además por el hecho de que los individuos con desviaciones hormonales, producidas por trastornos funcionales de las gónadas, no sufren, necesariamente, anormalidades en el desarrollo sexual. Por ejemplo: los hermafroditas (personas con características físicas de ambos sexos causadas por deficiencias genéticas) que son biológicamente, genéticamente,

hembras, tienen un exceso de la hormona sexual masculina (testosterona) desde la fase embrionaria, pero eso no les predestina al lesbianismo<sup>10</sup>.

Todo parece indicar, entonces, que las hormonas sexuales no pueden ser las culpables; puesto que las hormonas están producidas según dictan los cromosomas, las hormonas sexuales de las personas con tendencias homosexuales indican un funcionamiento normal de los cromosomas del sexo.

## HERENCIA

Los cromosomas sexuales, estructuras moleculares extremadamente complejas que contienen información hereditaria transferible, permiten ser examinados directamente en el laboratorio. Consta que los hombres y las mujeres homosexuales tienen cromosomas masculinos y femeninos normales, respectivamente.<sup>11</sup> Esto es, tenemos que asumir que todos los órganos y funciones conectados con la sexualidad, desde la anatomía de los órganos a los centros sexuales del cerebro –la “infraestructura” entera de la sexualidad-, son normales por herencia. Por tanto, la teoría de una *sexualidad desviada innata*, o una preferencia sexual innata no puede sostenerse.

En el caso de que se prefiera, sin embargo, atenerse a la teoría de un posible factor hereditario, habría que asumir, que éste sea tan sólo una propensión que facilite el desarrollo homosexual. Un factor de este tipo era el que Kallmann tenía en la mente en 1958 para explicar los resultados de su investigación con gemelos de tendencias homosexuales varones idénticos y no-idénticos (mono y dicigóticos)<sup>12</sup>. Descubrió que *todos* los hermanos gemelos monocigóticos entre los tendencialmente homosexuales de su grupo tenían también sentimientos homosexuales, aunque no exactamente en el mismo grado. Pero sólo el 12% de los gemelos no-idénticos (dicigóticos) de los varones con inclinaciones homosexuales no tenían intereses homosexuales. El 100% de similitud y concordancia en la

homosexualidad en monocigóticos, personas con un carácter genético completamente idéntico, no es, sin embargo, algo universal sino una consecuencia del método de muestreo de Kallmann. Después de él, series enteras de parejas de gemelos idénticos han sido examinadas a fondo, de las cuales un miembro tenía tendencias homosexuales y el otro heterosexuales.<sup>13</sup> Además, existe una conciencia creciente de que este tipo de investigación sobre gemelos, fascinante en sí misma, no permite decidir si una propiedad o una variable de la personalidad está determinada por la herencia. Los resultados obtenidos así (como los de Kallman) se explican por la educación de la niñez y por factores ambientales, o por factores psicológicos, tales como el alto grado de identificación mutua tan sorprendente en los gemelos. Que se debe buscar una explicación en esta dirección es evidente por la alta concordancia en la homosexualidad encontrada por Kallman en sus dicigóticos (12%). Ésta es mayor que la concordancia homosexual entre los que tienen tendencias homosexuales y sus hermanos no gemelos. Los dicigóticos difieren entre sí en su estructura genética como cualquier pareja de hermanos no gemelos. En otras palabras, la gran similitud de la homosexualidad en los dicigóticos tiene causas no genéticas. Para ellos, la explicación podrá ser también la intensa identificación mutua, en comparación con la de los hermanos no gemelos, es decir, su sentimiento de ser el *alter ego* del otro, y el hecho de ser tratados y considerados de idéntico modo en el ambiente que les rodea.

Existen lagunas en el estudio de Kallmann que no necesitan ser examinadas aquí (una explicación detallada se puede encontrar en otro sitio)<sup>14</sup>. Aquí, quiero apuntar que los datos de Kallmann no pueden ser usados para una teoría de la homosexualidad con base genética; además no proporcionan indicaciones sólidas para un factor de predisposición.

Hasta ahora, ningún factor genético –sexual o de otro tipo- ha sido descubierto como elemento diferenciador de personas con tendencias homosexuales. Algunos investigadores mantienen abierta la posibilidad teórica de un factor genético u hormonal, aún no

descubierto, por el que se identifique, al menos, un subgrupo de personas con tendencias homosexuales. Supongo que tienen en la mente a hombres homosexuales que impresionan por su afeminamiento, o a mujeres lesbianas que lo hacen por sus modales masculinos. Pero, en realidad, no atribuyen gran influencia a ese factor teórico, ya que afirman al mismo tiempo que las causas principales no están en las hormonas o en los genes. Masters y Johnson adoptan esta postura<sup>15</sup>. Estos científicos sociales de la escuela de Kinsey, a pesar de que opinan claramente que la conducta homosexual es normal y plenamente aceptable, afirman:

*“Es de vital importancia que todos los profesionales en el campo de la salud mental tengan presente que el hombre o mujer homosexuales son fundamentalmente un hombre y mujer por determinación genética y que tienen tendencias homosexuales por preferencia aprendida”.*

Probablemente, para evitar la acusación de tener prejuicios, se apresuraron a agregar que tampoco la preferencia heterosexual se da sobre una base genética; afirmación acrítica que se puede refutar fácilmente. Su llamada a “todos los profesionales en el campo de la salud mental” sobre la homosexualidad como comportamiento adquirido no debe ser olvidada; aunque rechazamos su gancho torpemente progresista sobre la homosexualidad.

La historia de la teoría de la naturaleza homosexual como condición innata –es decir, connatural- es una larga historia. Dicha teoría se ha resquebrajado lentamente y ahora no queda de ella casi nada. En su libro *Changing Homosexuality in the Male*, el psiquiatra L.J. Hatterer dice sencillamente:

*“Los psiquiatras han llegado, por fin, a la conclusión de que los factores genéticos, hereditarios, constitucionales, glandulares y hormonales no tienen ninguna importancia como causas de la homosexualidad”<sup>16</sup>.*

En los medios de comunicación social se hizo una contumaz propaganda de supuestos hallazgos de una causa biológica de la homofilia. En 1991 se trató de una llamada particularidad en una región cerebral constatada en determinados hombres homosexuales<sup>17</sup>; en 1993 corrió la voz del descubrimiento de un "gen de la homosexualidad"<sup>18</sup>. Poco o nada de estas noticias ha superado un análisis profundo; al contrario, los resultados de recientes investigaciones sobre gemelos han hecho cada vez más improbable una explicación a partir de la herencia<sup>19</sup>.

En la actualidad, podemos afirmar que no hay motivo para admitir la existencia de una homosexualidad transmitida hereditariamente, o causada por desarreglos hormonales antes o después del nacimiento; tampoco son responsables desviaciones en el desarrollo corporal, en la estructura de los órganos, del cerebro, del sistema nervioso o de las glándulas. Sería demasiado largo hacer aquí una enumeración completa de los informes de investigaciones científicas relevantes: bastan las conclusiones generales. Hasta que no se demuestre de modo convincente que la persona con tendencias homosexuales tenga alguna particularidad física, hereditaria o no, que no sea efecto de su condición, podemos asegurar que ella es perfectamente normal en su perfil biológico. A medida que pasa el tiempo parece cada vez más improbable que pueda suceder algo semejante.

"También mi abuelo era homosexual". "Dos hijos de mi tía también son así". A veces oímos explicaciones como éstas en boca de alguno que tiene este problema emocional. Ello no indica que en sus familias exista una causa hereditaria, como tampoco podemos atribuir a los genes la responsabilidad del hecho de que el abuelo o el primo de alguno sea católico o socialista. Si en algunas familias la tendencia homosexual se presenta con frecuencia, a menudo en esas familias vemos desequilibrios en los modelos del papel de los dos sexos: los hijos son educados con géneros de papeles subdesarrollados, y ellos, a su vez, lo repiten con sus hijos. Las mujeres en esas familias pueden comportarse de una manera menos femenina y crían a sus hijas de

este modo, así que se facilita el desarrollo de complejos de inferioridad de tipo homosexual. Tienen dificultades para aceptar los papeles sexuales en general, por lo que son incapaces de educar –y reconocer- al niño como niño, a la niña como niña. Para los padres valen observaciones análogas. Por lo demás, la relación entre la familia y la homosexualidad es, generalmente, muy débil<sup>20</sup>.

## NORMALIDAD

Aún debemos aclarar otro punto. Supongamos que se demuestra una causa genética o física de la homosexualidad; una peculiaridad hormonal, por ejemplo; esto no nos permitiría afirmar que la homosexualidad es algo normal. Sería necesario identificar un hipotético factor causante de trastornos o enfermedades: una *desviación* de los cromosomas o de las hormonas, un *trastorno* en el desarrollo normal psicológico, una infección o cualquier otra cosa. Es importante dejar claro esto, pues se podría pensar fácilmente que el haber nacido “así”, es lo mismo que tener una tendencia “natural”.

## ¿ES TODO EL MUNDO BISEXUAL?

La noción de una homosexualidad innata es falsa. ¿Podría haber, sin embargo, algo de verdad en la idea, familiar entre algunos psicólogos y psiquiatras, de que cada ser humano tiene una innata disposición bisexual? En este caso, cada hombre o mujer tendría iguales probabilidades de desarrollarse tanto homosexual como heterosexualmente. La forma en que un individuo se desarrolle dependerá de los métodos educativos recibidos en el hogar y, en general, de las influencias de todo el ambiente social durante la niñez. Esta opinión es expresada por Masters y Johnson<sup>21</sup>, y fue la opinión nada menos que de Sigmund Freud. Sin embargo, la idea de una bisexualidad universal no es aceptable. Todo lo que Freud afirmó estaba basado en nociones fisiológicas hoy en día obsoletas; además, su concepto era algo equívoco, cuestión que no desarrollaremos aquí.

Si fuera una mera cuestión de hábitos educativos de los niños o de costumbres culturales lo que determinaría si una persona joven se convertirá en homosexual o heterosexual, o una cuestión de ir a medias, Dios (o la naturaleza, si se prefiere) haría depender de un hilo la supervivencia del género humano. Hubiera bastado una tendencia cultural en alguna sociedad primitiva de preferir la homosexualidad o de educar a los hijos en esta dirección, para llevar a la humanidad al borde de la extinción. ¿Y qué tendencia es en verdad imposible? Nada en la naturaleza nos permite ver que la propagación de la especie se haya realizado con tanto riesgo, ni que la supervivencia de las especies esté regulada con tanto descuido.

En el mundo animal, la homosexualidad genuina, tal como la hemos definido, no existe. Los animales podrían comportarse homosexualmente, pero sólo ante la carencia de un compañero heterosexual o por lo que podríamos llamar errores de percepción y juicio. De hecho, los animales pueden reaccionar sexualmente ante propiedades específicas de otros animales de su especie: formas, colores, movimientos. En principio, estas propiedades son atributos del sexo opuesto, pero pueden provocar también una respuesta si un animal los percibe en un miembro de su mismo sexo, especialmente ante la ausencia de un compañero heterosexual. De todas formas, esto no es homosexualidad en sentido estricto<sup>22</sup>. La verdadera homosexualidad incluye una falta de respuesta ante los estímulos del sexo opuesto. Repito: es como si la naturaleza –o su Creador– hubieran descuidado al hombre –que es mucho más complicado y refinado que cualquier animal, y obviamente su producto más espléndido– y no le hubiera dotado de los mecanismos necesarios para asegurar su supervivencia. ¿Olvidaría la naturaleza hacer con el hombre lo que hizo con los animales: establecer impulsos heterosexuales estables y duraderos en el tiempo? La pregunta es ya una respuesta.

Por otra parte, la teoría de la bisexualidad se contradice por los hechos. A. Karlen, un historiador de la sexualidad, en su revisión de la

incidencia de la homosexualidad en otras épocas y culturas diferentes a la nuestra, escribe que todo lo que se puede decir es que la homosexualidad es tratada en distintas culturas con diversos grados de tolerancia, pero que en ningún sitio ha sido una meta deseable en sí misma<sup>23</sup>. El hombre nunca ha sentido inclinación por educar a sus hijos hacia la homosexualidad. La abrumadora mayoría, en todas las culturas y en todas las épocas, ha sido heterosexual. *Por naturaleza*, el ser humano siente atracción por el sexo opuesto. Si esto no fuera así, con tanta gente como ha vivido en épocas tan variadas hubiera habido excepciones, o al menos una, a la regla de que la mayoría es heterosexual.

¿Y los antiguos griegos? Parece que nuestra imaginación en este punto necesita algunas correcciones. Los historiadores apuntan que la cultura griega ha sido siempre esencialmente heterosexual<sup>24</sup>. El comportamiento homosexual –o, mejor, la llamada pederastia o amor por los jóvenes o adolescentes- fue una moda en cierta época y en ciertos círculos, pero no fue la expresión sexual preferida o deseada por la mayoría. Además, primero deberemos tomar con una pizca de gracia las imágenes de los hábitos sexuales de los griegos, que nos han llegado de la mano de unos pocos autores de esa época. Es dudoso que se pueda generalizar a partir de los poetas griegos, al igual que tampoco podemos obtener una idea fiable de los hábitos sexuales de nuestra época estudiando la literatura moderna. Lo excéntrico y lo desviado siempre ha sido acentuado por la literatura y el arte, más de lo que estaría justificado en su fundamento por su aparición en la sociedad.

Afirmar que el ser humano se convierte en heterosexual por influencia de los métodos educativos, al reprimir su fuerte componente homosexual, sorprende por su artificiosidad, sobre todo si nos fijamos en el modo en que, de ordinario, se produce la selección del objeto heterosexual. Parece más correcto aceptar que el desarrollo hacia la heterosexualidad ocurre de modo automático e instintivo. En un momento dado, normalmente durante la adolescencia, la atracción hacia el sexo opuesto se siente como algo irresistible, incluso por

jóvenes educados en un clima de restricción sexual o sin ninguna educación sexual. Es también una indicación del fundamento hereditario de la heterosexualidad el hecho de que uno nunca ve a jóvenes libres de tensiones emocionales, complejos de inferioridad y frustraciones íntimas –en otras palabras, jóvenes equilibrados y bien constituidos-, que en su interior se sientan empujados a la homosexualidad. Los jóvenes no-neuróticos son, invariablemente, heterosexuales.

Es una conclusión inevitable que la heterosexualidad está determinada genéticamente. Los cerebros del hombre y de la mujer difieren como consecuencia de los procesos hormonales embrionarios<sup>25</sup>, y probablemente algunas de estas estructuras cerebrales constituyen el fundamento biológico para las profundas diferencias psicológicas en el campo de la sexualidad<sup>26</sup>. Algunos argumentos interesantes sobre la existencia de una heterosexualidad innata pueden, además, deducirse a partir de la investigación del desarrollo sexual de ciertos tipos de hermafroditas, es decir, pacientes con trastornos en los cromosomas sexuales<sup>27</sup>.

## UNA ETAPA BISEXUAL TRANSITORIA

Podemos, sin embargo, aceptar una variante de la teoría de la bisexualidad: consiste en suponer que un adolescente, durante el desarrollo hacia su madurez biológica y psicológica, atraviesa una etapa en la que puede estar interesado eróticamente en personas de su mismo sexo. En tal estadio, el desarrollo sexual no es completo y no ha madurado hasta el pleno descubrimiento de su meta: el sexo opuesto. En este momento del crecimiento, objetos y situaciones variadas, humanos o no humanos, pueden asociarse en la imaginación con el despertar de sentimientos eróticos todavía indefinidos: niños y adultos, pero también situaciones inanimadas o emocionalmente excitantes. La sexualidad de un adolescente en esta etapa podría denominarse bisexual, aunque no sería desacertado llamarla

“multisexual”. En los homosexuales, el desarrollo sexual, junto a gran parte del desarrollo emocional en general, se detiene en este estadio.

Esto no equivale a decir que cada adolescente deba experimentar clara –ni siquiera confusamente– los diversos posibles tipos de atracción erótica en esta época de su vida. Quizá no más del 30% de los adolescentes tienen, durante una época, lo que se puede considerar sentimientos homoeróticos. Los intereses eróticos en esta etapa dependen en gran medida del conjunto de la personalidad y sensibilidad de los adolescentes, de sus relaciones con los demás, de su posición social y de la imagen de sí mismos. Aunque las fantasías, intereses o prácticas homoeróticas se desarrollen, a pesar de todo, son de ordinario superficiales y tienden a desaparecer tan pronto como las atracciones físicas hacia el sexo opuesto empiezan a llamar la atención del joven que, en muchos casos, reacciona ante este descubrimiento como diciendo: “¡Esto es lo que yo andaba buscando!”

Los impulsos homoeróticos en esta etapa indefinible pueden coexistir con los primeros impulsos heterosexuales. En algún caso, éstos últimos pueden ser bloqueados por la aparición de sensaciones homófilas, especialmente si el adolescente se siente frustrado en su primer amorío heterosexual.

Una vez que las potencialidades del sexo opuesto han sido plenamente descubiertas, el desarrollo es irreversible. Los “objetos” precedentes simplemente resultan flacos de interés, y esto sin ser necesario un proceso exterior de aprendizaje, sino motivado por el mismo instinto sexual, que está orientado y dirigido a su fin propio.

1. MEILOF – OONK S. Y OTROS, *Homosexualiteit: Een onderzoek naar beeldvorming en attitude bij de Meerderjarige Nederlandse bevolking*, Stichting Vervordering Social Onderzoek Minderheden, Amsterdam 1969
2. *Sick again?*, en “Time”, 20 de Febrero de 1969.
3. BELL, A.P. – WEINBERG, M.S. – HAMMERSMITH, S.K., *Sexual Preference: Its Development in Men and Women*, Indiana University Press, Bloomington, 1981.

4. SCHOFIELD, M., *Sociological Aspects of Homosexuality*, Longmans, Green, London 1965
5. PERLOFF, W.H., *Hormones and Homosexuality*, en *Sexual Inversion*, al cuidado de J. MARMOR, Basic Books, New York 1965.
6. KOLODNY, R.C. Y OTROS, *Plasma Testosterone and Semen Analysis in Male Homosexuals*, en "New England Journal of Medicine", 285 (1971), pp. 1170-1174
7. EVANS, R.B., *Physical and Biochemical Characteristics of Homosexual Men*, en "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 39 (1972), pp. 140-147.
8. VAN DEN AARDWEG, G.J.M. – BONDA, J., *Een netelig vraagstuk: Homofilie, geloof en psychologie*, Callenbach, Nijkerk 1981
9. EVANS, R.B., *Physical and Biochemical Characteristics of Homosexual Men*, *cit.*
10. MONEY, J. – EHRHARDT, A.A., *Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from conception to Maturity*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 1972.
11. WEST, D.J., *Homosexuality*, Penguin Books, Londres 1960.
12. KALLMAN, F.J., *Comparative Twin Studies on the Genetic Aspects of Male Homosexuality*, en "Journal of Nervous and Mental Disease", 115 (1952), pp. 283-298
13. RAINER, J.D. Y OTROS, *Homosexuality and Heterosexuality in Identical Twins*, en "Psychosomatic Medicine", 22 (1960), pp. 251-259; FRIEDMAN, R.C. Y OTROS, *Psychological Development and Blood Level of Sex Steroids in Male Identical Twins of divergent Sexual Orientation*, en "Journal of Nervous and Mental Disease", 163 (1974), pp. 282-288.
14. VAN DEN AARDWEG – BONDA, *Een netelig vraagstuk: Homofilie, geloof en psychologie*, *cit.*
15. MASTERS, W.H. – JOHNSON, V.E., *Homosexuality in Perspective* (Boston: Little, Brown and Company, 1979)
16. HATTERER, L.J., *Changing Homosexuality in the Male* (New York: McGraw-Hill, 1970).
17. LEVAY, S., *A difference in Hypotalamic Structure Between Heterosexual and Homosexual Men*, en "Science", 253 (1991), pp. 1034-1037.
18. HAMMER, D. H.-HU, MAGNUSON, V.L.-HU, N-PATTATUCCI, A.M.L., *A Linkage Between DNA Markers on the X Chromosome and male Sexual Orientation*, en "Science", 261 (1993), pp. 312-327.
19. BYNE, W., *The Biological Evidence Challenged*, en "Scientific American", 270 (1994), pp. 26-31. Por lo que concierne al estudio de HAMMER, D.H. (un militante "gay") Y OTROS: uno de sus colaboradores lo ha acusado de manipulación fraudulenta de los datos de investigación. Actualmente la acusación está pendiente ante el *Federal Office of Research Integrity*. En cualquier caso, EBERS, G. (*University of Western Notario*), después de efectuar una contraprueba del estudio de Hammer, ha declarado no haber encontrado ninguna correlación entre homosexualidad y ciertos indicadores

- (“markers”), ni el cromosoma-X ni en cualquier otro cromosoma (“*Scientific American*” noviembre 1995).
20. VAN DEN AARDWEG, G.J.M., *Homophilie, neurose en dwangzelfbeklag* (Ámsterdam: Polak&Van Gennep, 1967).
  21. MASTERS – JOHNSON, *Homosexuality in Perspective, cit.*
  22. EIBL EIBESFELD, I., *Liebe und Hass* (Munich: Piper, 1970)
  23. KARLEN, A., *Sexuality and Homosexuality*, (New York: Norton, 1971)
  24. FLACELIÈRE, R., *Amour en Grèce* (Paris: Hachette, 1960).
  25. GOY, R.W. – MCEWEN, B.S., *Sexual Differentiation of the Brain* (Cambridge, Mass.: MIT Press, 1980)
  26. MAY, R., *Sex and Fantasy: Patterns of Male and Female Development* (New York: Norton, 1980)
  27. VAN DEN AARDWEG – BONDA, *Een netelig vraagstuk: Homofilie, geloof en psychologie*, cit.; MONEY – HER-HARDT, *Man and Woman*.

## LA HOMOSEXUALIDAD COMO TRASTORNO PSÍQUICO

Los primeros estudios sistemáticos sobre la homosexualidad se llevaron a cabo en el siglo XIX por autores como Krafft-Ebing y Magnus Hirschfeld, que interpretaron sus datos a la luz de las teorías fisiológicas y biológicas predominantes en aquella época. La noción de “tercer sexo” o “intersexo”, por ejemplo, fue popular por aquel entonces. Sigmund Freud fue uno de los primeros en formular teorías acerca de la homosexualidad basándose en la importancia de los factores psicológicos. Pensó, entre otras cosas, que la persona con tendencias homosexuales se sentía identificada desde la niñez, con el padre de sexo opuesto y tenía una relación conflictiva con el padre del mismo sexo.

Por consiguiente, Freud se fijó en la infancia, y enfocó especialmente su atención en esta relación padre-hijo. Consideró la homosexualidad como un trastorno eminentemente psíquico, que probablemente fuera estimulado por factores biológicos (hereditarios, según él) aún desconocidos. Uno de los primeros en no creer en la importancia del factor hereditario –quizá el primero- fue Alfred Adler, discípulo de Freud. Este “descubridor” del complejo de inferioridad describió en 1917 la homosexualidad como una consecuencia de tal complejo<sup>1</sup>. Sus observaciones le enseñaron que las personas con sentimientos homosexuales tienen invariablemente complejos de inferioridad en su masculinidad o femineidad.

Otro discípulo de Freud, Wilhelm Stekel<sup>2</sup>, acumuló una gran experiencia clínica con gente afectada por problemas psicosexuales y describió algunas observaciones originales de sus pacientes con tendencias homosexuales. La homosexualidad, teorizó, es la consecuencia del miedo al sexo opuesto. Confirmando las teorías de Freud relativas al origen psicodinámico de la homosexualidad en la niñez, Stekel minimizó la importancia de la supuesta predisposición hereditaria (mucho más de lo que hizo Freud) y quizá fue el primero en clasificarla como una neurosis. Además, no estuvo de acuerdo con

Freud sobre el papel causal del famoso “complejo de Edipo”, y señaló una serie de errores en la educación del niño que podrían ocasionar la neurosis homosexual. Subrayó el papel del padre, a menudo mucho más importante que el de la madre, como causa de la homosexualidad masculina. También apuntó el carácter infantil de la vida interior de estos pacientes –entendió la homosexualidad como un “infantilismo psíquico”<sup>3</sup>- y resaltó que la motivación homosexual estaba intrínsecamente ligada a sentimientos de infelicidad. Más que Freud, creyó en la posibilidad de un cambio radical de la inclinación homosexual; aunque también pensó que esto ocurría raras veces. Sus observaciones influyeron profundamente en el pensamiento de sus discípulos.

La segunda y tercera generación de psicoanalistas se basaron en los fundamentos dejados por sus predecesores. E. Bergler, psiquiatra austroamericano, introdujo un factor original: el llamado masoquismo psíquico<sup>4</sup>. El impulso homosexual contiene, según él una especie de autotormento, una necesidad inconsciente de sentirse rechazado y, en general, de *“coleccionar injusticias”*: situaciones desagradables y experiencias que dan la oportunidad de sufrir (de la misma manera que se dice que algunas personas *buscan los problemas*).

I. Bieber, otro psiquiatra estadounidense, y sus colaboradores han estimulado notablemente las investigaciones psicológicas de la homosexualidad gracias a su extenso estudio estadístico sobre la personalidad y sus factores infantiles en varones homosexuales<sup>5</sup>. Ya he anotado la escasez de hallazgos en los campos de la psicología y biología. Por otro lado, Bieber –al igual que sus sucesores- ha presentado con cronométrica regularidad un número más o menos específico de factores infantiles en hombres con tendencias homosexuales. Estos factores están entrelazados y forman un patrón reconocible relacionado de cerca con el proceso causal. Este patrón consiste en relaciones interpersonales con los padres, hermanos, y con el llamado grupo de los iguales, así como otros datos referentes al desarrollo psicológico, lo cual no es difícil de unir al pensamiento de los

teóricos de la psicología moderna<sup>6</sup>. Las estadísticas de Bieber y sus colaboradores pueden ser usadas también como plataforma para la teoría de la homosexualidad que voy a exponer. Dichas estadísticas son más aceptables por haber sido recogidas en varios subgrupos de personas inclinadas a la homosexualidad y en varios países.

La teoría no surgió de repente, sino que es el resultado de una evolución gradual de las investigaciones relativas a la neurosis y a la homosexualidad llevadas a cabo por psicoterapeutas formados psicoanalíticamente. Su fundador, el psiquiatra holandés Johan Leonard Arndt (1892-1965), integró una amplia variedad de observaciones y exámenes de los primeros teóricos, principalmente de Adler y de su propio maestro, Stekel. Arndt confirmó y elaboró un cierto número de las observaciones de Stekel, tales como: "Él (el homosexual) es infeliz, se siente condenado irremediabilmente al sufrimiento"; "Nunca he visto a un homosexual feliz o sano"; "(es) un eterno niño... que lucha con el adulto"<sup>7</sup>

Al introducir el principio de autocompasión, Arndt no niega de ningún modo las conclusiones de sus predecesores, sino que las completa con una síntesis que contiene otros datos relevantes obtenidos por autores contemporáneos de las más diversas orientaciones teóricas. El homosexual, dice, al igual que otros neuróticos, puede estar dominado por una estructura interna que se comporta autónomamente como el ego infantil, un niño que se entrega a la autocompasión. Habiendo descubierto este mecanismo en numerosos casos de neurosis poco claros en cuanto a la expresión sexual<sup>8</sup>, gradualmente se convenció de su aparición en cualquier tipo de neuróticos; finalmente también lo descubrió en los homosexuales<sup>9</sup>.

Arndt estaba impresionado por este lamento infantil crónico en los neuróticos adultos, de su persistencia y de su resistencia al cambio; aplicó el concepto freudiano de "represión" para aclarar la fijación de las reacciones infantiles de dolor y autocompasión, así como su carácter autónomo y repetitivo. Para Freud, el importante concepto de represión estaba íntimamente ligado a otro concepto esencial: es

subconsciente<sup>10</sup>. Ya en su primera publicación sobre la histeria, escrita en colaboración con Joseph Breuer<sup>11</sup>, Freud expuso la hipótesis de que las intensas emociones motivadas como reacción a las frustraciones, con frecuencia no son tratadas correctamente, sino que son suprimidas por la fuerza, de manera que se tratan disociadas del conocimiento consciente. Mantienen, sin embargo, su plena intensidad emocional en el subconsciente. Breuer y Freud se referían especialmente a los sentimientos de dolor, con sus respectivas manifestaciones de lágrimas, suspiros y cólera.

Arndt identificó la reacción principal de dolor como autocompasión. Sostuvo la hipótesis de que esta emoción fuese reprimida en el subconsciente para, posteriormente, forzar al neurótico a sufrir continuamente los impulsos de esta autocompasión (sin que él los reconozca como tales). La terapia para esta situación consistiría, lógicamente, en hacer consciente la autocompasión inconsciente del “niño que hay dentro y que se queja”. En ese momento, perdería su fuerza compulsiva sobre la mente.

En un principio, yo me adherí a la teoría de Arndt<sup>12</sup>, pero mis dudas acerca de ella aumentaron con los años, hasta que la rechacé. Innegablemente, la “represión” puede ser la explicación a varios fenómenos que solemos hallar en la psicoterapia. Así, se observa la conocida *resistencia* a admitir la autocompasión en el preciso momento en que ésta actúa. En efecto, hay algo que contrarresta el reconocimiento consciente de la autocompasión. Creo que este “algo” equivale más a un “orgullo herido”. Además, el proceso de superación de una neurosis, de una neurosis homosexual, una vez reconocido, está mejor descrito como una combinación de la conquista de su autoconciencia y de la lucha, en amplio frente, contra su infantilismo. No es tanto el desbloqueo de las represiones la causa del cambio, cuanto la disminución gradual de hábitos emocionales infantiles profundamente arraigados, como la autocompasión y reacciones asociadas a ésta. Lo más característico del neurótico es su egocentrismo, del cual la autocompasión es quizá el rasgo más

sobresaliente. Ganar en madurez emocional equivale en gran medida a disminuir este egocentrismo tan infantil.

La repetición neurótica y la resistencia al cambio se entienden mejor como efectos de los hábitos de formación o como “dependencia” a la autocompasión y a sus tendencias intrínsecamente conexas. Sin un esfuerzo deliberado por parte de la persona neurótica para adquirir autoconocimiento y combatir su autocompasión, ésta tenderá a buscar su satisfacción para, de esta manera, reforzarse. Se supera la neurosis cuando se rompen los lazos de la autocompasión. La concepción freudiana de represión en el subconsciente, y la del mismo subconsciente, me parece demasiado romántica. Estoy de acuerdo con aquellos que no creen en la existencia del subconsciente freudiano. Su existencia no ha sido empíricamente probada<sup>13</sup>.

En décadas pasadas, muchos otros eminentes psicoterapeutas han estudiado la homosexualidad bajo el punto de vista psicodinámico; sus observaciones y concepciones constituyen contribuciones altamente valiosas, que no son rechazadas por la presente teoría. Destacan nombres como Karen Horney<sup>14</sup>, H.S. Sullivan<sup>15</sup>, el psiquiatra y neurólogo francés Marcel Eck<sup>16</sup>, y los psiquiatras neoyorkinos Charles Socarides<sup>17</sup> y Lawrence Hatterer<sup>18</sup>. El libro de Hatterer merece una atención especial. No construye una teoría general, sino que explica un procedimiento práctico para el tratamiento de los homosexuales de sexo masculino. Describe muchos ejemplos de reacciones emocionales y de comportamiento verificado en sus pacientes, tales como los sentimientos de inferioridad, la idealización del compañero homosexual y la tendencia a sentirse como víctima. Esta y otras observaciones de fenómenos hallados durante la terapia son muy valiosas, y se encuadran en la teoría de la autocompasión.

Los defensores de la teoría que admite la homosexualidad como normal, afirman que cualquiera que siga creyendo que se trata de una condición *perturbada*, más específicamente de una *neurosis*, es decir, de un tipo de trastorno *emocional*, está irremediablemente

atrasado. La idea de que este trastorno puede ser superado sería, aún más, una seria manifestación de pensamiento obsoleto. Los partidarios de esta teoría parecen ignorar que es su propia alternativa la que está anticuada. En efecto, siempre recurren explícita o implícitamente, a alguna teoría “de lo innato”; en concreto, el punto de vista del siglo XIX. Los estudios sobre las peculiaridades emocionales de las personas que tienen este problema, así como la identificación del mismo como neurosis y algunos métodos de tratamiento, son recientes.

Aunque el concepto de neurosis es indispensable en la práctica clínica y existe un consenso razonable acerca del diagnóstico de una neurosis en casos individuales, no ha sido posible identificar un instrumento objetivo de diagnóstico para su medida. Los intentos con test “objetivos” fisiológicos y psicológicos para distinguir neuróticos de no-neuróticos no han tenido éxito hasta ahora<sup>19</sup>. Por tanto, los investigadores tienen que fiarse del test de la única prueba “subjetiva” que ha logrado éxito: el cuestionario, que en palabras de uno de los principales investigadores, “puede ser fiable para hacer una clara distinción entre neuróticos y personas normales”<sup>20</sup>. En una variedad de test, realizados en varios países y diferentes grupos socioeconómicos, los expertos han encontrado, sin embargo, el mismo resultado: los grupos de homosexuales alcanzan repetidamente más puntos en las escalas de neurosis, que los grupos de “control”<sup>21</sup>. Esta correlación es una buena evidencia científica a favor del carácter neurótico de la homosexualidad. Tales estudios incluyen grupos en situaciones clínicas –aquellos que ya han intentado alguna forma de psicoterapia– y aquellos otros que, por el contrario, se han adaptado a la vida en sociedad<sup>22</sup>.

En mi opinión, cualquiera que intente acercarse de modo imparcial a las publicaciones de investigación fisiológica y psicológica disponibles tendrá que admitir que la mejor interpretación de la homosexualidad es la que la considera como una variante de neurosis. De hecho, hoy en día, parece que unos pocos sociólogos y cultivadores de otras ciencias humanas admiten esta conclusión, que

es ignorada casi del todo por la opinión pública, lo que se debe a las predominantes tendencias prohomosexuales libertarias, que censuran los puntos de vista no deseados. Esto es lamentable y paradójico a la vez, ya que es precisamente en estas últimas décadas cuando la actitud fatalista (acerca de la imposibilidad de cambio en la homosexualidad) ha sido más injustificada que nunca.

Este libro se ha escrito después de más de veinte años de estudio de la homosexualidad, y después de tratar a más de 225 hombres homosexuales a una treintena de lesbianas a la luz de la teoría de la autocompasión. En mi opinión, la teoría de la homosexualidad como forma de neurosis autocompasiva es mucho más que una simple síntesis de material viejo. Es realmente un avance. Entender la naturaleza del problema es mucho más que un ejercicio académico: ofrece la esperanza de que los prisioneros del dogma de la homosexualidad como algo innato e inmutable puedan ser ayudados a madurar emocionalmente.

1. ADLER, ALFRED, *Das Problem der Homosexualität*, Reinhardt, Munich 1917
2. STEKEL, W., *Onanie und Homosexualität*, Urban&Schwarzenberg, Viena 1921.
3. STEKEL, W., *Psychosexueller Infantilismus*, Urban&Schwarzenberg, Viena 1922.
4. BERGLER, E., *Homosexuality: Disease or Way of Life?*, Hill&Wang, Nueva York 1957.
5. BIEBER, I. Y OTROS, *Homosexuality: a Psychoanalytic Study*, Basic Books, Nueva York 1962
6. Algunos estudios informando acerca de estos factores: EVANS, R.B., *Childhood Parental Relationships of Homosexual Men*, en "Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33 (1969), pp 129-135; SNORTUM, J.R. Y OTROS, *Family Dynamics and Homosexuality*, en "Psychological Reports, 24 (1969), pp 763-770; THOMSON, N.L. Y OTROS, *Parent-Child Relationships and Sexual Identity in Male and Female Homosexuals and Heterosexuals*, en "Journal of consulting and Clinical Psychology", 41 (1975), pp 120-127; STEPHAN, W.G., *Parental Relationships and Early Social Experiences of Activist Male Homosexuals and Male Heterosexuals*, en "Journal of Abnormal Psychology, 82 (1973), pp. 506-513; SIEGELMAN, M., *Parental Backgrounds of Male Homosexuals and Heterosexuals*, en "Archives of Sexual Behavior", 3 (1974), pp. 3-18; VAN DEN AARDWEG, G.J.M., *De factor*

- klaagziekte, neurose en homofilie*, en "Psychologica Belgica, 13 (1973), pp. 295-311.
7. STEKEL, W., *Onanie und Homosexualität*, ya cit.
  8. ARNDT, J.L., *Zelfdramatisering*, Stenfert Kroese, Leiden 1950.
  9. ARNDT, J.L., *Een bijdrage tot het inzicht in de homosexualiteit*, en "Geneeskundige Bladen", 3 (1961), pp 65-105.
  10. MADISON, P., *Freud's Concept of Repression and Defense*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1961.
  11. BREUER, J. Y FREUD, SIGMUND, *Studien Ubre Hysterie, Deuticke*, Viena 1895
  12. VAN DEN AARDWEG, G.J., *A Grief Theory of Homosexuality*, en "American Journal of Psychotherapy", 26 (1972), pp. 52-68.
  13. HOLMES, D.S. *Investigations of repression*, en "Psychological Bulletin" 81 (1974), pp. 632-653
  14. HORNEY, KAREN, *Our Inner Conflicts*, Norton, Nueva York 1975.
  15. STACK SULLIVAN, HARRY, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, Norton, Nueva York 1953.
  16. ECK, M., *Sodome: Essay sur l'homosexualité*, Anthème Fayard, Paris 1966
  17. SOCARIDES, C. W., *The Overt Homosexual*, Grune and Stratton, Nueva York 1968, idem, *Homosexuality* Aronson, Nueva York 1978.
  18. HATTERER, L.J., *Changing Homosexuality in the Male*, McGraw-Hill, Nueva York 1970
  19. Sobre tales intentos: EYSENCK, H.J., *The Scientific Study of Personality*, Routledge & Kegan Paul, Londres 1952; idem, *The Dynamics of Anxiety and Hysteria*, Routledge & Kegan Paul, Londres 1957; idem, *Experiments in Personality*, 2 vols. Routledge & Kegan Paul, Londres 1960; EYSENCK, H.J., GRANGER, G.W. Y BRENGELMANN, J.C., *Perceptual Processes and Mental Illness*, Chapman and Hall, Londres, 1957; CATTELL, R.B. Y SCHEIER, I.H., *The meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety*, Ronald Press, Nueva York 1961. Un posible candidato a test, EYSENCK, H.J., *Dimensions in Personality*, Routledge & Kegan Paul, Londres 1947, quedó descartado en la repetición del estudio: CLARIDGE, G., *The Excitation-Inhibition Balance in Neurotics*, en "Experiments in Personality", editado por EYSENCK, H.J., vol. 2, Routledge & Kegan Paul, Londres 1960.
  20. EYSENCK, *Scientific Study of Personality*, ya citado.
  21. Existen muchos cuestionarios de este tipo, denominados cuestionarios "neuroticistas": varias escalas o subcuestionarios del Minnesota Multiple Personality Inventory (MMPI) (DAHLSTROM, W.G. Y WELSH, G.S., *An MMPI Handbook* North Publishing Company, St Paul 1960)); el MAS (TAYLOR J.A., *A Personality Scale of Manifest Anxiety*, en "Journal of Abnormal and Social Psychology" 48 (1953), pp. 285-290); el Cornell Medical Index (BRODMAN, K., ERDMAN, A.J., LORGE, I., GERHENSON, C.P. Y WOLFF, H.G., *The Cornell Medical Index Health Questionnaire III; The Evaluation of Emotional Disturbance*, en "Journal of Clinical Psychology", 8 (1952), pp 119-124); algunas escalas del Sixteen Personality Factor Test (16PF) (CATTEL, R.B. Y

- STICE, G.F., *Handbook of the Sixteen Personality Factor Questionnaire* (Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois 1957)); del Maudsley Personality Inventory (MPI) (EYSENCK, H.J., *Manual of the Maudsley Personality Inventory*, University of London Press, Londres 1959)); y del Eysenck Personality Inventory (EPI) (EYSENCK, S.B.G., *Manual fo the Eysenck Personality Inventory*, University of London Press, Londres 1964)). Han recibido diferentes nombres, pero los estudios de factor analítico han dejado claro que todos están tan altamente correlacionados que se puede decir que son más o menos idénticos, y miden el mismo factor general de "neuroticismo" o "emotividad neurótica". BENDIG, .w., *Factor Analices of "Anxiety" and "Neuroticism" Inventories*, en "Journal of Consulting Psychology", 24 (1960), pp. 161-168, EYSENCK, H.J. Y EYSENCK, S.B.G., *Personality Structure and Measurement*, Routledge & Kegan Paul, Londres 1969; y GUILFORD, J.P., *Factors and factors of Personality*, en "Psychological Bulletin", 82 (1975), pp. 802-814.
22. Los test que confirman este hallazgo han usado el MMPI, el 16PF, el MPI, el EPI, la Neuroticism Scale Questionnaire (NSQ), y el Maudsley Medical Questionnaire (MMQ). Estudios sobre grupos clínicos de personas con tendencia a la homosexualidad (personas en tratamiento) son: VAN DEN AARDWEG, G.J.M., *Homofillie, neurose en dwangzelfbeklag*, Polak & Van Genneep, Ámsterdam 1967 (Holanda, MMPI y MPI); OLIVER, W.A. Y MOSHER, D.L., *Psychopathology and Guilt in Heterosexual and Subgroups of Homosexual Reformatory Inmates*, en "Journal of Abnormal Psychology" 73 (1968), pp. 323-329 (EEUU, MMPI); CATTELL, R.B. Y MORONY, J.H., *The Use of 16PF in Distinguishing Homosexuals, Normals, and General Criminals*, en "Journal of Consulting Psychology", 26 (1952), pp. 531-540 (Australia, 16PF); VERMEUL, A.W. – VAN MULLEM, *Het voorkomen van de zogenaamde homosexuele signs in de Rorschachtest* (investigación sin publicar, Gemeente Universiteit, Department of Psychology, Ámsterdam 1960) (Holanda MMQ); y FELDMAN, M.P. Y MACCULLOCH, M.J., *Homosexual Behaviour Therapy and Assessment*, Pergamon Press, Oxford 1971 (Gran Bretaña, 16PF y EPI). Aquellos que no usan grupos clínicos son CATTELL, R.B. Y MORONY, *Use of the 16PF*; DOIDGE, W.T. Y HOLTZMAN, W.H., *Implications of Homosexuality Among Air Force Trainees*, en "Journal of Consulting Psychology", 24 (1960), pp. 9-13 (EEUU, MMPI); DEAN, R.B. Y RICHARDSON, H., *Analysis of MMPI Profiles of Forty College-Educated Overt Male Homosexuals*, en "Journal of Consulting Psychology", 28 (1964), pp. 483-486 (EEUU, MMPI); BRAATEN, L.J. Y DARLING, C.D., *Overt and Covert Homosexual Problems Among Male College Students*, en "Genetic Psychology Monographs", 71 (1965), pp. 269-310 (EEUU, MMPI), MANOSEVITZ, M., *Early Sexual Behaviour in Adult Homosexual and Heterosexual Males*, en "Journal of Abnormal Psychology" 76 (1970), pp. 396-402 (EEUU, MMPI); idem, *Education and MMPI-MfSocres in Homosexual and Heterosexual Males*, en "Journal of Consulting and

Clinical Psychology", 36 (1971), pp. 395-399 (EEUU, MMPI); EVANS, R.B., *Sixteen Personality Factor Questionnaire Scores of Homosexual Men*, en "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 34 (1970), pp 212-215 (EEUU, 16PF); SIEGELMAN, M., *Adjustment of Male Homosexuals and Heterosexuals*, en "Archives of Sexual Behaviour", 2 (1972), pp. 9-25 (EEUU, NSQ); idem, *Psychological Adjustment of Homosexual and Heterosexual Men: A Cross-national Replication*, en "Archives of Sexual Behaviour", 7 (1978), pp. 1-11 (Gran Bretaña, NSQ);, LIONG A KONG, H.P., *Neurotische labiliteit en homfilie bij mannen* (investigación no publicada, Vrije Universiteit, Department of Psychology, Amsterdam 1965) (Holanda, MPI); y SBARDELINI, E. Y SBARDELINI, E. T., *Homossexualismo masculino e homossexualismo feminino: Neuroticismo e fatores psicológicos na infância* (investigación no publicada, Universidade Católica, Department of Psychology, Campinas, Sao Paulo 1977)

## EL COMPLEJO DE INFERIORIDAD DEL HOMOSEXUAL

Un niño es egocéntrico por naturaleza. Tiene la sensación de que su ego es lo más importante del mundo, se concentra en sí mismo. Dicho de otro modo, tiene un fuerte sentimiento de la importancia del *yo*. Debido a este egocentrismo, el niño se compara constantemente con otros (como son en la realidad, pero con la concepción subjetiva que tiene de ellos). Cuando el resultado de esta comparación es negativo –cosa que ocurre fácilmente– se siente dolido, menospreciado, agraviado, despreciado y falto del respeto y aprecio que tienen los demás, reales o imaginarios. Si el niño, con su gran necesidad de afecto y aprecio, se siente suficientemente valorado, estará contento y feliz. Lo será también si se siente privilegiado en comparación con otros, o tratado, por lo menos, en condiciones de igualdad por los demás y por el destino. Sin embargo, como ya he sugerido, el niño tiene una fuerte inclinación a sentirse menos privilegiado, menos amado, puesto en una situación menos favorable.

Justamente por sus ansias de aprecio, se siente profundamente frustrado ante cualquier carencia, real o imaginaria, de afecto o estimación. En ese caso, siente que su valor como persona decae; tiende a verse entonces menos valioso en comparación con los demás, como *carente* de sentido.

El egocentrismo innato del niño le lleva a sobrevalorar determinadas experiencias –aquellas en las que siente menosprecio– que, de ordinario, no tienen gran importancia. También asume el significado de “verse” menos valioso en aspectos particulares de su personalidad. Ser “menos” en cualquier aspecto secundario de su personalidad o de su vida le lleva rápidamente a pensar que es inferior *en todo*. La posibilidad –por ejemplo– de “ser gordo”, “ser menos apreciado que mi hermano”, “ser tartamudo”, “ser hijo de padres socialmente humildes”, o “ser un fracasado en la escuela” le afecta a la totalidad de su persona. Se siente entonces inferior en todos los aspectos, como si esa inferioridad parcial se hubiera esparcido sobre

su personalidad entera. Esta es la razón por la que, como norma, sentirse apreciado en un área de la personalidad no excluye una autoimagen inferior en otra.

Sentirse inferior supone pensar que los otros no pueden quererte debido a tu carencia de valor. No pueden realmente aceptarte, así que no perteneces a su grupo. Las consecuencias son reacciones emocionales como la vergüenza, la soledad, el autodesprecio y, naturalmente, la tristeza y la cólera.

El sentimiento o complejo de inferioridad puede derivar del parangón con los otros (el propio niño es el primero en forjárselo) y también de las críticas de los demás, particularmente de padres y otros miembros de la familia, y secundariamente de compañeros de juego y otras personas –externas al hogar- como los profesores. Con el paso del tiempo, cuando el complejo de inferioridad se refuerza con la repetición de experiencias externas o internas percibidas por el niño (o por el adolescente en cuanto concierne a nuestro tema) como análogos a las originarias, puede llegar a ser crónico.

Ello se convierte en una convicción profundamente asentada en su misma identidad (el “propio yo”), como algo absoluto, una imagen negativa de sí que comienza una vida por cuenta propia. Una vez arraigada, desarrolla una resistencia a nuevas experiencias modificadoras y a nuevos aprendizajes. Es rígida y autónoma, y todo el afecto y aprecio del mundo parecen incapaces de rehacerla. Este es el motivo por el que se le llama *complejo de inferioridad*. Para entender mejor este peculiar fenómeno debemos hacer hincapié en una reacción emocional importante que se desarrolla como respuesta a un complejo de inferioridad y que, de hecho, es parte esencial del mismo. Es la reacción emocional al ego dolido de un niño o adolescente: la autocompasión.

Si un niño o un adolescente que ha llegado a sentirse inferior, o no apreciado o no atendido, puede aceptar su situación, seguramente sufrirá debido a esa falta de amor, al desprecio y a las

carencias que observe en sí mismo, pero mediante su aceptación, el dolor disminuirá en poco tiempo; recuperará su equilibrio interior y el placer de vivir. Sin embargo, es difícil imaginar este tipo de reacción en niños o adolescentes, a causa de su ego-importancia innata. Relativizar la propia situación no es precisamente un atributo de la mente infantil.

El ego del joven debe reaccionar necesariamente con una emoción centrada en sí mismo y está obsesionado por la autocompasión "¡Qué lástima doy!" Nadie me quiere, no me aprecian, se ríen de mí, no quieren aceptarme", etc. Y pensando en sí mismo, es decir, viéndose a sí mismo en su mente como una pobre criatura, comienza a tener una inmensa compasión por ese propio sufrimiento. El niño siente autocompasión, del mismo modo que siente lástima por otras personas que sufren. "Soy feo, impopular, débil, no soy bueno para nada, me rechazan y estoy en desventaja con mi hermano o hermana". Todas estas frases implican otra: "¡Pobre de mí!"

La autocompasión, como indica la palabra, es lástima orientada directamente hacia uno mismo. Quizá no haya ninguna experiencia o percepción que pueda despertar la autocompasión del niño como efectivamente lo hace la idea de "estoy solo" o "soy menospreciado". La autocompasión reclama más que nunca la atención de la persona, sus energías mentales, hacia sí mismo. El ego busca entonces reconfortarse con la autocompasión, que es esencialmente un tipo de amor: un tipo de amor de sí mismo. El ego del niño quiere verse a sí mismo como una pobre criatura, como vería a otro que fuese merecedor de compasión.

Por la autocompasión se proporciona calor, se compadece, desea protegerse y mimarse a sí mismo y se siente con derecho a obtener compensaciones consoladoras. La autocompasión se expresa con palabras (compadeciéndose) y con quejas interiores, con lágrimas y sollozos. Se hace evidente por el tono de voz plañidero, expresiones faciales y posturas corporales. La autocompasión engendra casi

siempre sentimientos de protesta, en forma de cólera, hostilidad, rebelión o amargura, cuando el niño se siente tratado injustamente.

Analizándolo más de cerca, parece evidente que lo que designamos comúnmente como complejo de inferioridad (siguiendo la descripción de Adler) es idéntico a la autocompasión crónica de quien se siente inferior. Esto confirma la teoría del psicoanalista holandés Johan Arndt, que demostró el funcionamiento de la emoción universal –y yo añado “tan humana”- de la autocompasión.

Cualquier caso de complejo de inferioridad es también un caso de autocompasión crónica<sup>1</sup>. Sin ésta, los sentimientos de inferioridad no tendrían tantas consecuencias negativas. Arndt denominó a la autocompasión de niños y adolescentes “auto-dramatización”, ya que el niño se siente y se ve a sí mismo como alguien importante y digno de lástima. “Mi sufrimiento es único”. Su conciencia de sí mismo se convierte en conciencia de su desdicha: *pobre de mí*.

## EL NIÑO AUTOCOMPASIVO EN EL ADULTO

Las expresiones de autocompasión (llorar, quejarse, búsqueda de comodidad y compasión) pueden aliviar y ayudar a digerir las experiencias causadas por el dolor (el trauma). Los niños y adolescentes que se sienten solos durante largos períodos de tiempo con sus sensaciones desagradables nos desnudan su alma ante una persona de confianza. Se avergüenzan porque creen que nadie es capaz de entenderles. Como resultado, siguen alimentando su autocompasión.

Una vez empezado algo, los niños no suelen pararse tan fácilmente: esto es aplicable a muchas emociones y comportamientos, también a la autocompasión. Una vez que sienten lástima de sí mismos, tienden a perseverar en ello, incluso a desearlo, puesto que la autocompasión tiene un dulce efecto inherente a la lástima: el consuelo. Puede ser muy gratificante sentirse uno mismo como una

pobre criatura, incomprendida, rechazada y abandonada. Bajo este aspecto hay algo totalmente ambivalente en la autocompasión en la autodramatización.

Una reiterada autocompasión durante la niñez y adolescencia puede generar una dependencia de ésta. Con otras palabras, se convierte en un hábito autónomo de queja interior.

Este estado emocional de la mente es descrito por la siguiente fórmula: "el niño (o el adolescente) autocompasivo en el adulto". La personalidad del "pobre de mí" de la niñez (o la adolescencia) sobrevive en la misma forma; la personalidad completa de niño está aún presente.

Así que tenemos tres nociones casi coincidentes en la mayoría de los casos: el complejo de inferioridad, el niño que "habita" en el adulto y el hábito de la autocompasión (también llamado "enfermedad de la queja"). Son descripciones adecuadas de lo que ocurre en las mentes de los neuróticos en general, es decir, del que está afectado por dudas diversas, emociones obsesivas, sensaciones de inseguridad sin motivo y conflictos interiores.

Los rasgos más importantes de la personalidad neurótica provienen de las características antes descritas. En primer lugar, observamos una continuidad de modelos pueriles o propios de niños. De cualquier modo, se permanece anclado en el niño o adolescente del pasado. Esto incluye los deseos específicos, sensaciones, luchas y modos de pensar del niño. No todo lo propio del niño, sin embargo, permanece en el adulto acomplejado. La madurez de la personalidad se interrumpe seriamente sólo en aquellas áreas donde operaron las frustraciones infantiles; en otras palabras, donde han tenido su origen la autocompasión y los sentimientos de inferioridad. En otras parcelas, la persona puede madurar psicológicamente. En los casos en los que existe un fuerte sentimiento de "niño que se queja", la personalidad entera es inmadura, "infantil".

La homosexualidad es un tipo de neurosis. La persona con este complejo abriga una autocompasión infantil específica. Por este motivo, Bergler pudo afirmar: "A sus 50 años, él (el hombre con tendencias homosexuales) está emocionalmente en los años de su adolescencia"<sup>2</sup>

La tendencia a quejarse, tan perspicazmente descrita por Arndt, es un segundo rasgo neurótico manifestado usualmente, aunque en algunas personas se muestra más oculto. El neurótico grave manifiesta de modo más claro la necesidad de compadecerse; parece estar buscando continuamente, y encontrando, razones para compadecerse y quejarse; puede que se sienta crónicamente objeto de injusticia, o frustrado, o sufriendo siempre por algo. Sus quejas pueden basarse en cualquier aspecto negativo: sentimientos de decepción, de soledad, de incompreensión, de carencia, de afecto, de falta de amor, malestar físico, dolor, etc. Parece como si la mente neurótica no pudiera prescindir del sentimiento de autocompasión de autodramatización; por este motivo es como una "dependencia" o, lo que es lo mismo, una inclinación a la queja. El resultado es que la autoconfianza, la seguridad y la alegría de vivir están muy debilitadas en el neurótico.

Otro rasgo propio del neurótico es un deseo infantil de llamar la atención, de obtener la aprobación y la simpatía de los demás y, a menudo, una excesiva urgencia de autoafirmación. El "niño interior" anhela aprecio y cordialidad de modo tan insaciable e imperioso como un niño de verdad. Este ego infantil puede intentar ser importante, interesante, atractivo a los demás o ser el centro de atención tanto en la vida real como en su imaginación.

Es necesario mencionar como último rasgo el egocentrismo mental. Gran parte de la conciencia psíquica puede estar ocupada o enfocada hacia ese infantil "¡pobre de mí!". Para usar una comparación, el "niño compasivo en el adulto" mima y cuida de sí mismo como una niña cariñosa maneja una muñeca que trata como algo que merece compasión. Los sentimientos de amor hacia los

demás, basados en un auténtico interés por ellos, están bloqueados por ese egocentrismo compulsivo neurótico, que ha surgido más o menos espontáneamente.

## EL COMPLEJO DE INFERIORIDAD HOMOSEXUAL

Son muchos los tipos de complejo de inferioridad y las variantes del “niño compasivo interiormente”. El complejo de inferioridad homosexual es uno de ellos. Por eso, aparte de las formas de síntoma específico de deseo homosexual, la homofilia no es un fenómeno aislado, sino parte de una serie interminable de problemas neuróticos.

Hemos apuntado que los sentimientos de inferioridad se pueden manifestar en varios sectores de la esfera de la personalidad individual. El niño o el adolescente que está trastornado por fantasías e intereses homoeróticos sufre sentimientos de inferioridad cuando mira hacia su propia identidad sexual (o “identidad de género”); en otras palabras, acerca de su masculinidad o feminidad. Un chico se siente entonces inferior cuando *se compara* en su masculinidad, dureza, vigor, capacidades deportivas, atrevimiento, resistencia o apariencia de hombre con otros chicos. Una chica se siente inferior *cuando compara* su feminidad en sus intereses, en su comportamiento o en su físico con la de las otras chicas. Puede haber variaciones a esta norma, pero la línea general es inequívoca. Es fundamental en este tipo de sentimiento de inferioridad la conciencia de no pertenecer realmente al mundo de las mujeres o al mundo de los hombres, de no ser *uno de los chicos (hombres) o una de las chicas (mujeres)*.

En la mayoría de casos esta autoimagen de inferioridad aflora en la prepubertad y en la pubertad, entre los ocho y los dieciséis años, con un pico entre los doce y los dieciséis. En el que será después un adulto con tendencia homosexual, el tipo específico de infantil o pueril “ego autocompasivo” permanece siempre vivo, incluso en sus antiguas fantasías y frustraciones, y en su autoimagen de los demás.

Nuestro punto de partida ha sido un complejo de inferioridad, es decir, una sensación de no pertenecer al mundo de los hombres o de las mujeres. Algunas veces tales sentimientos son plenamente conscientes: el niño los expresará como el chico de diez años que más de una vez se quejaba ante su madre cuando le hablaba, contrariado, de sus contactos con otros chicos de la escuela: “¡Soy tan débil!”. (Me lo contó esto la madre cuando acudió a mí para hablar acerca de la homosexualidad de su hijo). Otros jóvenes pueden tener estos mismos sentimientos sin que realmente se den cuenta de ellos; son conscientes de ello después de unos años: “Mirando a mi pasado, descubro que siempre me he sentido inadaptada y poco atractiva comparada con las otras chicas”, respondía una lesbiana, “pero nunca fui consciente de ello”.

Conscientes o no, los niños y las adolescentes sufren a causa de estos sentimientos de inferioridad que les roen. A menudo, no admiten este sufrimiento sin vergüenza ante ellos mismos, pues son conscientes de que el reconocimiento de sus inferioridades puede resultar doloroso: daña el propio ego, el amor propio o la ego-importancia infantil.

Este sentido de inferioridad de un niño o de un adolescente puede distorsionar la imagen que tiene de los demás, algunos de los cuales pueden parecerle superiores. En el caso del chico, otros chicos y jovencitos le pueden parecer más masculinos o más fuertes. En el caso de la chica, otras chicas y mujeres le parecen más femeninas, más bonitas, más graciosas o más cercanas al ideal femenino. Desde ese punto de vista, las características físicas de los demás pueden ser centrales, pero en otros casos lo son la conducta y el comportamiento. Miembros del mismo sexo, y algunos de ellos más específicamente, son *idealizados* e incluso *idolatrados*.

Hasta cierto punto, la idealización de personas del mismo sexo es normal durante la pubertad y adolescencia. Los chicos de esa edad admiran a los deportistas, héroes, aventureros o pioneros: hombres

con coraje, fortaleza y éxito social. Se sienten atraídos por los ejemplos masculinos dominantes: el vigor y el atrevimiento masculino tienen un alto valor para ellos. Por consiguiente, admiran en algo a los chicos mayores, que son ya “más hombres” y quieren imitarles. Por su parte, las chicas prestan atención a los encantos y atributos femeninos de otras chicas y de mujeres más maduras que ellas. Admiran la sociabilidad y la gracia femeninas.

## MASCULINIDAD Y FEMINIDAD: ¿ESTEREOTIPOS CULTURALES?

Llegados a este punto no podemos evitar algunas notas características de la opinión actual, que rechaza las ideas tradicionales de masculinidad y feminidad, así como los “modelos de roles”, como meros productos culturales. De acuerdo con esta opinión, la cultura tradicional ha sobrevivido a su tiempo y, por lo tanto, el “adoctrinamiento” de los niños con estereotipos de papeles sexuales está profundamente desaprobado. De hecho, para nuestra explicación de la homosexualidad no es decisiva la cuestión de si los modelos de masculinidad y feminidad son transmitidos naturalmente o no. Los sentimientos homosexuales, de hecho, emanan del sentirse deficiente en la propia masculinidad o feminidad, tal *como es percibida por el niño* (o por el adolescente) en su comparación con los demás. Hablando estrictamente, es irrelevante que esta masculinidad (o feminidad) sean algo relativo en cuanto dependientes de hábitos culturales arbitrarios o parte de la herencia biológica del hombre, o una mezcla de ambos.

No obstante, la hipótesis predominante actual de la equivalencia fundamental de los sexos puede confundir un recto juicio sobre los comportamientos por desviación sexual. Además, los métodos igualitarios de educación infantil ponen en peligro seriamente el desarrollo emocional en general y su desarrollo sexual en particular.

La teoría de la equivalencia es insostenible. En todas las culturas, tiempos y lugares del mundo, hombres y mujeres se

diferencian en muchas dimensiones básicas del comportamiento. La interpretación más aceptable de esto es el factor hereditario. Los chicos y los hombres, más que las chicas y las mujeres, tienen una tendencia hereditaria a la "dominación social", a ejercer la autoridad en la vida social<sup>3</sup>; son "luchadores" en el sentido amplio de la palabra y su modo de pensar suele estar dirigido hacia un objeto concreto. Las mujeres, en cambio, suelen dirigirse más hacia las personas, reaccionan con mayor fortaleza ante los estímulos emocionales y son sensiblemente más expresivas. Son más cuidadosas y experimentan una mayor "empatía" en sus emociones, lo cual no es una mera cuestión de aprendizaje estereotipado tradicionalmente (quien quiera profundizar en este campo puede leer el resumen de May sobre investigaciones acerca de las diferencias entre sexos, efectuadas en niños de varias culturas –incluida la nuestra–, en adultos y en algunos primates más altamente desarrollados que, por lo visto, presentan parecidas diferencias masculino-femeninas)<sup>4</sup>

Por tanto, los papeles tradicionales ideales –ridiculizados hoy en día– del chico como alguien "firme", "fuerte", "líder" y que "conquista el mundo"; y de la chica como "cuidadosa" y "cariñosa" son más verdaderos de lo que aparentan a primera vista. Esto no significa que se deban exagerar estas diferencias psicológicas, ni tampoco extraer de ellas normas rígidas y absolutas de comportamiento (por ejemplo: profesiones y ocupaciones concretas asignadas a la naturaleza innata de hombres o mujeres). Lo que se afirma es que no es natural asignar los mismos papeles sociales y de comportamiento a chicos y a chicas (hombres y mujeres). Tampoco es natural comportarse como si los diferentes porcentajes de hombres y mujeres en profesiones variadas indicaran "discriminación" o injusticia social. Se deben hacer distinciones claras en los papeles asignados a chicos y a chicas durante la educación. No es deseable, ni beneficioso para el conjunto social, negar la evidencia de preferencias y talentos ligados al sexo en el caso de ciertas ocupaciones o papeles, y no hacer uso de las capacidades y dones inherentes y propios de uno u otro sexo.

La psique humana es profundamente masculina o femenina. Esto se observa en niños educados sin apenas presión en la dirección de los papeles correspondientes a su género natural. Por ejemplo: niños criados más bien como niñas, con una presencia excesiva de una madre feminizante –con la cual se identifican o imitan-, o niños educados por padres ancianos en un ambiente que no favorece el comportamiento como jóvenes varones: a pesar de todo, ellos desean en le fondo de su corazón las cosas de los chicos, aunque su comportamiento no sea el propio de los chicos. A menudo, admirarán a los otros chicos que ven como tipos masculinos. Una chica educada con una actitud despreciativa hacia lo femenino (“¡coser y todas esas ropas de niñas no son para mí!”), se impresionará –y admirará indefectiblemente dentro de sí- con aquellas chicas o mujeres que irradian feminidad. He observado más de una vez que las mujeres que luchan contra este “papel femenino opresivo” se sienten de hecho inferiores a ese papel. De hecho, admiran a las mujeres que aceptan libremente su feminidad.

Podemos enfocar la cuestión de otra manera: los hombres y mujeres jóvenes sosegados, felices y sin conflictos interiores, parecen no tener problemas de papeles. Experimentan una determinada tendencia masculina o femenina en varios campos de su vida, como algo bastante evidente. Ninguno tiene problemas con la relación “tradicional” hombre-mujer.

Considerando todos estos elementos, la filosofía psicológicamente más razonable es tomar las diferencias básicas de comportamiento sexual como punto de partida para estudiar las relaciones mutuas entre hombre y mujer, dentro y fuera del matrimonio. Dependiendo del tiempo y de las circunstancias, la expresión concreta de estas relaciones variará, pero sin abandonar el modelo configurado por la naturaleza. Los papeles sexuales son *complementarios*, de acuerdo con la naturaleza complementaria de los talentos o dones ligados al sexo. La eliminación forzada de estos patrones de comportamiento ligados al sexo, inspirada en todo caso por frustraciones neuróticas o por una filosofía igualitaria errónea, tan

sólo producirá fricciones inútiles en las relaciones entre sexos y no será útil para la madurez psicológica.

## LA HOMOSEXUALIDAD EN EL DESARROLLO SEXUAL

El hombre tiende por naturaleza a identificarse con su propio género. Un chico quiere pertenecer al mundo de los demás chicos y hombres, al igual que una chica a de las otras chicas y mujeres. El deseo de ser reconocido como uno de los chicos (o chicas) es también algo innato en chicas y chicos con sentimientos de inferioridad en su feminidad o masculinidad, respectivamente.

Como ya hemos visto, un sentimiento continuado de inferioridad genera autocompasión y autodramatización. La conciencia penosa de ser diferente, en el sentido negativo del término, estimula el deseo de reconocimiento y aprecio por parte de los que son idealizados, para poder *ser uno de ellos*. Esto es comprensible ya que está basado en una compasión de intensidad infantil: "¡Pobre de mí! Desearía ser como ellos..." o: "¡si sólo uno de ellos reparara en mí, si se cuidara de mí!". El adolescente afligido que se compadece busca un *contacto* por encima de todo: comprensión, consuelo, compasión, afecto. A esto, se añade un sentimiento de soledad y, a menudo tiene dificultad en relacionarse con los demás y será fácil comprender que el deseo de llegar a ser amigo de alguien admirado puede alcanzar gran intensidad. Esto ocurre, en primer lugar, en la imaginación del adolescente. Él puede "enamorarse" (de esta manera peculiar) de algunos compañeros de su edad, a menudo un poco mayores que él. Normalmente es un amor a distancia. En cualquier caso, la tendencia íntima emocional es la siguiente: "¡Nunca se hará realidad! ¡Nunca lograré su atención y su amor!". Es un deseo de aprecio y "calor" impulsado por la autocompasión, propio de la edad en la que la inclinación sexual, aún vaga, empieza a despertar. Esta patética necesidad de "calor" puede conducir a fantasías eróticas íntimas con algún amigo admirado. En otros casos, el adolescente no tiene claros los deseos de cercanía y contacto físico, aunque más tarde pueda

darse cuenta de que estaban latentes. Mirar intencionadamente a los otros chicos jóvenes por la calle es quizá el rasgo más común del despertar de los intereses homoeróticos. Se quiere tocar y acariciar el objeto de admiración y ser acariciado por él, estar cerca de él, intimar con él, captar su atención y "calor". "¡Si me quisiera...!", es la respuesta habitual del chico. La extensión natural de esta necesidad de "calor" y amor es una avidez erótica; no debe extrañar, puesto que en una fase particular del desarrollo psicológico –pubertad e inicio de la adolescencia- el instinto sexual se encuentra en una etapa de crecimiento, aún no ha alcanzado su meta final: el sexo opuesto. Por lo general, es posible que un chico –durante esta fase de madurez progresiva de sus emociones sexuales- desarrolle sentimientos eróticos hacia miembros de su propio sexo. Esto ocurrirá más fácilmente en el caso de chicos o chicas que se sientan excluidos, solos, inferiores y deseosos de "calor". Su admiración por la apariencia física o la personalidad de los demás toma entonces una dimensión erótica. Los sueños eróticos estando despierto o las fantasías de la masturbación se centran en torno a personas idolatradas del mismo sexo y se manifiesta el deseo homosexual.

En casos normales, el interés temporal –más o menos erótico- por miembros del mismo sexo desaparecerá cuando el chico (o chica) crezca y descubra los aspectos sexuales, mucho más atractivos, del sexo opuesto. Sin embargo, este interés adquiere especial importancia en el caso de chicos autocompasivos, abrumados por sentimientos de inferioridad acerca de su identidad sexual. Tanto para un niño como para un adolescente, el contacto corporal con alguien admirado supone la plena realización del apasionado deseo de amor y aceptación, la máxima felicidad. Ese contacto hace desaparecer, en la mente patética del adolescente, toda miseria interior, inferioridad y soledad. De esta forma, durante la adolescencia, puede crearse un engranaje entre el deseo de contacto de un niño que se siente merecedor de compasión y el erotismo.

El deseo por alguien del mismo sexo es pasivo, un afán por ser querido. No es, por tanto, una experiencia feliz y gozosa como la

del enamoramiento normal; el sentimiento de fondo es de desesperanza, de dolor. Esta búsqueda de amor está, por supuesto, dirigida al propio ego (el amor homoerótico es egocéntrico y "narcisista").

Sentimientos homoeróticos como los descritos en este esquema pueden ser bastante débiles al principio, pero van aumentando constantemente en intensidad, causada a menudo por sentimientos de soledad y por las fantasías eróticas de la masturbación. En cualquier caso, esta búsqueda erótica de niño autocompasivo, se convierte en una entidad independiente en la vida emocional; es lo que llamamos "complejo". Es como si la mente hubiera adquirido una *dependencia* de esta mezcla de autocompasión y anhelo erótico.

Muchas personas con tendencias homosexuales perciben su inclinación sexual como una obsesión, crónica o temporal. Sus sentimientos sexuales absorben a menudo gran parte de su atención, ocupan su pensamiento, mucho más que en los heterosexuales. Los impulsos homosexuales tienen realmente un carácter compulsivo, por lo que se asemejan a otros trastornos neuróticos, tales como fobias, preocupaciones obsesivas y neurosis obsesivo-compulsivas (causas de la inquietud del paciente). La principal fuerza de esta vehemencia es la insatisfacción inherente al complejo de inferioridad, motivo por el que el deseo es insaciable (puesto que el complejo se producirá siempre de nuevo).

Una correspondencia o relación homosexual no puede satisfacer o proporcionar ningún tipo de felicidad, exceptuando pequeños "flashes emocionales". El compañero ideal sólo existe en la imaginación insaciable del paciente que sufre este complejo y, así, nunca lo encuentra. El sociólogo alemán Dannecker, homosexual confeso, fue objeto de las iras del movimiento homosexual al declarar explícitamente que la "amistad homosexual fiel" era un mito. Dicho mito –afirmó cínicamente– tendría su finalidad en acostumar a la sociedad al fenómeno homosexual. La "amistad duradera" se vende fácilmente.

Tenemos que aceptar este fenómeno en su plena realidad y conseguir que lo acepten las masas. La realidad, admite, es que buscamos muchos *partners* forzados por nuestra "inclinación". Dannecker corrobora su afirmación con estadísticas sobre el número de *partners* de los que tienen tendencias homosexuales, comparado con el de los heterosexuales<sup>5</sup>. Lo que dice no es nuevo. Confirma el carácter compulsivo y frenético de la homosexualidad: ser "gay"\* no es algo "gozoso", sino una psico-dependencia.

(\*Juego de palabras con el que el Autor alude al significado de "gay": alegre.)

Un ejemplo del curso inevitable de los acontecimientos es el testimonio de un hombre con tendencia homosexual, que creyó haber encontrado, después de muchos años, un compañero al que amar realmente toda la vida: "Al principio creí que realmente me había encontrado a mí mismo en esa relación. Estaba convencido de que todas las desgracias que tuve en mi pasado eran debidas a la necesidad de un amigo estable. Sin embargo, lo raro fue que esa misma inquietud volvió de nuevo. Una vez más, me vi en la necesidad de dar rienda suelta a contactos furtivos, a pesar de la buena relación que mantenía con mi compañero (durante un par de meses)". La conclusión de este hombre fue que la homofilia es realmente una compulsión neurótica. De todas formas, no había decidido si quería deshacerse de ella.

En síntesis: lo que el homosexual busca inconscientemente no es encontrar a alguien y disfrutar de esa relación, sino que busca dolor y sufrimiento para alimentar su necesidad de autodramatización.

1. ARNDT, J.L., *Genese en psychotherapie der neurose*, 2 vols. Boucher, La Haya 1962
2. BERGLER, E., *Counterfeit Sex*. Grunne & Stratton, Nueva York 1958.
3. GOLDBERG, S., *The Inevitability of Patriarchy*. Temple Smith, Londres 1977.
4. MAY, R., *Sex and Fantasy, Patterns of Male and Female Development*. Norton, Nueva York 1980
5. DANNECKER, M., *Der Homosexuelle und die Homosexualitat*. Syndikat, Frankfurt 1978.

## ORIGEN Y MECANISMOS DEL COMPLEJO HOMOSEXUAL

Algunas personas desarrollan un complejo de menosprecio, incomprensión; otras de ser un fracasado, incompetente, no querido, etc. La autoimagen de inferioridad "yo soy sólo..." va acompañada, invariable y estrictamente, de la autocompasión, del sentimiento de "¡pobre de mí!". Esto es típico del complejo homosexual, que se refiere al sentimiento de inferioridad en su identidad sexual. ¿Por qué algunas personas desarrollan un complejo homosexual en su juventud y otras un complejo de inferioridad no referido al sexo?

### ORIGENES EN EL HOMBRE

Un chico puede llegar a sentirse menos masculino, menos viril, cuando ha sido educado de una forma sobreprotectora y de ansiedad por una madre entrometida, cuando su padre ha prestado poca importancia a su educación<sup>1</sup>. En la mayoría de los casos, es la *combinación* de estos estilos paternos y maternos de formación la que predispone al desarrollo del complejo homosexual. Antes de continuar, debemos estudiar la cuestión de la culpabilidad<sup>2</sup>. Podríamos acusar a los padres, y a sus defectos de carácter, de ser los responsables; pero no es este el caso. En primer lugar, nuestra tarea es de tipo psicológica y no moral, lo que significa que tan sólo indicamos determinadas relaciones entre padres e hijos, o entre el comportamiento de los padres y el de sus hijos. En segundo lugar, los defectos y debilidades de la personalidad observados en ciertos padres de personas tendentes a la homosexualidad no les pueden ser imputados simplemente como culpa. Estos padres actúan a menudo a partir de modelos de los que apenas son conscientes, y no ven claramente cómo sus modos de tratar a los hijos pueden afectarles. Además, ellos mismos son en parte producto de su propia infancia. Yo no juzgo su libre voluntad y, por tanto, su responsabilidad moral. Hay cierto grado de culpa, puesto que nadie puede ser completamente

“programado” por su educación y las circunstancias en que ha vivido en su juventud. El alcance de la culpa paterna no puede ser evaluada, sin embargo, más allá de la culpa de cualquier padre que comete errores en la educación de sus hijos. La naturaleza de nuestros defectos como padres puede diferir, pero todos tenemos hábitos egocéntricos y otras debilidades, seamos conscientes o no de ellos. Los padres de personas con tendencias homosexuales pueden tener su parte de culpa, pero en la mayoría de los casos no más que la del resto de padres.

Las personas con tendencias neuróticas quejumbrosas mantienen a veces una actitud de reproche a la educación recibida de sus padres. Debemos darnos cuenta de que esto es otro tipo de queja. Además, estas quejas prolongadas acerca de los padres –en la que el hijo se ve a sí mismo como una víctima- están siempre basadas en una visión no realista de los padres. La perspectiva del niño que se lamenta de los padres es por definición una visión infantil, condicionada por sentimientos egocéntricos. Es necesario corregir esto para que la persona madure, pero los homosexuales neuróticos continuarán igualmente quejándose de las actitudes equivocadas de sus padres. De esta manera aumentan los vínculos infantiles no resueltos (apego o aversión), con sus madres o con sus padres.

Para los cristianos, hay una razón adicional para desistir de una lamentación persistente acerca de las equivocaciones de sus padres, entienden que es necesario el perdón. Algunos casos de pacientes con tendencias homosexuales muestran claramente que el progreso terapéutico puede bloquearse debido a la incapacidad o a la poca disposición para perdonar a un padre.

Otro efecto de la queja infantil hacia los padres es que impide asumir las propias responsabilidades. En otras palabras, el “niño quejumbroso” que hay en el neurótico no acepta ningún tipo de responsabilidad de su comportamiento e inclinaciones.

Así, hemos llegado a la culpabilidad del homosexual neurótico. ¿Es el responsable de su situación? o ¿es una víctima de su enfermedad, un enfermo? Nuestra respuesta debe evitar ambos extremos. El homosexual neurótico es como cualquier otro neurótico, y como cualquier ser humano; no es completamente inocente. Todas las debilidades y hábitos emocionales del hombre medio, categoría a la que pertenecen los que tienen tendencias homosexuales, han sido formadas, en parte, gracias a que las hemos consentido. Esto es aplicable igualmente a la autocompasión, autoconmiseración, hábitos de autoafirmación infantil, al reclamo de atención, etc. Existe cierto grado de culpa si una persona de tendencia homosexual se entrega demasiado fácilmente a sus impulsos, masturbándose o buscando contactos, e incluso mucho más si justifica su actitud y la recomienda. Esto es todo lo que podemos decir sobre el tema. Es incuestionable que hay algo automático en un complejo neurótico, por lo que una persona no puede ser, al menos plenamente, responsable. Esto es cierto para cualquier deficiencia de carácter o personalidad (no tenemos en cuenta aquí a personas que son realmente enfermos mentales, como los esquizofrénicos).

## RELACIONES CON LOS PADRES

En el 60-70% de los casos, la madre, de una forma u otra, ha sido demasiado interesada: sobreprotectora, dominante, entrometida, mimosa, intrigante o proclive a viciar. Ha tratado a su hijo como un bebé, o como su favorito, su confidente. Estas influencias han hecho el chico dependiente y débil, han sofocado su espíritu emprendedor, su coraje y su autoconfianza. Este tipo de madres transmite su actitud temerosa de la vida hacia sus hijos; una madre que quiere decidirlo todo por su hijo anula su voluntad y su iniciativa. Los chicos criados así difieren bastante de la vitalidad infantil normal; son demasiado obedientes o inhibidos.

Puede ocurrir también que un hijo esté demasiado apegado a su madre por culpa de un afecto sin moderación –esencialmente

egocéntrico- o adoración de la madre hacia el chico, el cual se coloca en una situación especial. Él será luego incapaz de salir de la atmósfera de seguridad y de mimo de su madre, y vuelve a ella tan pronto como el mundo exterior no le responde placenteramente. Quien quiera un ejemplo sobre los perniciosos efectos de este amor enfermizo madre-hijo debe leer la vida del novelista francés Marcel Proust: escribía cartas de amor a su madre cuando era adolescente, ¡viviendo ambos en la misma casa!

En algunos casos, el amor materno es al mismo tiempo algo vehemente. Por ejemplo: la madre amenaza con ataques de la histeria si el hijo no se comporta tal como ella desea. En otros casos, la madre se impone al hijo de un modo más amistoso, pero al fin y al cabo se impone igualmente.

A pesar de las tentativas de militantes homosexuales y de reformadores sexuales liberales de minimizarlo, es indiscutible que las madres han ocupado un lugar demasiado principal en la niñez de numerosos hombres homófilos. La consecuencia es que el hijo depende demasiado de su madre, y preserva su actitud hacia ella sin modificar ese “niño que se compadece” que lleva dentro. Este “niño” tenderá a transmitir esta actitud hacia otras mujeres. Ha sido el “niño bonito de mamá”, el “niño obediente y temeroso”, el “chico dependiente” y, en algunos casos, “el chico reprimido y tiranizado”. Estos lazos maternos son enfermizos y constituyen un gran obstáculo para que el niño se convierta en un hombre adulto.

Después de muchas conversaciones con hombres angustiados por sus tendencias homosexuales, el investigador y terapeuta. Bieber afirmó que ninguno de sus pacientes había tenido una relación normal padre-hijo<sup>3</sup>. En la mayoría de los casos, el padre estaba “alejado”, no se involucraba en los intereses y en la vida cotidiana de su hijo. Mi experiencia es la misma. Un análisis más detallado de una serie de factores psicológicos infantiles –llevado a cabo con un subgrupo de 120 de mis pacientes masculinos con este problema- dio como resultado que tan sólo dos o tres casos de relación padre-hijo podían

ser considerados positivos. Incluso en aquellos casos la relación con el padre era una relación distante. Uno de los padres era ya anciano cuando su hijo era un chico; y el otro caso, el lazo afectivo entre el padre y el hijo me pareció demasiado frívolo. Podemos afirmar entonces que rara vez la relación padre-hijo es positiva: el hombre que desarrolla un complejo de inferioridad homosexual no ha tenido la oportunidad de conocer a su padre como un auténtico padre.

Esta deficiente relación con el padre puede haber tenido varias causas. Un padre psicológicamente alejado puede prestar poca atención a su hijo porque éste sea uno de los más jóvenes entre los hermanos (en una familia numerosa). El interés paterno se concentra en los hijos mayores. En algunos casos, el padre consideraba al hijo como una obligación de la esposa (la existencia de un lazo exclusivo madre-hijo pudo condicionar esta actitud del padre).

Un buen ejemplo de una situación similar fue la del novelista holandés Louis Couperus, que vivió a principios de este siglo. Desarrolló un complejo de inferioridad porque creía "ser un inepto". Esta autoimagen se originó porque se sentía dolido por la falta de aprecio de su padre. El padre había abandonado a su hijo pequeño, Louis, al cuidado de la madre y de sus hermanas mayores; no lo aceptó en su propio mundo, que compartió con los hermanos mayores<sup>4</sup>.

Algunos padres están demasiado ocupados para dedicar tiempo a su familia y, en particular, a uno de sus hijos. Otro grupo de padres forman las clásicas "personalidades débiles", poco masculinas, demasiado dependientes, temerosas y que, a veces, se apoyen demasiado en su esposa. Son flojos como modelos de virilidad, con lo que sus hijos tienen un patrón deficiente con el que identificarse. A padres relativamente ancianos les falta el dinamismo juvenil necesario para el desarrollo de sus hijos: no juegan con ellos ni les animan a desarrollar actividades masculinas. El resultado es que el comportamiento de los hijos se ve afectado, pareciéndose a un "pequeño viejecito".

En cerca de una cuarta parte de mis casos y de la de otros investigadores, el hijo experimenta la figura del padre como algo inequívocamente negativo. Su padre le critica, no le da su aprobación, así que el hijo se siente rechazado por el hombre más importante de su mundo. El chico también se siente menos apreciado si el padre le compara continuamente con sus hermanos y hermanas. En cierto porcentaje de casos –probablemente alrededor de un 20%- experimentar el rechazo del padre parece ser el factor crucial del trauma psíquico, haciendo que el chico se sienta excluido del mundo masculino.

Para un chico, su padre es el prototipo de hombre. Sentirse apreciado por el padre es esencial para su autoconfianza como hombre. Lo mismo sirve esta conducta para la chica en relación con su madre.

## OTRAS INFLUENCIAS

Por término medio, creo que pesa más el factor del padre que el de la madre. Sin embargo, hay mayor riesgo de desarrollo homosexual si está presente la influencia de ambos factores. Como norma, la homosexualidad masculina resulta de la combinación de defectos de ambos padres.

A propósito de esto, debo apuntar que en la mayor parte de mismos casos existían graves problemas entre los padres de mis pacientes: a veces, la madre era evidentemente la personalidad más fuerte o dominante, obligando al padre a retirarse a un segundo plano; otras veces, la madre sufría a causa de la negligencia del padre, y esta insatisfacción le hacía apegarse a uno de sus hijos. En general, una mujer tiene la tendencia natural a hacer de un hombre de su entorno “su hombre”; si no tiene un lazo emocional con su marido, lo buscará con un hijo.

Además, están también todo tipo de tensiones matrimoniales. Tienen su origen en diferentes hábitos egocéntricos y en los modos de actuar y reaccionar infantiles que todos llevamos con nosotros en el matrimonio. La incidencia de relaciones matrimoniales satisfactorias es, sin embargo, estadísticamente más baja entre padres de personas con tendencias homosexuales que entre padres de personas que no han desarrollado este complejo. Esto nos ayuda a entender una vez más que la homosexualidad no es un fenómeno individual limitado a quien es afecto, sino también un síntoma de desequilibrio familiar y, no raramente, de discordia entre los padres.

Al contrario, las personalidades de los padres, sus relaciones mutuas y con los hijos, y sus modos de educarlos no son los únicos factores que predisponen a la homosexualidad. Dentro del ámbito familiar, factores como los siguientes pueden contribuir al desarrollo del complejo homosexual: número que ocupa el hijo entre los hermanos, proporción de chicos respecto a chicas, rivalidad o bromas entre hermanos,... De acuerdo con algunos estudios, los hombres con inclinaciones homosexuales –en mucha mayor medida que los heterosexuales-, son los hijos más jóvenes de familias numerosas. Esto sugiere la existencia de una madre sobreprotectora y quizá un padre de edad avanzada y más distante. Algunos hombres con este complejo provienen de familias en las que predominan los chicos, situación que hace que la madre tienda a tratar a uno de sus hijos como si fuera una hija. Un chico puede también desarrollar el complejo si se ve a sí mismo como el más débil o el menos viril de los hermanos (resultado de compararse con ellos, o bien porque le gastan bromas o le ridiculizan). El factor “burla” ha sido extremadamente importante en un buen número de personas que he estudiado con este complejo. La comparación con un hermano en particular, que es visto como más fuerte, parece ser en otros casos el factor que desencadena el complejo.

Finalmente, debo apuntar la influencia de otros factores que predisponen, tales como la auto-percepción de ser feo y débil físicamente. Un chico puede sufrir durante cierto tiempo a causa de ser

flojo, enfermizo, asmático, demasiado bajo de estatura, demasiado flaco o demasiado gordo. Estas autoimágenes son asimiladas como variantes de ser poco fuerte y poco atractivo como varón.

El resultado de lo dicho acerca de los padres y de otros factores puede ser una falta de masculinidad en el comportamiento e intereses y, más específicamente, una carencia de atrevimiento y autoconfianza en las actividades juveniles, como el pelear. El chico huye de estas actividades diciendo: “no son para mí...”. Por ejemplo: los estudios revelan que la mayoría de los hombres con este complejo tuvieron una sincera aversión infantil hacia el fútbol u otros juegos de grupo. Tales juegos son, en mayor o menor medida, la personificación de la actividad de los chicos en nuestra cultura; requieren competir con los demás compañeros de juego y cierto espíritu de lucha, e indican el grado de conexión del individuo con el grupo<sup>5</sup>.

El siguiente paso en el desarrollo del complejo homosexual es decisivo. Es la *autocompasión del niño con compañeros de su misma edad y sexo*. Si un chico, con influencias familiares desfavorables (como las que hemos descrito), cruza con éxito el umbral de las actividades masculinas y entra en el mundo de los chicos –animado por los demás, por ejemplo- se puede afirmar que el peligro de desarrollo homosexual se ha erradicado. A menudo, las cosas no toman este rumbo positivo y, en vez de conquistar por sí mismo una posición entre los otros chicos, el muchacho se desanima y se abandona a sentimientos de insuficiencia y autocompasión. Si tiene la ocasión de hacer un amigo, éste será un marginado como él: se siente solo y apartado. Frecuentemente, este tipo de chicos son objeto de burlas, ridiculizados por su falta de valor, les llaman “maricas” y cosas similares.

Muchos pasan por un período preadolescente o adolescente de soledad y depresión. Entonces, comienza el tercer paso en el proceso de desarrollo. El chico sueña en ser como los demás y encontrar un amigo en su misma situación. El deseo homoerótico de

consuelo y compasión va indisolublemente unido al inicio de la auto-dramatización.

Estadísticamente, la homosexualidad está generalmente unida a estos factores de "adaptación social", o "factor de igualdad", mucho más que a circunstancias relativas a los padres o a situaciones familiares<sup>6</sup>. El drama interior de estos hombres es que en su niñez o adolescencia no pudieron realmente sentirse parte de la comunidad de los chicos.

## ORÍGENES EN LA MUJER

La situación de la chica que se siente homosexualmente atraída por otras mujeres es, en más de un aspecto, exactamente igual a la del chico. Sin embargo, hay ciertas diferencias, pues los factores causantes en la mujer son a menudo más variados que en el hombre<sup>7</sup>.

Muchas mujeres con tendencias lésbicas sintieron durante su infancia una falta de comprensión por parte de su madre. Esta sensación de distanciamiento de la madre tiene muchas variantes. Por ejemplo, tal como lo resume una mujer: "Mi madre hacía cualquier cosa por mí, pero yo apenas podía hablar con ella sobre mis asuntos personales y emocionales". Otras quejas son las siguientes: "Mi madre nunca tenía más contacto con mi hermana que conmigo", "Ella no me dejaba hacer nada y me ha seguido tratando como un niña pequeña", "estaba siempre enferma", "estuvo internada varias veces en una institución mental", "abandonó la familia cuando yo era todavía niña", etc.

Algunas veces, la chica asume el papel de la madre para el resto de la familia, siendo la hija mayor; o en casos en que la madre no funciona como tal debe hacer de madre y esto hace que se sienta privada del calor de una madre que la comprenda.

La madre puede haber sido inhibida en sus funciones como mujer, y, por tanto, no sentir su papel femenino en el hogar. Esto inspira en ella una actitud crítica hacia todo lo que vea como papel femenino, y transmite esa actitud a su hija. La hija tiende entonces a rechazar su lado femenino. Algunas lesbianas creen que su madre hubiera preferido un chico, así que estimulan un comportamiento masculino en vez del propio de una chica.

En la autoconfianza de una chica en cuanto mujer contribuye en primer lugar su madre. Cuando una madre consigue que su hija se sienta apreciada como mujer, la chica se sentirá como en casa en el mundo de las mujeres y entre sus amigas de la misma edad. En mujeres con tendencias homosexuales, a menudo la relación con su madre no fue personal y confidencial; no existía una participación en los intereses femeninos, no hacían juntas actividades propiamente femeninas. Como consecuencia, la chica no se siente valorada *como chica* (lo que quiere decir: distinta de un chico, pero igualmente apreciada).

Existen considerables variaciones también en los modelos de relaciones padre-hija. Algunas mujeres con tendencias lésbicas están demasiado apegadas a la figura del padre, "su amigo especial". Algunas veces, dicho apego es más o menos forzado, pues el padre les tiene asignado un papel específico: la relación entonces no es espontánea ni natural. En algunos casos, el padre hubiera preferido que su hija fuese un chico, un camarada, y así estimula en ella ciertos intereses, papeles y metas masculinos. El padre, por ejemplo, da excesiva importancia a su rendimiento escolar, a sus logros deportivos y a que obtenga un efectivo reconocimiento social. Como consecuencia, la chica no se siente ni comprendida ni aceptada como realmente es.

En otros casos, el padre ve en su hija una figura maternal de ayuda y consuelo. Tiene una actitud alabadora hacia ella, la coloca en una posición de privilegio. Con este comportamiento, lo que hace es comprar la dedicación de la hija hacia sí mismo. Hay otros padres, con

personalidades débiles, que se apoyan demasiado en sus esposas. En todos estos casos, los lazos emocionales con el padre se mantienen fijos en “la entrañable niña del pasado” de toda lesbiana adulta.

Otras mujeres con este problema no son tanto la “niña de papá”, sino más bien la niña no deseada y desaprobada. El padre la critica, y ella siente su desprecio o su falta de interés. Comportamientos o intereses masculinos excesivamente compensatorios son el resultado de esta actitud paternal de no aceptación. En consecuencia, la chica aprende a ver el papel masculino como algo superior e intenta alcanzarlo. De nuevo, la existencia de sentimientos negativos hacia el padre, junto con esfuerzos demasiado compensatorios por adaptarse a su estándar masculino y conseguir así su aprecio, confluyen en el complejo neurótico.

En conclusión, una relación padre-hija positiva y normal es menos frecuente en las mujeres con tendencias homosexuales que en las que tienen tendencias heterosexuales.

## OTRAS INFLUENCIAS

En algunas mujeres, el complejo de fealdad (sentirse menos femenina o atractiva), tiene un importante papel como factor precipitante. En otros casos es la comparación con una hermana, considerada (por la misma chica o por su entorno) la más atractiva por su físico o por otros aspectos. Otras veces, la chica se siente inferior entre sus hermanos –“soy sólo una chica”-, y trata de emularles en su comportamiento. Durante la adolescencia, la atención que el sexo opuesto le preste puede ser su punto sensible: “los chicos me encuentran menos atractiva que a las demás chicas”, “no quieren citarse conmigo”, etc. Una chica que se sienta menospreciada por los chicos admirará la feminidad de otras chicas. Factores como los descritos anteriormente operan de modo conjunto y se refuerzan mutuamente, tanto en chicos como en chicas.

Parte de las chicas que han desarrollado un complejo lésbico, de algún modo han tenido un comportamiento menos femenino que las niñas de su edad. Eso provoca en ellas un sentimiento de inseguridad en los femenino, posiblemente compensado por actitudes de descuido, indiferencia, mando o dominación, tratando de superar a los chicos en su masculinidad atreviéndose con todo, comportándose agresiva, grosera y duramente. Desarrollan, posiblemente, una manifiesta aversión a las costumbres, al modo de vestir y a las actividades domésticas femeninas. Sin embargo, esta autoafirmación hombruna compensatoria está marcada por una falta de natural dulzura. Es exagerada y se percibe bajo ella la tensión emocional.

Esto no quiere decir que todas las mujeres con este complejo tiendan a comportarse “masculinamente”, ni que las mujeres que tienden a afirmarse de tal manera tengan necesariamente inclinaciones lésbicas; pero existe una correlación entre ambos rasgos. No obstante, el comportamiento excesivamente masculino en mujeres es casi siempre signo de un complejo de inferioridad.

El factor principal en el desarrollo de una orientación lésbica es la comparación que la hija hace con chicas de su misma edad o con ciertas mujeres adultas “ideales”. Al igual que en el caso de los niños, el factor crucial es *subjetivo*: la percepción de la chica sobre sí misma. Por esta razón, algunas veces, aunque no a menudo, puede desarrollar tal complejo una chica cuyo comportamiento es objetivamente femenino del todo.

Durante la adolescencia, la chica quiere tener amigas y ser una de ellas. Su soledad y su sentimiento de separación excitan su deseo de ser como las amigas admiradas o como algunas mujeres ideales. Si la chica se siente sin el afecto y comprensión de la madre, puede idealizar a alguien que posea las características de la madre; por ejemplo: una profesora cariñosa o una chica mayor con actitudes maternas. La chica autocompasiva busca la atención exclusiva de su mujer idolatrada: “¡si tan sólo pudiera darme su amor...!”

“El lamento de muchas lesbianas es que no tuvieron amigas verdaderas en su adolescencia”, escriben los psicólogos estadounidenses Gundlach y Riess en su informe sobre 200 mujeres con este complejo, pero adaptadas normalmente<sup>8</sup>. Lo interior de la “chica quejumbrosa” sigue alimentándose de los mismos sentimientos que tuvieron en su juventud: inferioridad, soledad, autocompasión y un deseo insaciable.

1. Muchos estudios han confirmado este modelo. Se puede consultar en BIEBER, I et al. *Homosexuality: A psychoanalytic Study*, Basic Books, Nueva York 1962; EVANS, R.B., *Childhood Parental Relationships of Homosexual Men*, en “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 33 (1969), pp. 129-135; SNORTUM, J.R. et al., *Family Dynamics and Homosexuality*, en “Psychological Reports” 24 (1969), pp 763-770; THOMSON, N.L. et al., *Parent-Child Relationships and Sexual Identity in Male and Female Homosexuals and Heterosexuals*, en “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 41 (1975), pp. 120-127; STEPHAN, W.G., *Parental Relationships and Early Social Experiences of Activist Male Homosexuals and Male Heterosexuals*, en “Journal of Abnormal Psychology” 82 (1973), pp 506-513; SIEGELMAN, M., *Parental Backgrounds of Male Homosexuals and Heterosexuals*, en “Archives of Sexual Behavior”, 3 (1974), pp. 3-18; VAN DEN AARDWEG, *De factor “klaagziekte”, neurose en homofilie*, en “Psychologica Belgica”, 13 (1973), pp 295-311.
2. El autor trata con más detalle esta cuestión en VAN DEN AARDWEG, G.J.M., *Parents of Homosexuals: Not Guilty?*, en “American Journal of Psychotherapy”, 38 (1984), pp 180-189.
3. BIEBER, I y BIEBER, T. *Male Homosexuality*, en “Canadian Journal of Psychiatry”, 24 (1979), pp. 409-422.
4. VAN DEN AARDWEG, G.J.M., *De neurose van Couperus*, en “Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie”, 20 (1965), pp. 293-307.
5. BIEBER et al., *Homosexuality*; EVANS, *Childhood Parental Relationships*; THOMSON et al., *Parent-Child Relationships and Sexual Identity*; STEPHAN, *Parental Relationships*; SBARDELINI, E. y SBARDELINI, E. T., *Homossexualismo masculine e homossexualismo feminine: Neuroticismo e fatores psicológicos na infancia*, inédito; Universidade Católica, Department of Psychology. Campinas, Sao Paulo 1977
6. Se ha dicho que efectos como los descritos en las relaciones paterno-filiales de personas con tendencias homosexuales sólo suceden a aquellos que visitan el consultorio de psicólogo y del psiquiatra. Esto no es verdad. Como en el caso de los test de personalidad (ver las notas 19-22 del

capítulo 4), se han recogido estadísticas y observaciones en todo tipo de grupos, incluyendo personas con tendencias homosexuales que están socialmente integradas.

7. Algunos estudios sobre este tema: BENE, E., *On the Genesis of Female Homosexuality*, en "British Journal of Psychiatry", 111 (1965), pp. 815-821; KAYE, E. et al., *Homosexuality in Women*, en "Archives of General Psychiatry", 17 (1967), pp. 626-634; KENYON, F.E., *Studies in Female Homosexuality: Psychological Test Results*, en "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 32 (1968), pp. 510-513; KREMER, M. W. Y RIFKIN, A.H., *Early Development of Homosexuality: A Study of Adolescent Lesbians*, en "American Journal of Psychiatry", 126 (1969), pp. 91-96; GUNDLACH, R.H. Y RIESS, B.F., *Self and Sexual Identity in the Female: A Study of Female Homosexuals*, en "New Directions in Mental Health", editado por B.F. RIESS, Grune&Stratton, Nueva York 1968; y SWANSON, D.W. et al., *Clinical Features of the Female Homosexual Patient: A Comparison with the Heterosexual Patient*, en "Journal of Nervous and Mental Disease" 155 (1972), pp. 119-124.
8. GUNDLACH Y RIESS, *Self and Sexual Identity*.

## COMO OPERA EL COMPLEJO HOMOSEXUAL

Cuando se trata de descubrir la verdadera naturaleza del amor homosexual se produce a menudo una resistencia indignada: "¿Por qué no se me permite ser feliz tal como soy?", ésta es la dramática pregunta fácilmente previsible. Sin embargo, la cuestión no es si está permitido o no, sino si es viable o no. Muchas personas con tendencias homosexuales no están dispuestas a ser desligadas de sus sentimientos ilusorios, al igual que tampoco lo están los alcohólicos o drogadictos de sus estimulantes.

A partir de la literatura y la experiencia clínica, podemos establecer unas pautas en el complejo homosexual, tanto en hombres como en mujeres:

### *1. Búsqueda repetitiva de un amante*

A pesar de que las mujeres con tendencias homosexuales tienen generalmente relaciones más duraderas que los varones con tendencias homosexuales, en ningún caso sus relaciones duran más de unos pocos años. La dependencia neurótica al deseo nunca satisfecho –queja neurótica- les domina y les fuerza a tener siempre nuevas ilusiones.

### *2. El deseo homosexual es transitorio y superficial*

Estos deseos homosexuales, y los que están asociados a ellos ("calor", compasión,...), deberían ser experimentados como lo más gozoso en la vida de una persona. Desde luego esto es una autodecepción. Los sentimientos homosexuales, ensalzados a veces como "puro amor" ("más profundo incluso que el amor matrimonial"), tienen de hecho poco en común con el amor real y verdadero. El "amor" homosexual es egocéntrico. Es una súplica de atención. Esto se observa en la forma en que usualmente se rompen las relaciones. El

compañero sirve para aliviar la necesidad infantil del propio ego, así que no es realmente amado por lo que es. El resultado es que, por un lado, el homosexual se "agarra" a su compañero; por otro, existe una falta real de interés o indiferencia. Resulta muy gráfica la forma que tienen de hablar sobre sus relaciones pasadas: sin emoción, al igual que un niño cuando abandona un juguete en el que y ano está interesado.

3. *Las personas con tendencias homosexuales y otros neuróticos padecen autocompasión compulsiva.*

No todos expresan su autocompasión y tendencia a la queja de un modo dramático. Si se les conoce un poco más, sin embargo, casi siempre se puede percibir en ellos la autocompasión. Tienden a pensar en términos de problemas y preocupaciones; algunos son evidentemente demasiado emocionales; otros son más del tipo quejoso y lloroso; otros son hipercríticos consigo mismos o con otros; a veces sienten malestar físico (que dramatizan), depresiones, crisis nerviosas, soledad, apatía, dificultad para relacionarse con los demás, etc.

La verdadera alegría y júbilo auténtico es justamente lo contrario a esta enfermedad. Es verdad que algunos homosexuales interpretan el papel de bufón o gracioso, pero analizándolo de cerca, parece claro que detrás de esto se esconde el niño autocompasivo y depresivo. Podría ser una manera pueril de que ese ego infantil quiera llamar la atención. Subyace siempre un desasosiego.

4. *Las personas con tendencias homosexuales ansían llamar la atención*

Se aferran a los demás para llamar su atención. Se presentan inconscientemente como víctimas y pelan a la ayuda y protección de los sentimientos compasivos de los demás.

Algunos se imponen en su ambiente y otros lo tiranizan, al igual que un niño. Buscan, en primer lugar, la atención de un compañero deseado, pero esta búsqueda de atención puede convertirse en el modo habitual de relacionarse con los demás.

5. *El egocentrismo es otra característica neurótica universal.*

Esto implica que, en gran parte, sentir y pensar egocéntricamente produce como resultado un reducido interés o amor por los demás. "Mi esposo se desvive por las personas de su entorno", me dijo una vez la esposa de un homosexual, "pero es incapaz de dar amor. No sabe qué es eso". Cuanto más predomina el complejo homosexual en la vida emocional de una persona, tanto más es verdadera esta descripción.

6. *El "niño autocompasivo" en el adulto es inmaduro emocionalmente en otras áreas, además de la sexual.*

El infantilismo emocional de las personas que tienen un complejo homosexual hace que se comporten y piensen como niños, y que repriman –dependiendo de la fuerza del complejo– la madurez emocional normal.

7. *Permanecer parcialmente como un niño afecta también a la relación con los padres*

Los hombres con este complejo mantienen más a menudo algún tipo de "vínculo materno" o una actitud hostil de reproche hacia su padre porque existe un "vínculo negativo" hacia él. Algo parecido vale para las mujeres lesbianas. El vínculo establecido con los padres puede contener elementos ambivalentes: apegarse dependientemente a la madre, y tender al mismo tiempo a mantener disputas con ella, que descargan la irritación.

8. *El “entrañable niño de antaño” mantiene sentimientos y actitudes infantiles hacia el sexo opuesto*

Es posible que el hombre homosexual continúe odiando a las mujeres, del mismo modo que el adolescente de su pasado las veía como intrusas en su vida, rivales que le robaban sus amigos o, simplemente, como “esas chicas estúpidas” que entran a saco en el mundo de los chicos. Es posible que se siga sintiendo inferior y tenga miedo ante ellas avergonzándose de su masculinidad insuficiente. Es posible también que siga viendo a ciertas mujeres como figuras protectoras, maternas, afectuosas; y no como mujeres con las que relacionarse como un adulto. En términos similares, la “muchachita que persiste en la mujer lesbiana” sigue viendo a los hombres a través del cristal de la aversión, de la envidia, del miedo o de la molestia.

9. *Las personas con tendencias homosexuales tienen dificultades en aceptar plenamente su identidad sexual, la llamada “identidad de género”*

El hombre experimenta lo masculino como si no le perteneciera; la mujer lesbiana se siente intranquila ante las cosas femeninas. Sin embargo, es incorrecto pensar que estos hombres se sienten como mujeres; o que las lesbianas se sienten hombres.

10. *Finalmente, no es superfluo resaltar que el complejo homosexual es sólo una parte de la personalidad de un sujeto*

La persona entera es mucho más que su personalidad infantil, aunque algunos con tendencias homosexuales sean muy inmaduros. Si nos fijamos un poco más, descubriremos que cada hombre o mujer afectado de homosexualidad tiene muchas tendencias o cualidades adultas. Puesto que nuestro estudio se centra en la parte infantil de la personalidad,

podemos dar la impresión equivocada de que estamos hablando de personas totalmente enfermas. De hecho, el psicoterapeuta trata en mayor medida la parte adulta de la personalidad homosexual, y haciendo hincapié en esta parte adulta es como podemos esperar observaciones realistas, buena voluntad y otros elementos curativos. La parte adulta de la personalidad es también la más interesante de las dos: está viva, mientras que el rasgo infantil del ego es más parecido a un mecanismo rígido y estereotipado. En la vida de cada día, lo que más abunda es una mezcla de los aspectos maduros e infantiles de la personalidad.

La bisexualidad deriva de esta estructura de doble personalidad: la inclinación sexual de la parte adulta, en su máximo desarrollo, está enfocada directamente hacia el objeto maduro de la personalidad, es decir, el sexo opuesto. El "niño autocompasivo", por su parte, empuja la sexualidad hacia sus objetos inmaduros. Puesto que una parte de la personalidad bisexual anula la otra, es evidente que la heterosexualidad de estas personas no está aún desarrollada.

## EL CAMINO PARA EL CAMBIO

¿Debe una persona con tendencias homosexuales obligarse a tener intereses o comportamientos heterosexuales?. Este enfoque del asunto sería erróneo. Como he comprobado, cierto grado de autoobligación es positivo, en la medida en que suponga un esfuerzo honrado por conocerse, sin reprimir descubrimientos no deseados o sin distorsionar aquellas realidades de las que uno puede darse cuenta, si quiere. Por consiguiente, habiendo adquirido conocimiento de los hábitos y motivaciones neuróticas (egocentrismo, por ejemplo), el que tiene tendencias homosexuales debe tomar la decisión de combatir las o, en cualquier caso, refrenarlas.

El proceso de cambio, ayudado por algún tipo de psicoterapia, puede conducir a resultados bastante satisfactorios; sin embargo, el resultado final depende de muchos factores. Entre los factores condicionantes se incluyen: la motivación del paciente para cambiar, su constancia, su sinceridad consigo mismo, el alcance de su neurosis y las influencias sociales, tales como el ánimo que le infunden los demás (como antídoto a sentirse solo, sin formar parte de un grupo social). El cambio real y profundo es, en principio, posible.

De acuerdo con los artículos que he leído de otros investigadores y con las historias que he examinado personalmente de algunos antiguos homosexuales, a veces se obtiene un cambio radical con la ayuda de un "método" religioso. En cada caso de cambio real, sin embargo, éste es consecuencia de un largo trabajo, y sólo en casos excepcionales, de modo imprevisto, se da un milagro psicológico. Creo que el proceso sigue aproximadamente en todos estos casos el mismo modelo, tanto si se aplica la psicoterapia como cualquier otra ayuda. En el siguiente capítulo se presentarán algunos casos de curación sin una psicoterapia formal.

El proceso de cambio es comparable al ascenso de una escalera cuyo final no se ve claramente: no sabes exactamente cuando

acaba, pero cada escalón subido significa mejora, progreso. Ante todo, no hay que preocuparse demasiado de cual será el resultado final. No es realista fijar como meta el matrimonio para cualquier persona con este complejo que acuda a la terapia. Teóricamente, la meta más perfecta es ser emocionalmente maduro para el matrimonio (incluyendo las emociones sexuales). Eso puede lograrse a menudo, pero quizá a veces no, al menos durante un período largo de tiempo. Debemos recordar que, normalmente, los que tienen tendencias homosexuales desean casarse debido a complejos infantiles (el ser diferente a los demás, por ejemplo); por tanto, el matrimonio es deseado no por sí mismo, sino por ser una manera infantil de querer parecerse a los "demás". La queja infantil de estar solo puede ser otro de los motivos para desear casarse. Primero debe ser superado el apego neurótico a la queja del "no estoy casado". La persona debe aceptar completamente su situación, tanto interior como social.

El primer paso en el camino del cambio consiste en salir de la inclinación homosexual. Esto normalmente lleva unos cuantos años. De lo ya dicho sobre la homosexualidad habrá quedado claro que el impulso del comportamiento homosexual es sólo parte de una estructura compleja de tendencias infantiles de conducta. De aquí que la supresión paulatina de los intereses homosexuales proceda paralelamente al decrecimiento gradual de sentimientos de inferioridad y de autocompasión egocéntrica.

Un psicoterapeuta que trate una neurosis homosexual debería comenzar por explorar el pasado del paciente, el modo de verse a sí mismo, sus padres, sus hermanos y compañeros de juego, en la infancia y en la adolescencia, así como su historia homosexual. Estas entrevistas proporcionarán al psicoterapeuta una idea global de la neurosis del paciente y, casi siempre, le dan una buena cantidad de pistas sobre sus sentimientos infantiles de dolor e inferioridad. Después, el psicoterapeuta debería explicar la teoría del "niño autocompasivo", en una o dos "lecciones". Naturalmente, debe ajustar su lenguaje y sus ejemplos al nivel cultural del paciente. Esto es

siempre posible porque las ideas básicas se prestan excelentemente a ser comunicadas en un lenguaje sencillo, directo y comprensible.

El psicoterapeuta debe aclarar que el proceso es de profundización y lucha por parte del paciente; que él tiene que hacer el trabajo duro por sí mismo, y que el papel del psicoterapeuta es proveerle de una guía, como el entrenador en una actividad deportiva o como un profesor.

El psicoterapeuta aconseja al paciente que suprima sus contactos homosexuales, o que rompa su relación con su compañero homosexual. Algunos buscan una componenda; quieren cambiar pero, al mismo tiempo, continuar con las compensaciones emocionales que les proporcionan sus contactos. Tenemos que hacerles ver que con esta postura están satisfaciendo los deseos de su "niño interior", alimentando su neurosis, y obstaculizando la posibilidad de cambio. A veces, un consejo tan duro puede posponerse por razones tácticas, pero normalmente es preferible mostrar que ser radical es la forma más rápida de cambiar. Por otra parte, el psicoterapeuta debe esmerarse en *desdramatizar* muchas de las lamentaciones del paciente: "Soy un homosexual, un inadaptado. ¡*Tengo que cambiar!* No puedo vivir más tiempo de esta manera: *tengo que casarme* como los demás", etc. Podemos explicar que el "niño interior" toma posesión de la conciencia de ser diferente en lo que respecta a los sexual, haciendo un gran drama de ello para proporcionarse a sí mismo una gran cantidad de autocompasión.

## AUTOPROFUNDIZACION Y LUCHA

Me parece muy difícil superar un complejo homosexual sin adquirir una profundización adecuada de las propias motivaciones y una opinión más objetiva sobre la propia conducta. Es más, 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. Incrementar el autoconocimiento en estos campos genera

una mayor libertad interior respecto de la obsesión, de ese complejo que vive una vida propia, aunque esto no es suficiente en sí mismo para superarlo por completo.

La observación y el análisis de uno mismo en busca de la detección de quejas infantiles es progresiva. Cada paciente descubre sus propias claves que le dicen: "en este momento, o con este sentimiento, la tendencia a las quejas está funcionando".

Se reconoce la actividad de ese "ego autocompasivo" por los sentimientos de inquietud, irritación, inferioridad, apatía, emociones y pensamientos negativos, depresiones en general. Estos impulsos se experimentan como más o menos compulsivos, como procedentes del exterior del propio ego ("Se adueñó de mí...", "Me vi asaltado por...", etc). Cada cliente aprende a reconocer su "niño autocompasivo" por sus peculiaridades individuales. El asunto principal de la queja es específico en cada caso, y son siempre variantes individuales del tema principal. Estas quejas se repiten en la mente del adulto.

Mucha gente tragada por una neurosis homosexual tendrá que constatar que un impulso de queja crónico está influyendo en sus emociones. Esto no es difícil, pueden verlo como un acompañamiento emocional negativo que, a menudo, deteriora sentimientos y experiencias positivas. Estos individuos poco a poco llegan a ser conscientes de que sus sentimientos de infelicidad no vienen causados por problemas de su vida, por situaciones externas, o por otras personas, sino por la fuerza negativa que llevan dentro de sí mismos.

El paciente debe ser honrado consigo mismo si quiere beneficiarse de nuestro método de autoobservación y autoanálisis. No es agradable para el ego infantil tener que admitir una y otra vez que uno estuvo sintiendo, pensando o actuando como un niño, e incluso más: que buscó una satisfacción en la autocompasión. Admitir esto totalmente significa que no hay que ampararse en las excusas, las explicaciones, ningún "sí, pero...", y que tampoco se puede culpar a las demás personas o a las "circunstancias". Para superar este paso de

reconocimiento pleno de los sentimientos de víctima, el paciente debe dar una sacudida oportuna a su autoimportancia infantil. De esta forma, paso a paso, la actitud infantil y egocéntrica de queja llega a ser más evidente y menos una construcción teórica.

Cuando la persona ha ganado en conocimiento propio, comienza un período de esfuerzo y trabajo. La parte adulta de la persona, su voluntad, intenta frenar las tendencias infantiles reconocidas con los métodos que parezcan apropiados. La fuerza del complejo disminuye porque los hábitos egocéntricos de pensamiento ya actuación no se "fomentan" más, y, en particular, porque se combate la autocompasión infantil.

Inevitablemente, la persona bien intencionada con tendencias homófilas, encontrará el obstáculo de la dependencia del placer en su camino. La inclinación homosexual ha sido fuertemente reforzada en muchos de ellos por buscar su satisfacción, ya sea con otras personas o en su imaginación (masturbación). Romper con el hábito de ceder requiere no sólo conocimiento de su carácter pueril –aunque es necesario- sino también fuerza de voluntad y paciencia. Ceder a este hábito infantil de autoconsuelo puede ser especialmente tentador en ocasiones o momentos de estrés, humillación, sentimientos de inferioridad o de soledad.

Como hemos visto, la fantasía homosexual fue creada como una solución ilusoria a un drama interno, y el placer de satisfacerlo a menudo implica más que una simple gratificación sexual. De forma bastante comprensible, la resistencia a abandonar estas gratificaciones pueriles sexuales (en la fantasía o en la práctica homosexual) es considerable.

Si uno quiere cambiar en profundidad, salir del infantilismo, se requiere un esfuerzo continuo de la voluntad. En ciertas ocasiones, esto significa simplemente decir no a tendencias que se han reconocido como pueriles. Otras veces, significa que deben hacerse cosas aunque cuesten mucho esfuerzo y exijan mucho coraje. Como

psicoterapeuta que intenta especialmente detectar expresiones de autocompasión infantil, a menudo enseño a mis clientes a aplicar métodos y técnicas de humor dirigidas a neutralizar las múltiples manifestaciones de esta emoción neurótica básica. Sonreír y reírse del victimismo infantil propio, y de sus quejas pueriles, puede ser muy efectivo. La efectividad de estas técnicas, sin embargo, depende de la voluntad del paciente de usarlas en su vida cotidiana.

La lucha interior debe emprenderse en la parte neurótica de la mente e implica varias cosas al mismo tiempo. Por ejemplo: hay que intentar no buscar llamar la atención; atajar el hábito temeroso de huir de situaciones desconocidas: evitar una actitud de excesiva auto-indulgencia y mimo; luchar contra opiniones distorsionadas sobre uno mismo o sobre los demás (desde las infantiles a las más maduras); eliminar la dependencia de la autocompasión. Las lamentaciones de menor intensidad pueden ser controladas por las técnicas que buscan frenarlas una vez que se han reconocido conscientemente como quejas infantiles. Estas técnicas son adecuadas para gran cantidad de situaciones en las que la persona es consciente de una actitud interior negativa, sentimental o lastimera. Otras quejas requieren técnicas más complicadas. El interés por los demás debe ser aprendido o fortalecerse; la capacidad de amar y de dar deben desarrollarse. Reírse de uno mismo facilita todo esto. Quien aprenda a tratar su ego infantil con sana ironía, disminuye sus sentimientos de autoimportancia. Cuanto menos importante se sienta el ego, tanto más podrá prevalecer la personalidad adulta, y el descontento infantil dará paso a sentimientos más esperanzadores y felices. La persona crece menos débil ante sus propios ojos, más estable, más optimista, más tranquila.

## HIPERDRAMATIZACIÓN

Hemos tenido éxito al aplicar varias técnicas de autohumorismo para superar tendencias infantiles, especialmente las manifestaciones de autocompasión infantil. La meta del

autohumorismo es reemplazar una queja por su contrario, es decir, una sonrisa o una carcajada. En general, la meta es neutralizar la importancia del “niño interior”. El reírse de uno mismo tiene un gran poder curativo: ayuda a la persona a reconocer –emocionalmente, y no sólo de forma racional- ciertas distorsiones e inadecuaciones en su manera de pensar y de actuar. Es un antídoto excelente contra gran variedad de impulsos neuróticos. El humor dirigido sobre uno mismo, como el humor en general, desarma a cualquiera. Una comprensión meramente racional e incluso una clara observación de las luchas y las emociones infantiles –meta de la autoobservación y del autoanálisis- falla al privar al enfermo de modelos neuróticos. Necesitamos el apoyo de fuerzas emotivas que puedan contrarrestar las fuertes emociones infantiles de queja: buscar llamar la atención, deseo de ser importante, etc. La emoción que emiten una sonrisa y una carcajada tiene la capacidad de alcanzar el ego infantil.

El cliente que es capaz de reconocer el funcionamiento de su “niño” en la vida cotidiana puede beneficiarse de las técnicas de autohumorismo. Intentará aplicarlas en el punto exacto, después de haber reconocido una expresión de queja infantil. Luego imagina a su “pequeño niño” en persona ante él, o se visualiza a sí mismo en su imaginación como el niño que fue en su pasado. Comienza a hablar con ese “niño”, como alguien que se queja exageradamente a otro. Le cuenta al “niño” lo apenado que está; acumulando una serie de razones imaginadas para sus quejas, pinta ante los ojos de este “niño” un drama magnificado (hiperdrama) alrededor de la queja. Con un ejemplo quedará mejor explicada esta técnica.

Un cliente homosexual se sintió menospreciado por su jefe, que había preferido a otra persona para que le representara en una reunión de negocios. El sentimiento de autocompasión expresado fue: “Mi jefe *me* encuentra carente de valor y no *me* considera nada”. Esta queja tenía otra parte: la envidia hacia su colega. Después de darse cuenta de que tras esto era su “niño pequeño” en acción, el hombre hiperdramatizó así: “Pobrecito, estás condenado a llorar a lágrima viva por esta injusticia. Era realmente un caso de violencia despiadada

contra un niño inocente. Tú, que siempre trabajas tan duro sin que nadie te salve, fuiste requerido por tu jefe con un aullido, como si estuviera llamando a su perro. Temblando, permaneciste delante de él y de tus colegas, que estaban sentando en confortables sillones. Uno, el Colega Preferido, estaba sentado en una silla especialmente decorada, un gran y costoso cigarro (regalo del jefe) en su boca, sonriendo condescendentemente mientras te acercabas. Luego el jefe sacó solemnemente un pergamino, rompió sus sellos y comenzó a leer en voz alta: "Por la presente, yo, Sr. X, declaro a este incapacitado miserable (¡tú!) completamente incapaz de representarme. Manifiesto los sentimientos del más profundo hastío en sus acciones. No obstante, por fortuna está aquí un Hombre de impresionante superioridad que compensará este montón de harapos: ¡el colega Y!... "Luego, todo el mundo felicita al Colega Y, le arrojan flores y abren botellas de cava en su honor, mientras se ríen de ti y te tiran huevos podridos. Tú estabas ahí, con la camisa empapada de lágrimas. Finalmente caíste de rodillas y te arrastraste fuera de la habitación, al frío exterior, donde tus gemidos y tus lágrimas se mezclaron con la lluvia torrencial..." El hombre podría continuar, si era necesario, con la visión dramática del triunfo de su colega. Por ejemplo: podría dibujarlo pasando junto a él en un Rolls Royce con chófer. La víctima, con su vestimenta andrajosa, tenía que sufrir la humillación de sentir la ceniza del cigarro sobre su cabeza, que el Colega dejaba caer por la ventanilla abierta del coche.

El cliente podría darse cuenta que era comprensible que a su sentimiento de ser menospreciado seguía un deseo homosexual como reacción de autoconsuelo. Una posible hiperdramatización para este deseo secundario, motivado por la autocompasión, podría ser: "Sí, realmente necesitas una cosa: que alguien te muestre con hechos un amor verdadero y cálido. Un brazo apasionado sobre tus espaldas, dos ojos viriles animados por sentimientos profundos buscándote con honda conmiseración; un amigo que te diga al oído que puedes sentarte en sus rodillas para siempre, tener tu delicado bracito alrededor de su cuello mientras su gran mano, peludo y musculosa, acaricia tu cara de chiquitín enfermito, etc.". El paciente aprende a

construir su propio repertorio de historias y escenas hiperdramáticas y a usarlas cuando nota una queja infantil.

En la imaginación, todo está permitido: puede inventar las situaciones más absurdas según su sentido humorístico, con tal de que sirvan para influir directamente sobre su sentimiento de queja. También aprende a aplicar variantes y fórmulas breves de esta técnica. Trata a su “niño interior”, por ejemplo, como ¡“mi pobre muchachito”!, diciendo: “¡esta observación crítica que te han hecho era horrible! ¡Ahora el Presidente declarará un día de Duelo Nacional en tu nombre!”. O, simplemente: “¡Pobre muchacho! ¡Esto será tu muerte!”. Cuanto más vívida vea la escena imaginada ante sus ojos, cuanto más caricaturescamente dolido vea a su “niño” en el momento de quejarse, mayor será la huella que deje todo esto. Las hiperdramatizaciones con éxito hacen que una queja se evapore rápida o gradualmente. Es aconsejable cualquier procedimiento que obtenga una sonrisa o una carcajada sobre una queja. El método es aplicable también a manifestaciones de orgullo infantil sobre-remunerador. Por ejemplo: “¡Eres maravilloso! Tu actuación (observación, presentación, etc.) fue de quitar el hipo. Puedo ver ya la estatua que se levantará aquí en honor a tu intervención; tú, sobre un gran caballo, como Napoleón, con la mano descansando, indiferente, tras tu chaleco...”. Aunque puede parecer fácil, practicar el humor sobre uno mismo requiere una gran determinación. Reírse del propio ego dolido es la última cosa que le gusta hacer a uno cuando está acosado por un quejido infantil.

## CURACIÓN

La salida del complejo sigue una línea. Al principio, disminuye el carácter obsesivo de las emociones y comportamiento infantiles. Depresiones, ansiedades, miedos, preocupaciones, sentimientos de inferioridad y deseos homosexuales llegan a ser más controlables. La autoconfianza, incluida la confianza en su peculiar sexualidad, va despertando: lo que significa que el “¡pobre de mí!” infantil llega a ser cada vez menos importante, que la persona ya no se toma en serio a

su ego. Los intereses homosexuales fluctúan durante largo tiempo, pero sentidos cada vez con menos intensidad hasta que son vencidos. Se desvanecen sin drama, en función del crecimiento de una emotividad más positiva y madura.

El cambio sexual debe ser considerado como parte de la reorientación emocional total. Los homosexuales que quieren "curarse", tienen a menudo una opinión estrecha de lo que supone el cambio y tienden a prestar atención casi exclusiva a los cambios de sus sentimientos sexuales. Es cierto que un cambio sexual real y profundo refleja cambios en otras áreas mentales, pero los efectos de una terapia o de una autoterapia (que es en gran parte nuestro procedimiento) no deberían ser medidos en términos estrictamente eróticos. Los cambios en sentimientos sexuales son más o menos "subproductos" y aparecen seguramente cuando –y a medida que- el "niño quejoso" del paciente vaya muriendo de hambre. Por tanto, no es aconsejable, para el psicoterapeuta y para el cliente, orientarse excesivamente hacia lo sexual ni en su atención ni en sus conversaciones. Las medidas decisivas del cambio están al nivel de la queja y del infantilismo emocional general del paciente. Naturalmente, cualquier cambio en estos factores ejerce una influencia en el campo erótico, pero la relación es jerárquica: cuanto más profundo sea el cambio en las dimensiones fundamentales de infantilismo y autocompasión, más radical será su reorientación sexual.

Se puede decir que, tal vez en la mayoría de los casos, la persona pasa por una fase intermedia en la cual la inclinación homosexual está casi extinguida, pero la heterosexualidad aún no ha despertado. Esta etapa puede durar varios años en algunos casos. La persona "descubre" el sexo opuesto gradual o repentinamente, después del proceso de maduración. Algunos se enamoran una o dos veces y acaban casándose; para otros, hace falta un largo período de tiempo antes de que sean capaces de mantener una relación amorosa heterosexual duradera. El proceso en su totalidad es un tipo de autoreeducación. Alzas y bajas, recaídas ocasionales, son normales durante el proceso. Puede haber momentos –incluso largos periodos-

en los que se pierda la esperanza. El curso del proceso varía mucho en cada caso particular.

Las personas con tendencia homosexual, aún cuando están dispuestas a cambiar, inicialmente tienen serias dudas sobre si hay oportunidades reales de una mejora profunda. Estas dudas vuelven una y otra vez, a pesar de que los progresos sean claramente perceptibles y sólo desaparecen cuando el cambio en los sentimientos ha llegado a ser más obvio. Las dudas afloran cada vez que esta gente oye o lee los tópicos sobre la homosexualidad: "si lo has sido una vez, lo será siempre". Mirándolo más de cerca, veremos que estas dudas son sólo otra variante de la queja neurótica: "Nunca seré normal; es mi destino; ¡pobre de mí!". Por tanto, la esperanza y la fe son excelentes barreras para estos pensamientos dañinos, que conllevan una pérdida de entusiasmo y de energía. Una posición realista es también un buen remedio para estas dudas paralizantes: "En cualquier caso, veo que tengo que luchar contra lo que hoy he reconocido como infantil y erróneo, y si persisto en hacerlo, estoy seguro de que progresaré, incluso si lo que consigo no es más que un cambio moderado".

Podemos repetir una y otra vez que quien se esfuerza llega a ser más feliz. NO se obsesione con la duda de si alcanzará o no un ciento por ciento de mejora, alégrese con cada avance y disfrútelo. Esta es, después de todo, la mentalidad que más atrae al paciente hacia su meta.

Superarse a sí mismo, luchar contra lo indeseable, atacar hábitos egocéntricos, no son puntos populares en una era permisiva e indulgente. Ciertamente, se ha escrito mucho sobre terapia psicológica, y se han desarrollado una gran variedad de teorías y técnicas terapéuticas. Pero sólo una pequeña parte de todo esto anima a luchar contra los fallos y las flaquezas personales para superarlas. Raramente la psicoterapia es poco más que una invitación al paciente para que se abandone a su egoísmo pueril e incluso a la inmoralidad. La exhortación "acéptate a ti mismo" ha llegado a ser una invitación a rendirse a la inmadurez, por una parte, ya la represión de lo "mejor de

sí mismo" por otra. (Esta "mejor parte de sí mismo", o su yo adulto, puede ser un anhelo saludable para lograr una existencia más madura, y puede ocasionar fastidio en el ego infantil, y hasta sentimientos de culpa). Guste o no, la realidad psicológica humana es que debemos elegir entre tendencias opuestas. La defensa del "acéptate a ti mismo" es, con frecuencia, un alegato del infantilismo. La alternativa, "supérate a ti mismo" es más difícil, pero es la única forma de lograr la felicidad interior y la paz del espíritu.

La poca gente que intenta salir de su tendencia homosexual no conoce mucha comprensión ni aprobación del público en general. Al contrario, encuentran desaliento por todas partes. Espero que este pequeño trabajo les ayude a refutar el falso eslogan "no puedes hacer nada".

## EL CAMBIO SIN PSICOTERAPIA

Antes de mostrar los resultados de la terapia “antiqueja” que hemos esquematizado, me gustaría describir algunos casos de personas que se han curado con otros medios. En este capítulo presentamos dos casos que han aparecido en informes científicos publicados. Ambos señalan cómo las mismas dinámicas psicológicas usadas en la terapia “antiqueja” funcionan en otras situaciones.

El primer caso es el de una mujer ex-lesbiana que contó su historia a un psiquiatra holandés homosexual partidario de la “aceptación” como solución, y que ha tratado de su caso en un artículo<sup>1</sup>. El psiquiatra publicó su conversación con ella, resaltando que “ella daba la impresión de estar completamente normal. Normal emocionalmente, una risa relajada y una seriedad adecuada. Era totalmente creíble”. El caso debe impresionar más en la medida en que es una curación real relatada por un hombre totalmente escéptico acerca de la posibilidad de remediar la homosexualidad. La mujer dijo: “Aunque su artículo no ofrece mucha esperanza, yo me he curado a los 37 años. ¿Puede Ud. imaginar mi felicidad? No es comparable a nada. 37 años de dolor, miseria, búsqueda de ayuda, rezos, esperanzas, etc., sin ver nada más en el mundo que mi propia miseria que me irritaba del modo más profundo. Con la firme convicción de que lo vas a arrastrar hasta la muerte”. Junto a su llamada a la fe y a la esperanza, este fragmento contiene una frase muy instructiva que no debemos omitir: “sin ver nada más en el mundo que mi propia miseria que me irritaba de modo profundo”. Es un epitafio muy bonito para su vida neurótica anterior, que resume sus elementos esenciales: el excesivo egocentrismo de los sentimientos de autocompasión. La mujer ve con ironía su comportamiento anterior, sonriendo a los dramáticos “¡pobre de mí!” de su pasado.

¿Cómo se desarrolló todo? Ella era enfermera y se enamoraba frecuentemente de mujeres mayores que ella (“me preocupaba por completo, era como una nube que me rodeaba”) y una vez intentó

suicidarse después de un fracaso amoroso (nunca practicó contactos homosexuales). La mujer se sentía completamente perdida y deseaba librarse por completo de sus obsesiones. Quizá esa depresión dolorosa le prepara a uno para el cambio, ya que no puede ir a peor. En este estado mental, ella encontró a un sacerdote comprensivo y realista, que escuchaba atentamente sus quejas, pero que también le hacía observaciones punzantes. “Después de hablar con él, volvía confundida, como si me hubiera lavado el cerebro. Pero una vez me dijo algo que jamás olvidaré: “Niña, no ha madurado, es como si tuvieras dieciséis años”. Esa misma noche en mi habitación, a las 21:30, de improviso lo entendí todo”. Ella identifica claramente el momento del “cambio”, las 21:30: se ve como una niña, y como tal ha sentido y se ha comportado. El sacerdote le abrió los ojos haciéndole ver su “niña interior” y así reconoció su inmadurez. En ese mismo instante empezó su proceso de curación.

Habiendo observado su personalidad infantil, la mujer empezó a superar, con vigor, sus antiguas facetas. Es lo que ella llamó su “adaptación”, el “cambio” hacia “la sociedad tal como es, y no como yo la veía”. Tuvo que descubrir la realidad, puesto que había vivido en un mundo demasiado subjetivo y de carácter emocional. “Antes, yo *era vivida*”. Esto expresa claramente su obsesión neurótica dominada por una emotividad que confundía la realidad. El neurótico vive en una atmósfera de emociones que por regla general son quejas y, por tanto en una realidad distorsionada. “La gente debe haber pensado de mí: ¡qué persona tan ingenua!”. Era realmente *una niña*, juzgando su entorno desde el punto de vista y con los sentimientos de una niña. La “adaptación”, que ha ocurrido después del reconocimiento de ser una niña “quizá durante al menos un año”, me parece muy rápida.

Esta mujer no sólo describe su cambio como un abandono de su infancia, sino también como la desaparición de un complejo de inferioridad. “Tenía un gran complejo de inferioridad”, dice. “Antes, cualquier cosa o persona era siempre superior a mí”. Además, relata el cambio en sus sentimientos de vergüenza: se avergonzaba de cosas de las que no tenía por qué hacerlo: eran sentimientos de inferioridad,

que se manifestaban como una sumisión exagerada. "Anteriormente hacía de todo para todos. Aún hago cosas para la gente, pero hay siempre un "pero". Tal vez es insensato que antes no pensara en mí misma". Sus sentimientos de inferioridad habían tomado esta forma: "No soy buena para nada. Debo servir a todo el mundo porque soy la última".

Refiriéndose a su pasado, menciona sus celos, su falta de *sentimientos* reales de simpatía hacia la gente que sufría, a pesar de su comportamiento servicial (egocentrismo), su cambio de actitud hacia Dios (antes, le inspiraba miedo, y que ahora le llenaba de gratitud y respeto); sus tics nerviosos en la boca, su caminar ansioso pegado a las paredes de las casas en vez de ir por el centro de la acera. "Nada es igual". Aquí vemos la experiencia común de que en un homosexual curado nace una "nueva y flamante personalidad"; la curación de la homosexualidad es, en primer lugar, un cambio emocional y un cambio en la personalidad.

¿Y acerca del cambio erótico en esta ex-lesbiana? "Antes los hombres no me excitaban, no me decían nada. No pensaba en casarme. Cuando crecí, las relaciones sexuales entre hombre y mujer me resultaban extrañas; no podía entenderlo ni sentir nada. Un hombre me excitaba de la misma manera que lo haría un gato". De esta cita uno concluye que, en su desarrollo erótico, esta mujer permaneció como una niña, ni siquiera como una adolescente. El primer *shock* de reconocimiento de su fijación en la infancia provocó en ella gran gozo y alivio. "El mundo entero era mío, así que era muy feliz. NO tenía deseos hacia mujeres ni hacia hombres". El curso de los acontecimientos es el típico de muchos casos de curación: el gozo borra los intereses homoeróticos (mostrados en forma de queja, lo opuesto al gozo y a la felicidad). El paciente atraviesa una etapa en la que parece ausente cualquier componente erótico en las dos direcciones. "Sólo en los años posteriores ha ido apareciendo gradualmente el interés por los hombres". Sin desaparecer la sexualidad neurótica basada en la queja, no pueden liberarse las emociones heterosexuales adultas; como dice esta mujer, puede ser

un proceso largo: se parece a un proceso de crecimiento. Cuando despertó en ella, la heterosexualidad tenía las características propias de la de una adolescente, enamorada apasionadamente de varios hombres a la vez: “quería casarme con todos al mismo tiempo”. Al fin, abandonó esta etapa, se calmó y se casó con quien actualmente es su marido. Por lo que concierne a sus obsesivas preocupaciones sexuales del pasado, siente que las ha superado. Esto, teniendo en cuenta que la mujer tenía 44 años en el momento de la investigación, se puede interpretar como un signo de madurez. Acerca de sus anteriores intereses lésbicos, dice: “Es como una pierna que ha sido amputada y que no puede volver. Yo ahora no puedo entender cómo pude ser de aquella manera durante tantos años; ni lo entenderé jamás”. Este cambio real –sus antiguos sentimientos lésbicos son ahora difícilmente imaginables para ella- dura ya siete años desde que hizo estas declaraciones, un período más que aceptable para confirmar los resultados.

Sumando los factores de curación que pueden ser identificados en su historia, los terapeutas antiejeje reconocen un número de elementos que son familiares: el rechazo de todo corazón a identificarse irremediamente a sí misma como homosexual, lo que conduce a una apertura mental óptima hacia cualquier cosa que pudiera conllevar un cambio; el reconocimiento de su “ego infantil” o autoanálisis; la lucha por superar inclinaciones infantiles en el pensamiento y en los hábitos; la honradez consigo misma; y la confianza en su “psicoterapeuta”, que fue el hombre adecuado para ella, que observó su infantilismo y le dio el conocimiento y el apoyo correctos.

## LA CONVERSIÓN RELIGIOSA

Algunas personas afirman haber sufrido un cambio profundo en su inclinación homosexual a raíz de una conversión religiosa. En general, es bueno ser escépticos ante estas historias, por la posibilidad

de un autoengaño en la personalidad neurótica que puede hacer creer a la persona en lo que ardientemente desea creer; hasta que, naturalmente, una investigación crítica haya anulado nuestras dudas. He examinado a varias personas que afirmaban haber sido "curadas" por una conversión religiosa, pero en realidad no lo estaban. De hecho, rechazaban y desaprobaban vehementemente sus intereses homosexuales, o jugaban de forma inconsciente el papel de "homosexual cambiado", aferrándose a su nuevo descubrimiento religioso, lo que hace parecer que sus neurosis simplemente se han trasladado de un tipo de obsesión a otro. Normalmente estas personas no responderán a cuestiones sobre su actual vida erótica o sobre la naturaleza exacta de sus sentimientos sexuales y en vez de eso comenzarán a incoar un sermón, como si intentaran persuadir a otros, -y a ellos mismos-, de que realmente han cambiado. Este tipo de autoengaño, en realidad, no es dudoso privilegio de aquellos que intentan el camino religioso como meta del cambio. Uno debe tener en cuenta esta posibilidad en el curso de cada proceso psicoterapéutico; la voluntad del paciente a veces, desea vehementemente ser normal y, por esto, intenta persuadirse a sí mismo de que ya ha cambiado. El homosexual religioso puede, además, disfrutar egoístamente de pertenecer a un grupo religioso o incluso de ser un miembro destacado en éste (como el "converso" o el "predicador").

Sin embargo, conozco a varias personas que se curaron por una activa vida religiosa, y podría asegurarlo después de repetidas conversaciones en las que he analizado cuidadosamente sus actitudes y sentimientos. Hablaron tranquilamente y sin inhibiciones sobre sus emociones y actitudes; no evitaban las preguntas directas y contestaban también directamente; no manifestaron ningún deseo exagerado de persuadirme de nada. Creo que estos casos son quizá más numerosos de lo que podemos pensar, porque muchos de ellos prefieren permanecer en el anonimato y no ser ejemplos públicos de "homosexual converso y curado". En algunos de estos casos estaba bastante seguro de que cada impulso homosexual, aunque fuera pequeño, había desaparecido muchos años atrás y que sus sentimientos estaban heterosexualizados. Además, habían sido

liberados de un desorden emocional, muchas depresiones y preocupaciones, y habían llegado a ser considerablemente menos egocéntricos en sus pensamientos y sentimientos. Curiosamente, podían hablar sobre su pasado con sentido del humor. Todos resaltaron la importancia de la voluntad: “como homosexual, puedes quejarte, desear cambiar, etc.”, decía uno de ellos, “pero en realidad es demasiado bonito para ti querer realmente deshacerte de ello. Tu voluntad está medio endurecida, lo que supone un gran problema”. Al ser preguntados años después del cambio de su inclinación sexual, todos dijeron que el cambio emocional general en ellos había sido gradual y todavía podían experimentar algunos sentimientos de inferioridad en algunas situaciones hoy en día, aunque sin verse seriamente afectados por ellas, tan sólo experimentándolas como intromisiones menores en su estado normal de salud psíquica.

De mis conversaciones con homosexuales en cuyo cambio influyeron motivos religiosos puedo generalizar que ha sido muy importante para ellos encontrar la fe, la seguridad en la vida, un profundo sentido a su vida personal, y que tal descubrimiento les hizo sentirse felices, le proporcionó un gran consuelo y una fuente de gozosas emociones. Les hizo ver su problema homosexual como algo secundario, despojándolo de la importancia capital que antiguamente tenía en sus conciencias psíquicas: dejaron de estar ansiosos y de quejarse por ello. Desde entonces, se dieron cuenta de que era importante buscar y cumplir la voluntad de Dios y no la suya propia: así empezó el proceso de rescisión del egocentrismo. “No servía a Dios con mis quejas”, me contó una ex-lesbiana. “Intenté hacer lo que pensaba que Él quería de mí, y esto fue todo un programa. Ha sido esto lo que, poco a poco pero de modo radical, cambió mi vida”. Podemos entender el efecto saludable de este cambio de actitud. El neurótico, persona egocéntrica que piensa primero en sí mismo, sometiendo su propia voluntad a la voluntad de Dios, esto es, a metas más allá de sí, acaba liberado de sí mismo. En el proceso, descubrirá sin duda cómo su orientación había estado dirigida hacia sí mismo (hacia su ego infantil). La reorientación de este “ego” será a menudo difícil y dolorosa, porque presupone el sacrificio de un número de

cosas que eran muy queridas por su "ego" infantil. Además, implica meditación, oración, estudio de la Biblia y doctrina para conocer "la voluntad de Dios", que va a ser su nueva meta vital<sup>2</sup>.

Las obsesiones o anhelos homosexuales desaparecen de la conciencia psíquica de la persona, en el curso del proceso, y surgen los intereses heterosexuales, sin que la persona misma tenga que concentrarse mucho en este tema. El cambio real se siente como algo muy central en la personalidad y el nuevo rumbo de los intereses sexuales como la consecuencia más o menos natural de esta mutación básica. En consecuencia, no se puede hablar en tales casos de "sublimación de la homosexualidad", la cual esencialmente no sería más que una confusión de la atención; explicación que parece más adecuada para los casos de "neurosis con fondo religioso" de la cual hemos hablado anteriormente.

JOHN V.

Como un ejemplo de la influencia curativa de la conversión religiosa en la homosexualidad, citaré el folleto *Ik ben niet meer "zo"* (*Ya no soy "así"*), que se refiere a la historia del cambio de la homosexualidad a la heterosexualidad de un joven holandés, John V.<sup>3</sup> Más de diez años después de que su cambio fundamental se hubiera consolidado razonablemente y tras varios años de casado, pude convencerme de la autenticidad de su cambio por su sinceridad, ya que no quiso ocultarme que se había visto alterado ocasionalmente por impulsos neuróticos menores, durante un largo tiempo después de su cambio principal.

John V. es muy abierto y honrado sobre sus sentimientos. Admitió que podía, en principio, imaginarse la posibilidad de volver a tener un contacto homosexual, en circunstancias excepcionales, pero que piensa también que es muy improbable que esto suceda. "Quiero decir", aclaró, "que a su pregunta ¿no puedes *imaginar* la posibilidad de un nuevo sentimiento homosexual, ni siquiera en circunstancias

extraordinarias? No puedo responder con un “no” firme, ni que la imaginación de un contacto homosexual me produce una desazón física”. Así que, de acuerdo con los criterios más exigentes, su cambio no puede ser reconocido como perfecto; pero en vista de la casi completa ausencia de cualquier impulso homosexual en su fantasía o en su consciencia durante muchos años, así como la presencia de intereses heterosexuales normales, los resultados totales no pueda sino impresionar al estudioso de la homosexualidad que se halle libre de prejuicios. Citaré las notas autobiográficas de John V., no porque su cambio sea el más radical que yo haya visto, sino porque su narración contiene observaciones sobre algunos fenómenos que ocurren con frecuencia en el curso del cambio de un homosexual, como la rendición salvaje, desesperada e infantil por lo que creyó que era su salvación –en este caso, el movimiento pentecostal-<sup>4</sup>, sus períodos de desesperación profunda como los de gran júbilo; y después de todo, el hecho es que el cambio se produjo poco a poco y consistió en un crecimiento normal, u proceso de aprendizaje que fácilmente puede traducirse en términos psicológicos.

Habiendo sido diagnosticado como homosexual “primario” o “nuclear” y como irremediamente tal por un conocido sexólogo, y después de haber vivido como un homosexual comprometido, este hombre de cerca de treinta años no podía sentirse emocionalmente satisfecho con sus amistades homosexuales, experimentándolas interiormente como algo contrario a sus creencias religiosas. De cualquier modo, sentimientos religiosos aparte, descubrió que su modo de vivir homosexual era incapaz de hacerle feliz.

“Lo aprendí de forma tormentosa. Pero no me ha dado una profunda felicidad... “el amor, sin embargo, no es pecado”, afirmaba. Pero en mi interior llegué a sentirme vacío. No leía casi nunca la Biblia y estaba totalmente neurótico... Estaba muy cansado... y no me arriesgaba a tener compañía”.

Una conversación con un cristiano que reconocía haber sido homosexual durante muchos años, pero que se sentía liberado de sus

obsesiones, le hizo darse cuenta de que su estilo de vida, la relación con su amigo, era un todo pecaminoso. “Parecía como si en ese instante hubiera una gran luz en la habitación, una luz capaz de hacer desaparecer la oscuridad de mi vida”; pero esa misma noche se sintió incapacitado para cambiar y enamorarse de una chica; incluso le parecía una cosa desagradable sólo pensarlo. Sí y no: la lucha interna de tantos homosexuales encadenados a impulsos que creen naturales. A pesar de eso, de algún modo sabía que debía romper su relación “pecaminosa” con el amigo. Muchos homosexuales se reconocen en lo que él recuerda:

“Las últimas noches antes de abandonar definitivamente a mi amigo, las pasé con él en Bergen Op Zoom (una ciudad holandesa) y fue horrible. Hasta el último momento pensé que sería incapaz de soportar la ruptura entre nosotros. Durante tres años vivimos juntos y nos quisimos. Yo estaba muy nervioso y lloré mucho. Pero fue como si un poder sobrehumano me capacitara para apartarme de él. Cuando llegué a Róterdam, por primera vez en muchos años, me sentía relajado, como si me hubiera quitado de encima una carga pesadísima”.

Luego, pasó por un período de alternancia entre esperanza y desesperación, rezando a Dios cuando sentía surgir las tendencias homosexuales que le hacían desear a su amigo, y buscando apoyo de predicadores del movimiento pentecostal. A pesar de cierto espíritu crítico que tenía hacia esa gente, aceptó la imposición de las manos, creyendo que recibiría al Espíritu Santo. Al mismo tiempo, un matrimonio cristiano le apoyó y animó, reforzando su fe en que, con la ayuda de Dios, podría superar su homosexualidad. Todo esto le dio la fuerza necesaria para destruir radicalmente cualquier recuerdo de su pasado homófilo (objetos, libros, fotografías, etc.) y persistir en su rechazo completo a cualquier pensamiento o impulso homosexual.

“Unos dos meses después de liberarme, empecé a mirar a las chicas con otros ojos. Descubrí que en ningún modo son

inferiores. Cada vez fui más consciente de mi masculinidad. Dios me hizo descubrir la belleza de las mujeres. Empecé a sentirme atraído por ellas. Pensé: “Estoy progresando poco a poco en la buena dirección”. Así empecé a ver las relaciones normales entre hombre y mujer de la manera correcta”.

Aquí, John V. repite lo que puede observarse en muchos homosexuales en su camino hacia la normalidad: al principio, los intereses homosexuales disminuyen, acompañados por un cambio emocional general hacia emociones más positivas. Luego, después de un lapso de tiempo, surgen los primeros sentimientos heterosexuales. Hay que subrayar que el hombre dice esto en conexión con su sentimiento cada vez más fuerte de ser un hombre, es decir, en correlación con la atenuación de su queja por sentirse inferior como hombre. Su opinión de las chicas se vuelve más madura que cuando las veía a través de los ojos de un niño pequeño: traviesas criaturas de un mundo diferente, no del mundo de los “chicos que están juntos”

John V. tuvo recaídas periódicas, como la mayoría de los neuróticos en proceso de curación, a veces muy vehementes. Pero persistió en su estrategia: intentar vivir según pensaba que Dios le pedía, rezando en los momentos de “tentación” y usando la fuerza de su voluntad. Algunos años después, se casó con la chica de la que se enamoró, y hoy es un hombre tranquilo, razonable y feliz. Las últimas veces que reaparecieron sus impulsos homosexuales, me contó, fueron pequeñas irrupciones en las que despertaba alguna frustración infantil, como cuando su prometida era visitada por una amiga y él se sentía privado de su atención.

Ahora él no se queja, ni está inclinado hacia sentimientos patéticos, mientras que su autobiografía deja muy claro que una vez fue una persona altamente dramática y propensa a la queja. Como señalé antes, no quería explicar el proceso de desneurotización de John V. como algo sobrenatural. Las emociones religiosas, como todo psicólogo familiarizado con los trabajos de William James o Maslow sabe, pertenecen a las experiencias más fuertes que pueden afectar la

vida emocional de una persona. En el caso de John V., estas experiencias son descritas como momentos que abren paso a *esperanza y alegría*; por sí mismas no neutralizaron la neurosis homosexual, pero le dieron una base emocional positiva sobre la que comenzar: el optimismo, un sentimiento de felicidad y una visión clara sobre el significado de su vida. Además, creía por la fe que su homosexualidad era reversible, que no estaba de acuerdo con su naturaleza tal como hombre creado por Dios. Finalmente, su convicción religiosa le ayudó a rechazar todos los sentimientos homofílicos y todo lo relacionado con ellos, en cuanto sentidos como pecaminosos, negativos y miserables. No deberíamos subestimar el último factor, porque el neurótico homosexual está muy unido a sus anhelos como algo precioso, grande, maravilloso que le conduce a la felicidad. En consecuencia, debemos establecer que una conversión religiosa puede aportar a un homosexual la esperanza y la energía que requiere el esfuerzo del cambio.

El homosexual que quiere curarse tiene extrema necesidad de esos ingredientes, porque la desesperación que vive es grande; la dependencia, muy fuerte; su voluntad de lucha es poca y está endurecida y minada por el negativismo inherente a su autocompasión. Las experiencias religiosas pueden temporalmente colocarle en un nuevo mundo interior; pero después tendrá que luchar de modo constante, porque ellas no arrastran de modo definitivo su neurosis. Sirven como fuentes de energía y motivación, mientras que el proceso psicológico del mismo cambio es una constante y radical "inanición" de las emociones neuróticas: un proceso de descongestión, podríamos decir. Por tanto, no es sorprendente que todo esto se prolongue durante un tiempo, y que las recaídas (grandes o pequeñas) formen parte del mismo proceso. Como el mismo John V. observa respecto a su despertar a la heterosexualidad: "Se crece lentamente". La experiencia religiosa parece desencadenar los "recursos interiores": fuerza de voluntad, introspección y emociones positivas; hacen que la persona realmente luche y permite fortalecer los motivos necesarios para continuar. Sería poco científico negar estos hechos empíricos,

aunque puedo imaginar que algunos psicólogos pueden resistirse a tomarlos con seriedad.

Una curación como la de John V. no es un milagro religioso, que tiene lugar en un santiamén. Hay homosexuales que confunden sus experiencias religiosas con una curación psicológica o que predicán curaciones repentinas por conversiones religiosas (“fe terapéutica”). En mi opinión, se desilusionarán. Rezan, rezan y rezan, pero “nada les sucede” como ellos esperaban de modo equivocado. O en otros casos, se hacen creer a sí mismos que han “ahuyentado su demonio”. La prueba más simple de curación es un análisis profundo de toda la vida emocional de una persona, incluida su parte sexual. Un homosexual realmente curado es cualquier cosa menos una persona histérica, fanática o limitada: se siente relajado, es realista en las introspecciones y no tiene nada que esconder a sí mismo.

Los casos de homosexuales curados sin psicoterapia nos recuerdan que “todos los caminos conducen a Roma”. Es más, estos homosexuales parecen haber seguido a grandes rasgos el mismo recorrido psicológico; de algún modo “aniquilan” su tendencia infantil de autocompasión y todo lo que le rodea, como el egocentrismo infantil, los sentimientos de inferioridad y la ansiedad. Todas estas historias confirman, además, la afirmación de Hatterer según la cual la “voluntad de cambio” es una condición indispensable para mejorar y el mismo proceso de cambio implica una lucha, que es un proceso de crecimiento guiado por la voluntad<sup>5</sup>. Los fenómenos encontrados en el curso de este proceso son: recaídas casi generales; períodos de desesperación, aumento de la introspección; aparición de intereses heterosexuales sólo después de que haya sido superada la tendencia homosexual, al menos en su mayor parte; un período de consolación, que puede durar varios años después del cambio básico. Sin embargo, animaríamos a un enfoque de tratamiento más sistemático, que unifique los elementos saludables citados arriba y que haga uso de nuestro conocimiento teórico sobre la homosexualidad como una patología de autocompasión infantil. Incluso el homosexual con motivaciones religiosas puede beneficiarse de estas introspecciones,

ya que le proporcionan una estructura intelectual clara para reconocer su neurosis y, tras esto, le dota de armas concretas con las que luchar, para que pueda recorrer con más eficacia el camino que se ha marcado que si lo hiciera sin un mapa y una brújula psicológicos. La terapia antieje es un tratamiento sistemático y ahora es el momento de ver cómo deberíamos leer el mapa que ofrece y cómo funciona su brújula.

1. SENGERS, W.J., *Homoseksualiteit als klacht: Een psychiatrische studie*. Paul Brand, Bussum 1969.
2. La reorientación religiosa de la vida se usa, a veces, como método, por ejemplo, por el método jesuita de "discernimiento de espíritus" (qué "espíritu" o actitud mental es la correcta, la deseada por Dios, y cuál es la equivocada, la que debemos evitar). La aplicación de este método puede llegar a curar a un homosexual como "efecto lateral", según me ha comunicado el sacerdote católico y publicista holandés Dr. Penning de Vries. Sin embargo, la meta primaria de este método no es curar una neurosis, sino reorientar la vida de una persona de acuerdo con los principios cristianos.
3. Bos, J.T., *Ik ben niet meer "zo"*. Gideon, Hoornaar 1969.
4. Aun permaneciendo profundamente religioso, la exaltación de este hombre se ha calmado mucho desde entonces. Él mismo se inclina ahora a ver su cambio como un esfuerzo psíquico, motivado y en gran parte animado por su conversión religiosa, la oración y, sobre todo, por un cambio total en la forma de vida.
5. HATTERER, L.J., *Changing Homosexuality in the Male*. McGraw-Hill, Nueva York 1970

## EFFECTOS DE LA TERAPIA ANTIQUEJA

La neurosis homosexual puede superarse como otras neurosis. La idea fatalista de que esta neurosis no puede cambiarse es alentada por los portavoces del movimiento homosexual militante y por otros defensores de la moralidad relativista. No digo que sea fácil conseguir un cambio radical en las tendencias homosexuales: ningún cambio en un neurótico fóbico u obsesivo-compulsivo es sencillo. Pero la posibilidad de un cambio fundamental a mejor es posible. Depende en gran medida de la sinceridad de la persona en su lucha por obtener conocimiento de sí misma y de su voluntad, esta infravalorada y espléndida facultad de la mente.

A raíz de un análisis extenso sobre 101 personas a las que he tratado<sup>1</sup>, se derivan las siguientes conclusiones, resumidas sobre la efectividad de nuestra terapia. De aquellas que continuaron el tratamiento –el 60% del total del grupo- casi dos tercios al menos alcanzaron un período satisfactorio por largo tiempo. Esto significa que los sentimientos homosexuales han sido reducidos a impulsos ocasionales, mientras que la tendencia sexual se ha vuelto predominantemente heterosexual, o que las tendencias homosexuales fueron completamente abandonadas, con o sin predominio de intereses heterosexuales. De este grupo, sin embargo, cerca de un tercio cambió “radicalmente”, lo que quiere decir que no tienen ningún interés homosexual más, sino que tienen sentimientos heterosexuales normales, y además que muestran un cambio fundamental en la totalidad emocional de lo negativo a lo positivo –de la inestabilidad a la estabilidad- con un período de seguimiento de al menos dos años.

De cualquier modo, el “cambio satisfactorio” no supone un estado mental definitivo. La persona puede continuar creciendo lenta e ininterrumpidamente. De hecho, puede pasar por nuevas crisis emocionales, de más o menos severidad, y puede beneficiarse de sus experiencias vitales para integrarse en un nivel emocional superior. No

es raro que progresen tranquilamente, a pesar de los altibajos, a lo largo de los años.

Por ejemplo: un hombre que interrumpió sus contactos regulares con el psicoterapeuta en el estadio de "cambio satisfactorio", porque se enamoró de una chica con la que está actualmente casado. Unos doce años después, reanudé el contacto con él. Revisando su vida emocional del último período, me contó que había tenido algún estímulo homosexual ocasional durante el primer año de su matrimonio, pero que esos estímulos le afectaban emocionalmente mucho menos que en los años anteriores. Los había percibido como algo que ocurría fuera de él mismo. Estos fugaces fuegos se han desvanecido, y añadió "No puedo recordar haber tenido ningún interés en esa dirección durante años. Cuando miro con algún interés erótico a otra persona que no sea mi esposa, es siempre otra mujer. Si mi matrimonio se viene abajo, no buscaré contactos íntimos con hombres, sino con mujeres". Además había pasado algunas veces por períodos de retraimiento, mostrándose taciturno y melancólico, sobre todo después de pequeñas disputas matrimoniales. (Tampoco la esposa carecía de mecanismos infantiles). De todos modos él logró aceptar estos hábitos suyos reactivos como repetición de reacciones de su infancia, cuando se sentía rechazado, y los identificaba como procedentes de residuos de su "pequeño niño digno de compasión". Esto le llevó a dominar su gimoteo infantil. Cuando juzgó objetivamente que la conducta de su mujer no había sido razonable, llegó a una conclusión: "esto no te da derecho para sentirte mal contigo mismo". En conclusión, él había llegado a ser mucho más maduro a lo largo de los años.

Llegados a este punto, el escéptico notará posiblemente que sólo un tercio de los que siguieron el tratamiento cambiaron radicalmente. Estoy de acuerdo en que estos resultados todavía están lejos de ser perfectos, pero esto no conduce a una interpretación fatalista de los hallazgos. Pienso que hay más razones para considerar el vaso medio lleno antes que medio vacío. Los casos de cambio radical –de una homosexualidad completa a la heterosexualidad

normal- bastan para rechazar la teoría de que la terapia de la homosexualidad no tenga sentido. Por el hecho de que pocos homosexuales intentan cambiar seriamente y de que pocos psicoterapeutas les animan a ello, la noción de que la homosexualidad es irreversible tiene el carácter tautológico de una profecía que se hace cumplir a sí misma. Si nadie lo intenta, nadie tendrá éxito. Finalmente, ¿por qué deberíamos adoptar una actitud fatalista hacia las posibilidades de mejora de la homosexualidad cuando hay un porcentaje razonable de mejora sustancial? Los resultados de curaciones de otras neurosis son similares a los de curaciones de enfermedades físicas que todavía no son curables en todos los casos. ¿Renunciaríamos si sólo tuviéramos éxito en una parte de los casos?

A la vista de todo esto, pienso que podemos ser optimistas sobre la curación de la homosexualidad. Cerca del 20% de los homosexuales sometidos a tratamiento no parecen cambiar de forma perceptible. No obstante, algunas mejoras pueden conseguirse, incluso si se trata de neuróticos graves habituados a mantener multitud de contactos sexuales, a sufrir depresiones profundas y sentimientos de que sus vidas carecen de sentido. Por ejemplo: pienso en un hombre al que he tratado durante más de quince años. Soy, probablemente, la única persona con la que él puede hablar con libertad. Era neurótico profundo, obsesionado por numerosas dolencias y por impulsos homosexuales que él siempre odió. A pesar de mi escepticismo acerca de algún logro, después de mucho tiempo, comenzó a notar que había superado sus depresiones profundas con sus tendencias suicidas, y que debía admitir que en general estaba más sereno y optimista, lo que se plasmaba también en su conducta.

Podemos aprender de tales casos que nunca debemos perder la esperanza. No creo que sólo la terapia basada en la autocompasión pueda cambiar las neurosis homosexuales. Estoy seguro, sin embargo, de que la profundización en el "niño quejoso" y el uso de las técnicas de autoironía pueden ser de mucha ayuda para quienes están determinados a luchar contra su neurosis. Estas técnicas estimulan los poderes salutíferos de la mente: la sana introspección, el interés por el

autoconocimiento y, sobre todo, la fuerza de voluntad. Tales poderes probablemente operan también en homosexuales que cambian sin ayuda de terapias.

La mayoría de las personas con tendencias homosexuales poseen el complejo homosexual en lo que yo denominaría una forma suave. También en ellos la emotividad infantil puede haber echado raíces profundas y creado fuertes hábitos neuróticos, pero si se tuviera la voluntad de combatirlos de modo perseverante, habría unas perspectivas favorables hacia la curación radical.

Para demostrar qué puede hacer la terapia antiqueja, me gustaría presentar algunos pocos ejemplos sacados de mi propia experiencia. El primer caso contempla un desarrollo moderadamente positivo. Se refiere a un joven cuyo progreso fue fatigoso; me parece que representa toda una categoría de casos similares.

BEN

Ben no tenía aún veinte años cuando acudió a mi consulta. Desde la adolescencia había tenido fantasías eróticas con hombres de 30 a 35 años, particularmente durante la masturbación. No se sentía atraído del todo hacia las chicas, no tenía amigos (tampoco contactos sexuales) y la mayoría del tiempo permanecía en su casa. Su emotividad neurótica era visible en su rostro: parecía enfadado y malhumorado; su actitud y maneras eran blandas y perezosas. Había estado mimado y sobreprotegido por su madre a la que continuaba apegado. Ella estaba excesivamente preocupada por él; cuando la conocí, se refería a él de modo constante y en un tono sentimental como "este niño". Su padre no se había ocupado de su educación; era un hombre algo inseguro que dejó a su hijo en manos de su esposa (la cual daba la impresión de haber querido tratar de dominarlo a cualquier precio). La madre parecía adorar a su hijo, pero quería que fuera como ella lo imaginaba. Ben no se atrevía a hablarle con libertad; era un marginado en el colegio y por la educación recibida, no podía competir

con los otros muchachos. Se había recluso en una postura silenciosa y ligeramente arrogante, que, sin embargo, era incapaz de disimular sus profundos sentimientos de inferioridad.

En este triste período, había conocido a un amigo de sus padres, un joven casado con modales simpáticos y amables. Este hombre prestó una atención especial a Ben, y a veces le invitaba a acompañarle en las salidas con su joven familia. En su imaginación infantil, Ben comenzó a idealizar a este amigo, poniéndole a sí mismo en el papel del niño desvalido que estaba en el centro de su atención. Empezó a imaginar que no existían la esposa y el hijo pequeño de ese hombre; llegó a ser, en su mente, el objeto de amor favorito del amigo admirado, que poseía todo aquello en lo que Ben se sentía inferior. Poco a poco, estas fantasías acudían a su mente cuando se masturbaba.

Ben quería hacer algo con su tendencia homosexual que por aquel tiempo se había convertido en una obsesión. No quería ceder a ella; estaba profundamente avergonzado por ella, máxime porque la veía como otra prueba de su inferioridad respecto a los otros hombres; y tenía crisis regulares de llanto que rozaban con la histeria. Era un joven blando, que solía concederse todos sus deseos y evitaba cualquier cosa que pudiera causarle problemas o esfuerzo. Sus intentos de enfrentamiento con su "niño interior" no eran muy firmes. Las privaciones y los reveses normales, siempre habían sido causa de autocompasión. Y cuando entendió que tendría que pasar por un período prolongado de esfuerzos, reaccionó como solía hacerlo.

A pesar de la lentitud de los cambios, sí que tuvieron lugar pequeñas mejoras. Por ejemplo: llegó a ser menos envidioso respecto a sus colegas, luchando contra sus sentimientos más enraizados, es decir: "Soy inferior a ellos; ellos tienen la atención, la estima, y yo no: ¡pobre de mí!". Redujo la frecuencia de las masturbaciones, que, en su caso eran claramente una válvula de escape infantil que, a pesar de su elemento de placer, fortalecía la autocompasión de la que brotaba. Intentó enfrentarse a su complejo de inferioridad con los deportes, se

asoció a un club deportivo y descubrió que había muchas situaciones que podía plantearse como reto. Lentamente, comenzó a cambiar su viejo hábito de dejar que otros tomaran las decisiones (su madre en primer lugar). A pesar de ello, a menudo no desafiaba realmente a su madre porque ella se enfadaba, y terminaba en una nueva capitulación ante su voluntad. Sus ataques depresivos desaparecieron completamente; no lo hizo, en cambio, la estructura subyacente y esencial de autocompasión crónica. Continuó sintiéndose digno de compasión ante las frustraciones diarias, en especial ante las sensaciones de ser despreciado, de ser incapacitado, de no tener éxito o de ser excluido.

Cayó en la cuenta de esa autocompasión subyacente de múltiples formas cuando llevaba más de dos años bajo tratamiento. Se hizo cargo de su sentimiento de inferioridad y culpabilidad en casi todas las compañías que frecuentaba, respecto a cualquier persona que conocía. Descubrió que era él mismo quien adoptaba la actitud “soy inferior y digo de compasión”, y quien inmediatamente se colocaba a sí mismo en el papel de víctima, mientras que antes estaba convencido de que eran el mundo, los otros, quienes le trataban como alguien inferior.

Se podría decir mucho sobre una serie de pequeños descubrimientos interiores y de cambios menores. Dio un paso real hacia delante, por ejemplo, cuando decidió no vestir más ciertas ropas que se había comprado por impulsos de su vanidad infantil, para llamar la atención y la admiración de los otros. La lucha contra la autocompasión infantil y la tendencia a quejarse debía ser enfrentada en la vida cotidiana, con ocasión de pequeñas frustraciones, disgustos, impulsos de apatía, de irritaciones exageradas, de cansancio tras el trabajo, etc. El caso de Ben no era diferente. Se concentró en su hábito de huir de las responsabilidades y de quejarse de la incertidumbre de su mejora. Llegó a ser más activo. Su fantasía homofílica, expresada en la búsqueda de cierto tipo de muchachos –al menos en su imaginación–, perdió gradualmente mucha parte de la fascinación que le producía. Naturalmente, se presentó de nuevo en

momentos en los que se sentía desvalido y desesperanzado. A veces, emergieron sentimientos ocasionales de atracción hacia chicas, especialmente en los períodos más optimistas. Ha tenido últimamente una novia, aunque la relación parecía bastante inmadura (también es cierto que por ambas partes). Tengo la impresión de que Ben coloca a la chica demasiado en el papel de madre y no es realmente amor lo que siente por ella, a pesar de que sí hay algún interés heterosexual en sus encuentros.

Su progreso, en conjunto, es evidente para su psicoterapeuta y para la gente que le conoce bien. Después de casi cinco años, es más independiente y varonil, y más optimista. Los intereses homosexuales no se han extinguido, aunque han perdido intensidad e influencia sobre su imaginación. Necesitará otro par de años para cruzar suficientemente el umbral de su virilidad adulta.

## EL SEÑOR L.

Está cerca de los cuarenta y tiene a sus espaldas una intensa vida homosexual. Duda si continuar o no con esta forma de vida porque ha perdido la fe en la viabilidad de una relación definitiva. Es consciente de que, incluso cuando pensaba al principio que había encontrado al amigo que deseaba, invariablemente volvía a sentirse irritado con él después de un tiempo y rompían la relación. “¿Por qué?”, se preguntaba. Por otro lado, las mujeres no significan mucho para él, aunque se lleva bien con ellas en un nivel superficial.

Sus modales son amistosos, obsequiosos; no se atreve a exponer su propia opinión, sobre todo si adivina un desacuerdo con sus ideas. Le impresionan en exceso los tipos de hombres agresivos y las figuras autoritarias en general. Su jefe en la oficina, por ejemplo, le hace sentirse muy tenso, y no puede encararse con él cuando está enfadado; por otro lado, siente una admiración excesiva por él. El señor L. a veces tiene depresiones y pasa por períodos en los que no se siente con fuerzas para trabajar.

Su madre era muy modesta y ocupaba una posición de segundo plano en su vida emocional, aunque tenía la impresión de que su forma de criarlo había sido demasiado blanda. El padre era la figura central en el hogar, quien decidía todas las cosas, incluso sobre cualquier suceso menor de la casa. Su padre había sido la persona crucial en la juventud del señor L. Era, en general, agresivo y muy exigente y rígido con sus hijos. Había bloqueado el desarrollo emocional de su hijo. El señor L. siempre había lamentado no gozar de los favores de su padre. Nunca se mostró alentador con él; tenía la idea de que su padre le consideraba el menos interesante de sus hermanos, un blandengue. Sus hermanos triunfaron en varios deportes, mientras que él se veía decididamente inferior en ese campo. Más tarde, intentó compensar esto participando en carreras de coches, pero el complejo de inferioridad no disminuyó.

El señor L. podría recordar una gran cantidad de experiencias amargas de su adolescencia, que perfilaron su complejo de inferioridad: observaciones críticas e irónicas de su padre, a quien temía y admiraba al mismo tiempo, fracasos en los deportes, periodos de soledad en su habitación, sentimiento de ser ofendido. Con ellos le había surgido la necesidad de buscar un amigo paternal. En efecto, poco después de cumplir los veinte años había tenido un buen amigo, con el que se comportó más o menos como un esclavo. El amigo se marchó a otra parte del país y después se casó. Los sueños homoeróticos de consuelo del señor L. se intensificaron.

El proceso de cambio hasta el momento que apunto aquí duró cerca de tres años. Durante un tiempo, el señor L. vivió una división interior. Estaba convencido de la imposibilidad de renovar su vida sin hacer tabla rasa, sin ir más allá de intentar acallar las quejas que presentaba a primera vista: episodios depresivos y su incapacidad de tener relaciones homosexuales duraderas. Comenzó a ver claro el comportamiento de su "niño interior" y a reavivar muchas conductas infantiles: en su caso, sentirse insultado y humillado, inferior, tanto por sus modales como por su actitud, entre otros hombres de su entorno;

entregarse a la autocompasión cuando estaba solo en su habitación, irritarse en exceso por pequeñeces, y quejarse por su estado físico cuando de hecho estaba sano y fuerte. Su sinceridad fue una gran ayuda. Al explicarle ciertas realidades de su vida y sus motivaciones, reaccionó con prevención, pero, a pesar de su resistencia, vio mucho de verdad en las observaciones que yo le hacía. Aplicó también las técnicas de la autoironía y del humorismo en las manifestaciones de su “¡pobrecito de mí!” infantil en muchas ocasiones de su vida diaria.

Llegó a ser más independiente respecto a los demás hombres. No perdimos mucho tiempo discutiendo sus sensaciones y sus manifestaciones homosexuales, sólo hablábamos de su conducta no sexual con otros homosexuales con los que ocasionalmente seguía contactando en la época del tratamiento. Para él estaba claro que sus sentimientos homosexuales eran una mezcla de las ensoñaciones del adolescente lastimero, en busca de calor para su yo interior desvalido y de admiración hacia los otros, supuestamente viriles. Comprendió que buscaba contactos humanos ilusorios que no tenían nada que ver con amor hacia el amigo anhelado. Precisamente en la búsqueda de un amigo así, reforzaba su encarcelamiento en el egocentrismo y, por consiguiente, hacía imposible establecer una unión duradera. La queja “estoy solo” se repetía una y otra vez. Se dejaba caer en el aislamiento porque no podía vivir sin la autocompasión inherente a su papel de víctima.

De forma vacilante se despedía del mundo homosexual y de su mundo interior de fantasías homosexuales. Ocasionalmente, recaía y se enganchaba de nuevo con contactos homosexuales, aunque no con la excitación anterior. Llegó a ser más consciente del hecho de que toda la actitud hacia su vida y hacia otras personas había sido de reserva, o de no comprometerse en nada, jugando a ser un marginado ofendido. Por consiguiente, llegó a ser menos cínico y a poner a un lado su apariencia de superioridad que había asumido como compensación. Comprendió que debía dedicarse a encontrar el valor de las cosas, después de convencerse de que no es verdad que todo es relativo, y haber aceptado la creencia de que su vida personal no

carecía de sentido, como pensaba antes. Reconoció, también, que su capacidad de darse a los demás, de amar, era muy pequeña. “¿He amado realmente alguna vez?”, se preguntó. Su opinión acerca de las mujeres cambió; comenzó a observarlas y a sentirse conmovido por la conducta femenina y las dotes físicas de cierta mujer. Ahora tenía la impresión de estar más capacitado para tener una relación estable con una mujer.

## EL SEÑOR V.

Este joven de poco más de veinte años atravesó un penoso proceso interior similar, incluyendo unos episodios de decaimiento pronunciado; se enamoró de una chica después de un par de años de tratamiento. La relación amorosa le procuró nuevas dificultades. Tan pronto como comenzó a desearla, se dio cuenta de su gran miedo y del complejo de inferioridad que siempre había tenido hacia el sexo opuesto. Sus antiguos “papeles de adaptación”, los del chico encantador y afable, se debilitaron en la confrontación personal con una mujer, una relación en la que él era el hombre. A veces se asustaba; tuvo que luchar durante algunos meses contra su complejo de inferioridad y su autocompasión. De todos modos, también hubo momentos en los que se sentía relajado y podía identificarse con su “ser un hombre”. Entonces también despertaba su heterosexualidad, pero en los momentos de mal humor ésta parecía adormecida.

Los primeros años de su matrimonio han sido buenos. Ha crecido continuamente abandonando los infantilismos, las ansiedades, cuando se enfrentaba a una situación que requería independencia y algunas dosis de agresividad normal, y las concesiones fáciles a la autocompasión cuando algo le disgustaba. Considera sus intereses homofílicos, que nunca practicó excepto en su fantasía, como una tendencia infantil que perteneció a un pasado, cuando todavía no había encontrado la dirección correcta de su vida.

## LA SEÑORITA W.

Esta mujer, que rondaba los treinta años, me informó que se había visto trastornada desde su adolescencia por al necesidad de mirar compulsivamente a las mujeres y a las chicas y que estaba atormentada por varias fantasías eróticas referentes a su propio sexo. Todo esto iba contra su gusto, y nunca intentó aceptarlo como algo normal. Este síntoma sexual parecía una expresión de un complejo de inferioridad que minaba toda su vida emocional. Estaba ansiosa cuando iba acompañada, pensaba que los demás le miraban con desprecio, y a menudo estaba deprimida; a veces, podía reaccionar furiosa y rebeldemente. En lo que se refiere a su infancia, marcada por problemas y preocupaciones familiares, sólo quiero apuntar la influencia desfavorable de la falta de comprensión que había notado por parte de su madre y las observaciones destructivas y recelosas que solía hacerle su padre.

Ya desde la escuela elemental, se sentía ridícula e inferior a las otras chicas en casi todos los aspectos: ropas, forma de hablar, apariencia física y situación familiar. Durante años cargó con su problema no resuelto –autocompasión– sobre su triste destino; a ello se añadió una actitud generalizada de protesta. En la adolescencia, esto había sido un campo fértil para su admiración hacia otras mujeres y el deseo de amistades íntimas.

El tema central durante su proceso de mejoría fue llegar a ser menos pesimista. Esto suponía que debía estar menos influida por ideas autocríticas sobre su antipatía, carencia de valor e incapacidad, del temor de llegar a ser la víctima de todo tipo de desgracias, y sobre todo de su actitud de queja total manifestada en la frase “nacida para la miseria”. Era el clásico ejemplo de queja y, aunque lo admitía, se reconocía interiormente convencida de que tenía derecho a quejarse. Con la ayuda de su buena voluntad, salió al paso de sus depresiones severas, combatió su actitud de queja y de rebelión crónica y, como resultado, su estado de ánimo general mejoró. Las fantasías lésbicas la acompañaron durante varios años, pero finalmente se

desvanecieron. Intentó aceptar su papel femenino y a veces se encontraba a gusto como mujer. Sus sentimientos hacia los hombres nunca habían estado totalmente ausentes, aunque no habían sido nunca centrales en su emotividad. Durante un corto tiempo mantuvo relaciones con un hombre de una edad similar a la suya, pero, a pesar de su afecto y de su interés erótico, hubo demasiados problemas entre ellos, y lo mejor fue poner fin a aquello. Pudo aceptar su situación de soledad, después de una corta crisis; actualmente, tiene un deseo normal de casarse y tener hijos.

\* \* \*

Estas son algunas descripciones resumidas de unos pocos casos "medios". Espero que el lector sabrá deducir de ellos que pueden conseguirse muchas cosas positivas, siempre que tengamos buena voluntad, sinceridad y perseverancia. En ciertos casos, el proceso de cambio es más veloz o con un resultado mejor que el de los casos examinados; otros, en cambio, son más frustrantes y problemáticos. Algunos factores sociales ventajosos, que no deberíamos dejar de mencionar, son tener amigos alentadores y una situación familiar favorable; además, tener sanas convicciones morales y una vida religiosa personal y profunda es una ayuda inmensa. Desventajas son: un carácter débil, ser un dudoso permanente o tener un bajo criterio moral y, naturalmente, haber sido esclavo de satisfacciones homosexuales durante un largo período de tiempo.

A mi juicio, una cosa es obvia. Una actitud fatalista respecto a la mutabilidad de la inclinación homosexual no está justificada.

## PREVENCIÓN

El eslogan de que la homosexualidad debe ser aceptada suena engañosamente humanitario para muchos oídos; algunos han pasado por un lavado de cerebro tan radical como para tragarse la tontería de que las relaciones homosexuales deberían disfrutar de los mismos derechos del matrimonio. Sin embargo, los muy entusiastas respecto a la vida homosexual, no quieren reconocer el dolor que a menudo conlleva ésta. Parecen indiferentes ante los apuros de los adolescentes y los adultos jóvenes que corren el riesgo de errar en algo central de su vida, cuando el desarrollo homosexual les lleve a un punto muerto. Ni siquiera piensan en prevenir esto aunque, objetivamente, no hay razón para tomar a priori una posición fatalista al respecto.

Desde nuestra exposición, se pueden deducir algunas ideas sobre la prevención. Las primeras y principales personas que pueden prevenir esta anomalía en el crecimiento de sus hijos son, naturalmente, los padres. Deben ofrecer el ejemplo de una relación normal hombre-mujer. Si su matrimonio es bueno y tienen éxito al crear una atmósfera razonable de unión y cariño, reducirán considerablemente las ocasiones de caer en un complejo neurótico, incluido el homosexual.

En la educación, tanto el padre como la madre necesitan tener presente que deben tratar al niño como varón y a la niña como mujer. Esto no significa que les fuercen a entrar en "roles preestablecidos", sino que cooperen con las propensiones naturales de los hijos y tengan en cuenta las diferencias innatas.

El factor preventivo primordial es la *consideración* del chico *como chico* y de la chica *como chica*. Los hijos deben percibir esta apreciación. Como hemos indicado, deben evitarse las deficiencias en relación a este aspecto.

Los períodos críticos en el desarrollo de la autoconfianza masculina o femenina son la pubertad y la adolescencia. No sólo los padres, sino también otras personas ajenas a la familia pueden ejercer una influencia beneficiosa en esa edad. A veces, por ejemplo, los profesores pueden contribuir positivamente al fortalecimiento de una sana confianza en la identidad sexual del alumno/a. Pueden animar y ayudar al chico a la chica a superar algunas limitaciones. Pienso, por ejemplo, en el chico que sistemáticamente se queda atrás en los juegos y deportes, que está aislado en su grupo de edad; considero la importancia de la comprensión personal que un adulto, sea o no profesor puede expresar, en una conversación o de cualquier otra manera para ayudar al adolescente a evitar el peligro de caer en la autodramatización.

Hay también un efecto preventivo en una *buena* educación sexual. Los adolescentes con ciertos tipos de complejos de inferioridad originarios pueden experimentar un shock depresivo cuando se les enseña, pro una "autoridad ilustrada", como un profesor, que "la homosexualidad es inherente en el cerebro". Tal absurdo fija al chico o a la chica en sus dudas sobre su identidad y puede conducir una mente indecisa e inmadura, hacia una dirección perniciosa. *A los jóvenes se les tiene que enseñar, por el contrario, que los sentimientos homosexuales en la adolescencia son una cuestión referida a un problema de desarrollo emocional, y que la verdadera homosexualidad innata no existe; es más, que esta tendencia surge de un complejo de inferioridad que se puede cambiar: Así el educador inculca esperanza y señala un camino por el cual puede continuar el crecimiento interior.*

## BIBLIOGRAFÍA

Además de la bibliografía citada a pie de página, puede resultar interesante:

BRAATEN, L.J.-DARLING, C.D., *Overt and Covert Homosexual Problems among Male College Students*, en "Generic Psychology Monographs", 71 (1965), pp. 269-310

FREEDMAN, M., *Homosexuality and Psychological Functioning*, Brooks & Cole Publishing Company, Belmont 1971

HOPKINS, J.H., *The Lesbian Personality*, en "British Journal of Psychiatry", 115 (1969), pp. 1433-36

SULLIVAN HARRY STACK, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, Norton, New York 1953.