

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE UN CASO DE HOMOSEXUALIDAD EGODISTONICA

Salvador Alario Bataller

Clínica Psico-Médica, Valencia,

Avda. Blasco Ibáñez, 126, 6º, 28ª - 46022 - Valencia

In this article the treatment of a ego-dystonic homosexual with shame aversion, orgasmic reconditioning and self exposure is described. At the end of 5 years follow-up the patient was much improved, with an important reduction in target problems and an overall adaptation.

Key words: shame aversion, orgasmic reconditioning, exposure, self-exposure, egodystonic-homosexuality.

1. INTRODUCCION

La homosexualidad es un capítulo de la sexualidad humana que ha merecido bastante atención por parte de los especialistas y no solamente por parte de ellos, sino que es un tema respecto al cual cada uno cree poder opinar. La conducta homosexual fue, es y seguirá siendo, muy posiblemente, un tema polémico. Las posturas teóricas que tratan de explicarla son variopintas, al igual que las reacciones emocionales que el fenómeno homosexual despierta en legos y en profanos (v., Alario, 1.992a,b,c).

Lo que en estas páginas interesa es el tratamiento conductual de una de las clases de homosexualidad normalmente reconocidas. En efecto, en diversos manuales y tratados al uso se presentan dos tipos de homosexualidad; a saber: la homosexualidad egodistónica y la homosexualidad egosintónica (Alario, 1.993c, 1.995). De la primera de ellas es de la que nos vamos a ocupar.

Son diversos los objetivos que puede pretender una persona homosexual cuando acude a consulta. Entre estos, puede ser que el sujeto desee disfrutar de relaciones heterosexuales sin abandonar la homosexualidad; también puede buscarse la reafirmación en el propio homosexualismo, eliminando los problemas emocionales y de adaptación social inherentes al proceso de estigmatización y rechazo; asimismo, se puede desear reorientar la preferencia sexual, desde la

homosexualidad a la heterosexualidad normativa. Estas son unas de las varias opciones que se le pueden presentar al clínico. Este, con la participación de su paciente, debe elegir la mejor alternativa posible para el caso en particular (Bancroft, 1.974).

La realidad es que una parte de los homosexuales viven con hondo padecimiento psicológico esta condición, a la vez que desean participar de unas relaciones sociales y sexuales que son consideradas preceptivas en el contexto sexual en el cual viven. En el DSM-III (A.P.A, 1.980), se incluía la categoría diagnóstica de la *homosexualidad egodistónica*. Por lo tanto, ésta era considerada como una verdadera enfermedad mental o cuadro psicopatológico. Por definición, en la homosexualidad egodistónica, la orientación homófila no es deseada por los sujetos, anhelando poder llevar a cabo una vida sexual heterófila, asociándose a ello trastornos emocionales de consideración. La existencia de dicho padecimiento es uno de los factores más importantes a la hora de demandar tratamiento. En el DSM-III-R (A.P.A, 1.987) y en el más reciente DSM-IV (A.P.A, 1.994), la homosexualidad egodistónica ha sido excluida como categoría diagnóstica, por motivos que fueron explicados por el autor en otro lugar (Alario, 1.993b). Por lo demás, este tipo de homosexualismo, es uno de los problemas de orientación sexual que más atención ha recibido desde la terapia de conducta.

Uno de los rasgos característicos de la homosexualidad egodistónica consiste en la queja por parte del individuo relativa a su bajo o inexistente nivel de excitación heterosexual, hecho que interfiere ,a todas luces, a la horade iniciar y mantener una relación sexual con personas de diferente sexo genético; también se presenta una pauta mantenida de excitación homosexual, indeseada por el sujeto y que es venereo de persistente malestar (A.P.A, 1.980). Es suficiente que la excitación homosexual sea intensa y evocada en la fantasía para que se cumpla uno de los requisitos básicos para el diagnóstico pertinente. El autor de estas páginas ha dedicado algunos trabajos al estudio de la homosexualidad, especialmente desde el área terapéutica, centrados en la evaluación y terapia de los dos tipos normalmente aceptados de homosexualidad, la egodistónica y la egosintónica (Alario, 1.991a, 1.992a, 1.993c, 1.995). Una parte importante de estos estudios se ocupa, con bastante pormenor, del estudio de la variante egodistónica del homosexualismo y a ellos puede remitirse el lector, si ese es su deseo, a fin de recabar una mayor información.

Por otra parte y en lo que alude a la vertiente acológica, el tratamiento conductual abocado a la reorientación sexual de la homosexualidad egodistónica subsume la consecución de 4 metas terapéuticas en concreto (Barlow y Abel, 1.976; Santacreu, 1.988, Alario, !.995). A saber:

1. Disminución de la excitación sexual indeseada.
2. Aumento de la excitación heterosexual.
3. Instauración e incremento de las habilidades sociales necesarias para relacionarse con una persona del sexo contrario.

4. Adecuación del rol hombre-mujer, específicamente eliminar las conductas consideradas típicamente femeninas.

Como puede comprobarse, resulta insuficiente eliminar la excitación homosexual y aumentar la heterosexual, por cuanto en muchos casos se observa que el problema queda lejos de estar resuelto. Esto es debido a que el individuo no es poseedor de las habilidades sociales necesarias para iniciar y mantener una relación heterosexual. Del mismo modo, deben abrogarse aquellos comportamiento afeminados o feminoides a fin de consolidar adecuadamente los logros terapéuticos que se deseen alcanzar. Dos autores pioneros de la terapia de conducta, Ullman y Krasner fueron los primeros en señalar la inadecuación de un programa de intervención tendente únicamente al incremento y decremento de excitaciones sexuales específicas, instando la implementación de un programa terapéutico que contemplase los objetivos que arriba hemos comentado (v., Ullman y Krasner, 1.975). Esta sensibilidad ha sido recogida por distintos estudiosos de la sexualidad, en general, y de la homosexualidad en particular y, hoy en día, es una norma terapéutica de seguimiento general (vbgr., Boudreau y Granger, 1.977; Carrobbles y Santacreu, 1.987; Alario, 1.991a, 1.993c, 1.995). En suma, de lo dicho anteriormente, se desprende que la terapia encaminada a reorientar la conducta homosexual en el homosexual egodistónico, será multimodal, es decir, caracterizada por múltiples niveles de intervención y, en consecuencia, con la puesta en práctica de un conjunto dado de técnicas terapéuticas. Una descripción detallada de las técnicas empleadas para alcanzar los objetivos terapéuticos esenciales en el tratamiento de la homosexualidad egodistónica puede encontrarse en Alario (1.991a).

Por otra parte, cuando se lleva a cabo un programa de intervención para eliminar la excitación y comportamiento homosexuales, ha de especificarse la existencia de factores de mal pronóstico, los cuales, por definición, van a impedir o actuarán en contra de la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos. Entre dichos factores de mal pronóstico cabe resaltar los siguientes (Farré Martí et al., 1.983):

La ausencia de experiencias e intereses heterosexuales en el pasado y en el presente.

La edad, dado que a partir de los 35 años resulta más difícil conseguir una modificación de la orientación sexual. A mayor tiempo de existencia del hábito, éste se encontrará más consolidado en el repertorio conductual del sujeto.

3. Las presiones externas, principalmente familiares o legales, cuando el sujeto no desea someterse a tratamiento. Es un caso de coacción y ausencia de motivación, todo lo cual influye muy negativamente en el desarrollo del proceso terapéutico.

4. La asunción de la homosexualidad como característica personal preferente o exclusiva por parte del individuo, sin ninguna intención de cambio. Sería el caso de la homosexualidad egosintónica.

5. La existencia de una depresión, en muchas ocasiones propiciada por la ruptura de una relación de pareja. En este caso, la homosexualidad vuelve a ser aceptada por el sujeto cuando la depresión es adecuadamente tratada.

En cuanto a la terapia de la homosexualidad egodistónica, se han propuesto distintos programas, de los cuales el que se puede considerar más clásico (si bien no ha perdido toda vigencia) es el de Bancroft (1.974) y en el que se basan, en mayor o menor medida, los programas de intervención más recientes. Entre nosotros, hace muy poco, se ha publicado también un programa encaminado a la reorientación de la conducta homosexual, de carácter ecléctico (Musé, 1.994).

En cuanto a los resultados terapéuticos de la modificación de conducta de la homosexualidad, comenzaremos diciendo que no son brillantes; este hecho hizo tomar a un autor como Bancroft una postura verdaderamente pesimista a este respecto (v., Bancroft, 1.974). Empero, deben hacerse algunas matizaciones, asumiendo que el tratamiento del homosexualismo es difícil y muchas veces poco satisfactorio. Como en cualquier tipo de terapia, deben concitarse una serie de recursos clínicos, personales y ambientales para la obtención de buenos resultados y si estos son favorables, se podrá obtener un resultado satisfactorio. No obstante, hace unos años y autores españoles, tras una revisión de los trabajos más relevantes hasta la fecha, llegaron a la conclusión de que la efectividad en la terapia de la homosexualidad era francamente descorazonadora, un 33% aproximadamente como tasa de éxito (Farré Martí et al., 1.983). Como contrapunto, anteriormente Masters y Johnson (1.979), comunicaron una tasa de éxito del 70% que resulta ciertamente asombrosa; pero si observamos detenidamente el reciente informe del Instituto Kinsey (Reisnich, 1.992), vemos que se cifra en el 80% el porcentaje de homosexuales con experiencias pasadas o presentes. Este hecho podría encontrarse detrás de un trabajo que informe un elevado índice buenos resultados, puesto que se intervendría sobre individuos con buen pronóstico. Retrotrayéndonos en el tiempo, también encontramos estudios alentadores en cuanto al éxito terapéutico. En un trabajo se informó de un porcentaje de cambio del 57% (Feldman y McCulloch, 1.971) y en otro se comunicó el 66% (Mellor, 1.972). Este dato contrasta con el 33%, como mucho, de los casos tratados informado en otro estudio ya comentado (Farré et al., 1.983). Tanto Feldman y McCulloch como Mellor pertenecen al denominado «Grupo de Manchester»; pero, aparte de esto, podría ser que en la utilización de la desensibilización sistemática, el hecho de que el terapeuta sea una mujer puede constituir una ventaja para reforzar comportamientos heterosexuales. Cabe pensar que en la exposición sucedería lo mismo. Según esto, la intervención de un terapeuta masculino representaría un factor más de mal pronóstico para el tratamiento de la homosexualidad. Por este motivo, algunos clínicos (v., Farré Martí et al., 1.983) utilizan una combinación de terapeutas de ambos sexos. Uno y otra tendrían cometidos diferentes en el programa de intervención. La terapeuta, entre otras cosas, tendría el papel de elemento reductor de la

ansiedad heterosexual (por exposición y prevención de respuesta) y de modelo de conducta para la interacción sexual, con el debido distanciamiento profesional evidentemente. El terapeuta, por su parte, se erigiría en modelo y consejero del comportamiento y de las técnicas sexuales que el varón emplea con la mujer.

En el siguiente estudio clínico, con un paciente con atributos muy favorables en orden a un buen pronóstico, utilizamos una estrategia de intervención triple. Esta se hallaba integrada por la masturbación programada, la exposición y la aversión por vergüenza. La primera se utilizó para aumentar la excitación heterosexual y la segunda con el objeto de revertir la ansiedad heterosexual (heterofobia); finalmente la aversión por vergüenza se empleó para disminuir la excitación homosexual.

La *masturbación programada*, conocida también como recondicionamiento orgásmico, condicionamiento masturbatorio o entrenamiento masturbatorio es, de entre las técnicas frecuentemente utilizadas, la más directamente encaminada a generar o aumentar la excitación heterosexual (McKay et al., 1.981)

Los trabajos de McGuire et al. (1.965) defendieron la tesis de que, en al menos algunos sujetos, la masturbación empleando fantasías desviadas (condicionamiento masturbatorio) tenía un papel importante en la formación de una determinada orientación sexual a lo largo de la historia individual de aprendizaje. El supuesto básico en esta tesis era que la asociación de imágenes inadecuadas y el placer ínsito a la masturbación y al orgasmo determinarían, en algún grado, la aparición de respuestas de aproximación e interacción en situaciones sexuales inhabituales. Tal hipótesis, que no es más que eso, se ha aducido con cierta frecuencia en un intento de comprender la génesis y mantenimiento de la homosexualidad masculina. En este caso, se trataría de experiencias masturbatorias o de otro tipo sexual en situaciones reales, acompañadas o seguidas de práctica masturbatoria fantaseando con personas del mismo sexo genético. Dichas experiencias podrían sentar las bases e incentivar una futura puesta en marcha del comportamiento homosexual.

Con la masturbación programada se insta al sujeto a que, mientras se masturba, imagine que mantiene una relación heterosexual. Si esto no es posible en un principio, se le anima a que utilice fantasías homosexuales y cambie a un contenido heterosexual en el momento del orgasmo. Con esta manera de actuar, se conseguirá que, gradualmente, la fantasía heterosexual ocupe más tiempo en el proceso masturbatorio, hasta que se imagine totalmente desde el inicio hasta el momento del orgasmo. Con ello se consigue que la excitación sexual y el placer del clímax se asocien a actividades (coitales y no coitales) con una mujer. Se piensa, que a partir de ahí, va a quedar favorecida la aproximación y relación con una persona distinta en cuanto al sexo genético. En otras palabras, con la utilización de la masturbación programada se espera que las imágenes heterosexuales se conviertan en excitantes por sí mismas, aumentando paralelamente la probabilidad futura de aparición de la conducta heterosexual, socialmente prescrita. Veremos que, en la práctica, las cosas son bastante más complicadas y que la estrategia de intervención va a ser usualmen-

te multimodal, con técnicas encaminadas a objetivos diferenciados para la solución posible del caso (Alario, 1.991a).

Existe evidencia que considera la masturbación programada como una técnica excelente por sus resultados satisfactorios, si bien se requiere un mayor número de estudios controlados que constaten de manera irrefutable su utilidad en el tratamiento de trastornos de orientación sexual (Markis, 1.970; Annon, 1.971; Canton-Dhatari, 1.976).

Se ha constatado mediante estudios controlados que la *terapia de exposición* es la alternativa acológica de elección en aquellos trastornos donde la ansiedad es el síntoma predominante (cfr., Marks, 1.987). En términos generales, consiste en persuadir al paciente para que se enfrente a las situaciones temidas y no las evite, como es su costumbre, siguiendo un programa determinado, hasta que desarrolle tolerancia en lugar de miedo (Marks, 1.981). Así mismo, la exposición es la técnica más recomendable para las fobias y aversiones sexuales (Alario, 1.995).

Dijimos *supra* que, en su fundamento, la exposición consiste en el afrontamiento a los estímulos ansiógenos, hasta conseguir un decremento significativo de la respuesta de ansiedad impidiéndose, a la par, las conductas de escape y evitación. Más específicamente, lo que se consigue es la supresión del reforzamiento negativo producido por las conductas de escape y evitación, la habituación del sujeto a los estímulos fóbicos (inocuos objetivamente) y la promoción de una modificación de las expectativas catastrofistas que el paciente tiene ante las situaciones y objetos temidos.

La exposición puede llevarse a cabo de diversos modos: exposición autoaplicada (técnicas de autoexposición o autoayuda), en fantasías (en imaginación), mecanizada (mediante videos o cintas magnetofónicas) e *in vivo* (afrontamiento de situaciones reales). La exposición *in vivo* es la técnica más eficaz para la reversión de los trastornos de ansiedad, tal como se desprende de estudios experimentales rigurosos (Marks, 1.987). Se emplea junto otra técnica denominada *prevención de respuesta* (de escape y/o evitación). En este caso, la prevención de respuesta consistiría en impedir la evitación o el escape de las situaciones evocadoras y no irá centrada en los rituales, como sucede en el trastorno obsesivo-compulsivo.

La *aversión por vergüenza* ha sido desarrollada principalmente por Wikramasekera (1.976) y Serber (1.972). Esta técnica se asienta en el supuesto de que las experiencias de vergüenza y humillación son aversivas para los sujetos y asociadas a estímulos sexuales indeseados, éstos dejarán de tener, con el tiempo valencia sexual o la misma disminuirá significativamente. Hasta fechas recientes, la aversión por vergüenza no se empleó en homosexuales, sino en exhibicionistas fuertemente motivados, al descubrir el investigador que esta consecuencia resultaba más aversiva que el choque eléctrico (Wikramasekera, 1.976). El tratamiento instaba a que el sujeto narrase sus experiencias sexuales ante un auditorio compuesto por varias personas, algunas de las cuales habían sido objeto de sus actos

exhibicionistas en el pasado. El paciente trataba de narrar los acontecimientos con el mayor realismo posible, pudiendo verbalizar lo que pensaban los otros y comunicar sus reacciones emocionales. Wikramasekera (1.976) postuló que el efecto positivo de la terapia dimanaba no solamente del impacto reductor de la aversión sino que la técnica llevaba a invalidar las fantasías del sujeto en cuanto se perdía el anonimato y el secreto del comportamiento. Solo muy recientemente se ha aplicado la aversión por vergüenza a casos de homosexualidad egodistónica (Alario, 1.993c, 1.995) y de paidofilia (Alario, 1.998, en preparación) en un diseño de caso único donde se utilizó también sensibilización encubierta. El diseño no permitía discriminar la parte del resultado, exitoso a ciencia cierta, que le correspondía a cada una de las técnicas.

Desearía finalizar con una salvedad esta introducción y consiste en insistir en la libre elección del paciente a la hora de recibir el tratamiento. Sea como fuere, también es cierto que se atienden cada vez menos casos de este tipo en consulta, lo cual puede ser positivo en el sentido de que la homosexualidad, variante sexual normal, como la bisexualidad o la heterosexualidad, es cada vez menos conflictiva para las personas que la viven, lo cual representa un motivo menos de sufrimiento para la condición humana. Desde siempre, no obstante, el autor ha ayudado a muchos más homosexuales a aceptar su sexualidad que a modificarla, que constituirían el grupo de los denominados ego-sintónicos, sobre los que quien escribe ha dedicado bastantes páginas en el pasado.

2. ESTUDIO DE CASO

2.1. Método

2.1.1. *Sujeto*

P era un hombre de 27 años, soltero, profesional liberal y que acudió a consulta con el deseo de modificar sus deseos sexuales homófilos que experimentaba desde la adolescencia. No obstante, había tenido en el pasado alguna experiencia heterosexual, si bien sus intereses sexuales iban dirigidos a las personas del mismo sexo genético. Nunca había mantenido una relación homosexual, aunque el deseo de este signo era intenso, amén de persistente. Se masturbaba utilizando siempre una fantasía homosexual y ,en la actualidad, evitaba cualquier contacto con mujeres debido a la fuerte ansiedad que la mera expectativa le provocaba. En el pasado, según dijo, las relaciones heterosexuales que llevó a cabo no le habían resultado plenamente placenteras y las había vivido con un importante nivel de tensión. Su interés homosexual se intensificó notablemente cuando compartió despacho con su socio, unos años mayor que él, heterosexual según comunicó, y hacia el cual experimentaba una fuerte atracción sexual, además de una gran admiración personal y profesional. Desde ese momento las relaciones heterosexuales se le hicieron aprensivas, pero deseaba vivamente poder eliminar su inclinación y llegar a disfrutar de una relación sentimental y sexual con una mujer. El contacto social con

las personas del otro sexo era positivo, siempre y cuando no se terciara la posibilidad de mantener una relación sexual.

Fue el propio paciente quien, con gran motivación acudió a la terapia, pese a que se encontraba profundamente angustiado y porque comenzó hacía poco a tener una relación sentimental con una mujer que le interesaba sinceramente (ella participó activamente en el tratamiento pero, a petición del paciente, solamente se le dijo que, por determinadas experiencias, él tenía una fuerte ansiedad sexual. No se mencionó para nada su tendencia homosexual). Su más grande temor era que se descubriesen sus inclinaciones sexuales y ser objeto de burla por parte de los demás, además de la pérdida de prestigio consiguiente, la pérdida de su novia y la gran decepción que sus padres sufrirían.

2.1.2. Método

Para el presente caso clínico, se desarrolló un diseño de replicación intrasujeto de un sólo componente (A-B ; N=1) para valorar el efecto de las técnicas inhibitoras de la excitación homosexual. Después de la línea base o evaluación pretratamiento (con 3 días de duración), aplicamos la intervención conductual que duró 5 meses, con 2 sesiones semanales de 1h y 30' de duración, además de práctica en el hogar (mecanizada) y en situaciones reales. Para la determinación de los efectos de las técnicas incrementadoras de la excitación heterosexual y para la reducción de la heterofobia (masturbación programada y exposición), se empleó un diseño de línea base múltiple entre situaciones naturales; en el presente escrito, solamente graficaremos los resultados acontecidos con la aplicación de la terapia exposicional. Los controles de seguimiento se llevaron a cabo al año, 2, 3, 4 y 5 años después de haber finalizado la intervención.

2.1.2.1. Evaluación

En la evaluación conductual, se utilizaron los siguientes instrumentos diagnósticos:

1. Entrevistas.
 2. Autorregistros.
 3. Inventario de Personalidad de Willoughby (v., Alario, 1.993a).
 4. Inventario de Miedos de Wolpe y Lang (v., Alario, 1.993a).
- Inventario de Depresión de Beck.

Por otro lado, nuestro paciente poseía unos rasgos muy importantes en cuanto al buen pronóstico terapéutico; a saber: nunca había tenido experiencias homosexuales (se limitaba a la experimentación en fantasía), sí había participado de relaciones heterosexuales (inclusive coitales), tenía menos de 35 años, había decidido recibir tratamiento por sí mismo, poseía las habilidades sociales necesarias para iniciar y mantener una relación con una persona del otro sexo, no mostraba el menor rasgo de afeminamiento y no existía una depresión clínica (solamente un

cuadro depresivo leve).

Junto a la problemática de la orientación sexual, coexistían un conjunto de ansiedades sociales importantes que fueron tratadas en su momento y de manera adecuada. En este escrito, nos limitaremos exclusivamente a exponer los asuntos referentes al área sexual.

A la par que se construía la jerarquía de exposición in vivo (que el paciente tenía que superar con la participación comprensiva y activa de su novia) (tabla 1), se le instruyó para que anotase la frecuencia de deseo sexual homófilo. Después de los 3 días de autoobservación, la línea base quedó establecida con 5 deseos el primer día, 9 el segundo y 7 el tercero. Estos valores se muestran en la figura 1, junto con los datos relativos al efecto del tratamiento sobre esta variable dependiente. Los valores de la línea base múltiple en el diseño correspondiente, se ilustra en la figura 2.

Tabla 1.- Jerarquía de situaciones de exposición in vivo.

Situación	Unidades subjetivos de ansiedad (0-100) usa
1. Cenar con mi novia, sin contacto físico alguno	10
2. Cenando, me coje la mano	20
3. Se la cojo yo a ella	30
4. Besarla en los labios (sin lengua)	40
5. Lo mismo que arriba, pero con lengua	50
6. Estar en la cama desnudos, sin hacer nada	60
7. Acariciándonos el cuerpo, no los genitales	70
8. Ella me toca los genitales	80
9. Yo le acaricio los pechos manualmente	80
10. Le beso los pechos	90
11. Le acaricio la vulva	90
12. me practica una felación	90
13. Hacer el amor	100

2.1.2.3. Tratamiento

La terapia se desarrolló a lo largo de 5 meses, con mucho tesón y esfuerzo por parte de P.

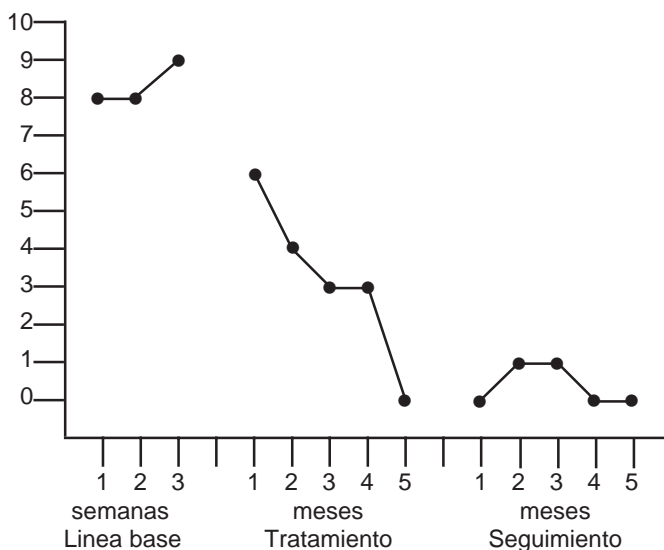
Mientras nuestro paciente aplicaba sin muchas dificultades la técnica de la masturbación programada, se desarrolló la terapia de aversión por vergüenza. Se le presentaron diversas escenas de contenido homosexual (con su socio de compañero). En las escenas de escape, P era sorprendido por su familia o por su novia y se terminaba el estímulo aversivo cuando el sujeto se imaginaba manteniendo una relación sexual con su novia (primero meras caricias, el coito después). Por su parte,

en las escenas de evitación, el paciente se imaginaba pensando en la posibilidad de realizar una relación sexual con el otro varón o yendo a un lugar de encuentro; entonces, pensaba en la vergüenza y humillación que sentiría al ser descubierto y decidía no acudir a la cita (para mayores detalles de esta técnica, puede consultarse Alario, 1.993c).

Las tareas realizadas en las sesiones terapéuticas debían ser complementadas mediante tareas en el hogar y control encubierto. En este sentido, el terapeuta grababa en una cinta magnetofónica las escenas presentadas en clínica al paciente y le instruía para que reiterase en su casa cuanto se había llevado a cabo en la consulta. P realizaba estas prácticas en dos ocasiones diarias, una por la mañana y otra por la tarde.

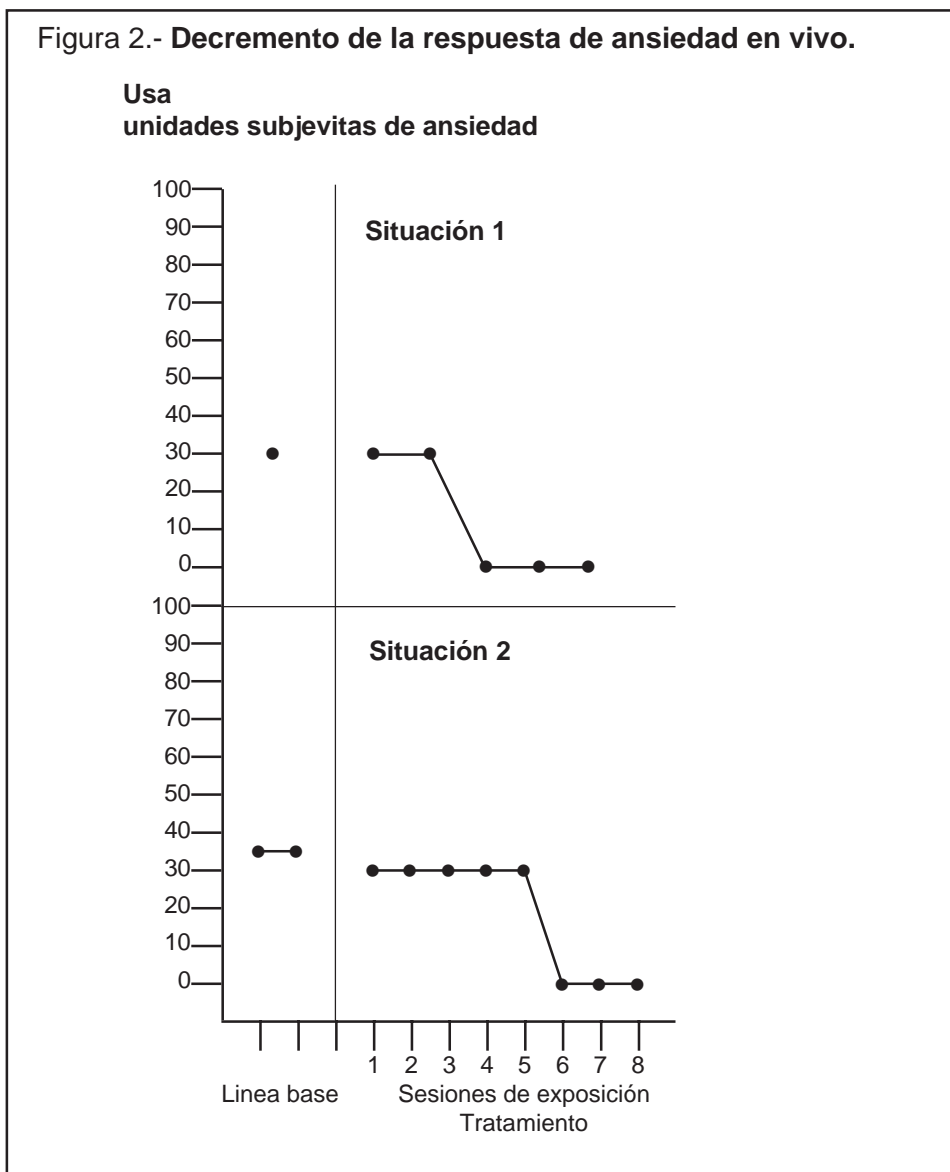
Figura 1.- Disminución de la frecuencia de deseos homosexuales con la intervención conductual.

Frecuencia de deseos homosexuales



En cuanto a la eliminación de la heterofobia, P tenía que enfrentarse a una serie de situaciones previamente establecidas relativas a una interacción sexual real con su novia. Poco a poco, aunque no fácilmente, fueron superándose estas situaciones, hasta que el sujeto pudo llevar a cabo un intercurso normal con su pareja (v., Figura 2). Los pormenores de la aplicación de la terapia de exposición han sido descritos por algunos autores, entre ellos quien escribe (v., Alario, 1.993a).

En la figura 2, se muestra un diseño de línea base múltiple entre situaciones, donde se grafican exclusivamente los datos concernientes a la exposición a las dos primeras situaciones de la jerarquía correspondiente.



2.1.3. Resultados

Con la intervención conductual, se alcanzaron satisfactoriamente los objetivos que juntos, terapeuta y paciente, habían acordado; es decir:.

1. Eliminación de la excitación homosexual (y de los actos masturbatorios asociados).

2. Aumento de la excitación y conductas heterosexuales (coito incluido).

3. Reversión de la heterofobia y de la conducta de evitación vinculada.

Se realizaron controles de seguimiento al mes, 2 meses, 3 meses, 6 meses, 1 año, 2 años, 3 años, 4 años y 5 años después de finalizado el tratamiento. Se constató que se mantenía la mejoría alcanzada con la terapia. Cabe mencionar la buena marcha de las relaciones de pareja, a todos los niveles, y un mayor disfrute de sus relaciones sociales y profesionales, tal como comunicó nuestro paciente.

2.1.4. Discusión

El presente caso clínico ilustra la aplicación de un tratamiento conductual en un paciente homosexual egodistónico y no solamente eso, sino que además se patentiza la utilidad del mismo en aquellos casos donde se reúnan una serie de condiciones. Este caso no puede considerarse general de la población homosexual egodistónica, por cuanto reunía una serie de características de buen pronóstico, tales como la existencia de relaciones heterosexuales previas, la ausencia de relaciones homosexuales abiertas, la presencia de adecuadas habilidades sociales para la relación con personas de distinto sexo y la no avanzada edad del sujeto. Empero, el artículo ilustra tópicamente la forma de proceder, desde la terapia de conducta, con ciertos problemas parafilicos y de homosexualidad. Es decir, se trata de pergeñar una estrategia de intervención, plural por definición, con técnicas varias encaminadas a aumentar el comportamiento sexual adaptado y eliminar el problemático, atendiendo también (no en este caso) a los déficits presentes en otras áreas, como masculinidad aparente o capacidad personal para la relación social y sexual con personas de distinto sexo genético.

Son escasas las publicaciones, sobre todo, en castellano donde se apliquen las técnicas elucidadas aquí para problemas de orientación sexual, si bien el autor publicó recientemente unos estudios sobre el particular, donde se incluía el tratamiento de un homosexual egodistónico, aunque con un programa un tanto diferente (Alario 1.993c, 1.995).

En este artículo se describe el tratamiento de un homosexual egodistónico mediante aversión por vergüenza, recondicionamiento orgásmico y exposición in vivo. Después de cinco años de seguimiento, el paciente se encontraba muy mejorado, con una reducción notable de las conductas problema y una mayor adaptación global.

Palabras clave: aversión por vergüenza, recondicionamiento orgásmico, exposición, autoexposición, homosexualidad egodistónica.

Referencias bibliográficas

- ALARIO BATALLER, S. (1.991a): «Análisis y modificación de conducta de la homosexualidad». Valencia, Promolibro.
- ___ (1.992a): «Aproximaciones teóricas en la investigación de la homosexualidad». Valencia, Promolibro.
- ___ (1.992b): Valoración crítica de las teorías biológicas de la homosexualidad (I). «Cuadernos de Medicina Psicosomática, 20», 48-61.
- ___ (1.992c): Valoración crítica de las teorías biológicas de la homosexualidad (II). «Cuadernos de Medicina Psicosomática, 21», 49-58.
- ___ (1.993c): «Homosexualidad. Aplicación clínica de la evaluación y terapia de conducta en las homosexualidades egodistónica y egosintónica». Valencia, Promolibro.
- ___ (1.995): «Estudio de casos en sexología». Valencia, Promolibro.
- AMERICAN ASSOCIATION COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS (1.980): «Diagnostic and statistical manual of mental disorders». Washington D.C, American Psychiatric Association (DSM-III).
- ___ (1.987): «Diagnostic and statistical manual of mental disorders revised». Washington D.C, American Psychiatric Association (DSM-III-R).
- ___ (1.994): «Diagnostic and statistical manual of mental disorders». Washington D.C, American Psychiatric Association (DSM-IV).
- ANNON, J.S. (1.971): The extension of learning principles to the analysis and treatment of sexual problems. «Dissertation Abstracts International, 32, 6(B)», 3.627.
- BANCROFT, J.H.J. (1.974): «Deviant sexual behavior». London, Oxford University Press.
- BARLOW, D.H. y ABEL, G.G. (1.976): Recent developments in the assessment and treatment of sexual deviations. En «behavior modification: principles, issues and applications» (W.E. GRAIGHEAD et al., eds). Boston, Houghton Miffling.
- BOUDREAU, L. y GRANGER, I. (1.987): Problemas de orientación sexual. En «Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta» (R. LADOUÇER et al., eds.). Madrid, Debate.
- CANTON-DHATARI, A. (1.976): Combined intervention for controlling unwanted homosexual behavior: Part II. «Archives of Sexual Behavior, 25», 116-132.
- CARROBLES, J.A.I. y SANTACREU, J. (1.987): Tratamiento conductual de las variaciones y ofensas sexuales. En «Análisis y modificación de conducta II» (J.A.I. CARROBLES, ed.). Madrid, UNED.
- FARRE MARTI, J.M. et al. (1.983): Abordaje actual de la cuestión homosexual. «Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 10», 139-160.
- FELDMAN, M.P. y McCULLOCH, M.J. (1.971): The application of anticipatory avoidance learning in the treatment of homosexuality. I. Theory, technique and preliminary results. «Behavior Research and Therapy, 2», 165-183.
- MASTERS, W. y JOHNSON, V. (1.979): «Homosexuality in perspective». Boston, Little Brown.
- MARKS, I.M. (1.981): «Cure and care of neurosis». New York, John Wiley & Sons.
- ___ (1.987): «Fears, phobias and rituals». New York, Oxford University Press.
- MARKIS, J.N. (1.970): Orgasmic reconditioning changing sexual object choice through controlled masturbatory fantasies. «Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1», 263-271.
- McKAY, M. et al. (1.981): «Thoughts and feeling. The art of cognitive stress intervention». New York, New Harbinger Publications.
- McGUIRE, R. et al. (1.965): Sexual deviations as conditioned behavior. «Behavior Research and Therapy, 2», 185-190.
- MUSE, M. (1.994): «Tratamiento de disfunciones sexuales. Manual terapéutico». Madrid, Tea Ediciones.
- REISNICH, J. (1.992): «Nuevo informe Kinsey». Barcelona, Ediciones Païdo.
- SANTACREU, J. (1.988): Tratamiento de un caso de homosexualidad con entrenamiento en habilidades sociales. En «Aplicaciones clínicas en la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos» (D. MACIA y F.X. MENDEZ, eds.), Madrid, Pirámide.
- SERBER, M. (1.970): Shame aversion therapy. «Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1», 213-215.
- ULLMAN, L.P. y KRASNER, L. (1.975): «A psychological approach to abnormal behavior». New York, Prentice Hall.
- WIKRAMASEKERA, I. (1.976): A technique for controlling a certain type of exhibitionism. «Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 9», 207-210.