

Una Nueva Técnica de Conductoterapia en el tratamiento de la Homosexualidad

Conceptos

Antes que nada, debemos precisar que se connota y denota con el término homosexual. Consideramos como tales a las personas cuyos deseos sexuales están orientados exclusivamente o de un modo predominante hacia personas de su mismo sexo.

Dejando a un lado el problema de la situación nosológica de la homosexualidad, y la discusión inextenso del asunto de su génesis que será motivo de otro trabajo, si deseamos dejar claramente sentado el hecho indiscutible de la importancia decisiva que tiene en el origen de este estado patológico la influencia del ambiente sobre el individuo.

El sujeto llamado sano, orienta su pasión y sus deseos sexuales hacia el sexo contrario no porque nazca con una imagen rudimentaria o proto-imagen del sexo contrario, sino que los orienta en este sentido porque forma luego estas imágenes por la acción del ambiente sobre él; y las vincula por el aprendizaje al sentimiento sexual.

El pensar que la finalidad u orientación del instinto sexual sea algo innato, con lo cual el individuo nace, es un error idealista, y presupone revivir la tesis de que el individuo

hutanauo nace con imágenes; sería algo parecido a revivir la tesis de Platón de las ideas universales con las que el individuo tenía que nacer.

Como ha concluido Wortis "puede afirmarse que el comportamiento sexual humano debe ser considerado primariamente como un fenómeno psicológico y social".

Sin embargo, a pesar de que se considera a la homosexualidad como un trastorno originado y mantenido por medios psicológicos predominantemente, los tratamientos para la curación de esta afección han sido poco fructíferos. De suerte que, si bien es un trastorno psicógeno, su pronóstico hasta el momento no es de los más halagüenos.

Hasta el momento actual no se ha realizado una valoración adecuada de los distintos procedimientos terapéuticos para el tratamiento de la homosexualidad. No existe ningún trabajo sistemático, con estadísticas de enfermos tratados por los distintos procedimientos conocidos de psicoterapia.

Los tratamientos opoterápicos u hormonales han sido un rotundo fracaso, al extremo de que solamente los menciono para

mostrar la evolución histórica del problema.

En otros tratamientos psiquiátricos como el shock cardiazólico, el electroshock, el tratamiento del carbógeno (mezcla de anhídrido carbónico y oxígeno), si bien es cierto que se han reportado uno o dos casos curados, ello se cree que es algo excepcional, y el consensus general de la opinión no cree que estos tratamientos estén indicados en esta condición.

En cuanto a la hipnosis si bien es cierto igualmente que se han reportado uno o dos casos curados en la literatura mundial, se cree algo excepcional, al extremo de que Oscar Diethelm ¹⁵⁾ afirma no haber visto nunca un enfermo tratado con éxito mediante la hipnosis.

El psicoanálisis ortodoxo y sus distintos satélites sólo han aportado estudios acerca de la patogenia de la homosexualidad predominantemente. Hasta el presente no ha aparecido ningún trabajo que afirme la eficacia de la terapéutica psicoanalítica en esta condición. Es más, si han aparecido numerosas citas de la ineficacia de la terapéutica psicoanalítica en la homosexualidad. ⁽²¹⁵⁾

La total ineficacia de los métodos hasta ahora conocidos para el tratamiento de la homosexualidad ha movido mi interés en la nueva orientación terapéutica de fundamento reflexológico designada con el nombre de conducto-terapia. ⁽¹⁾

Siguiendo la corriente reflexológica el Dr. K. Freund ⁽⁸⁾ ideó un proceder terapéutico que consistía en administrar al paciente una medicación emética por inyección subcutánea. Cuando aparecían sus efectos y mientras duraban mostraba al paciente dispositivas de hombres vestidos y desvestidos. Esta era la primera parte del tratamiento o parte

de aversión. Durante la segunda fase, mostraba al paciente diapositivas o películas de mujeres ligeras de ropas o desvestidas. Estas eran mostradas siete horas después de administrar 10 mg. de propionato de testosterona.

Este proceder terapéutico ha reportado hasta el presente un 30% de curaciones bien valoradas y seguidas durante varios años.

Como se verá, en este proceder de Freund, no se toman en consideración los dinamismos inconscientes, ni la situación de transferencia, ni se hace interpretación alguna, sino que se va directamente a crear la inhibición o extinción, de determinados reflejos; y a la creación de otros nuevos, positivos.

Es este tipo de proceder terapéutico en sus características esenciales lo que ha sido designado con el nombre de Conductoterapia.

Esta modalidad de tratamiento curativo de los trastornos mentales llamada Conductoterapia es algo nuevo y reciente que rompe por completo con la vieja y dogmática "PSICOTERAPIA".

A modo de síntesis y remitiendo al lector interesado al trabajo original, ⁽¹⁾ doy a continuación las características y diferencias más importantes entre Psicoterapia y la Conductoterapia

TABLA NUM. 1

Psicoterapia

1. Basada en teoría contradictoria, nunca expresada en forma de postulado.
2. Derivada de observaciones clínicas; hecha sin control de experimentos y observaciones.
3. Considera los síntomas al resultado visible de causas inconscientes ("complejos").
4. Considera los síntomas como evidencia de "represión".
5. Cree que la sintomatología es determinada por mecanismos de defensa.

Durante las 5 primeras aplicaciones emetina y apomorfina; luego continuaba con cafeína cen apomorfina.

6. Todo tratamiento de los trastornos neuróticos debe ser fundamentado históricamente.
7. La curación se obtiene por el manejo de dinamismos subyacentes (inconscientes), no por el tratamiento directo de los síntomas en sí.
8. La interpretación de los síntomas, sueños, actos, etc., es una parte importante del tratamiento.
9. El tratamiento sintomático conduce a la elaboración de nuevos síntomas.
10. La transferencia en la relación con el paciente es esencial para la curación de los trastornos neuróticos.

Conducto-terapia

Basada en teoría consistente, formulada correctamente, conducente a deducciones demostrables.

Derivada de estudios experimentales específicamente proyectadas para probar la teoría básica y las deducciones hechas de ella. Considera los síntomas como respuestas condicionadas de desadaptación. Considera los síntomas como evidencia de aprendizaje defectuoso.

Cree que la sintomatología es determinada por diferencias individuales en la capacidad para el condicionamiento y en la labilidad del Sistema Nervioso Autónomo, así como por circunstancias accidentales del ambiente.

Todo tratamiento de los trastornos neuróticos se hace con hábitos que existen en el presente; su desarrollo histórico es mayormente inaplicable. La curación se obtiene por el tratamiento de los síntomas en sí, por ejemplo, extinguiendo una respuesta condicionada de desadaptación, y estableciendo una respuesta condicionada deseable, adaptada.

La interpretación aun cuando no sea completamente subjetiva y errónea, no tiene aplicación ni interés.

El tratamiento sintomático conduce a la curación permanente siempre y cuando la respuesta condicionada patológica del s. n. autónomo y esquelético haya sido extinguida. La relación personal, no es esencial para la curación de los trastornos neuróticos, aunque ella puede ser útil en ciertas circunstancias.

Una nueva forma de conducto-terapia para el tratamiento de la homosexualidad.—A continuación describimos el procedimiento terapéutico que venimos utilizando en la homosexualidad.

El método

El método consiste en mostrar durante 5 ó 10 seg. al paciente slides o diapositivas de hombres vestidos y desvestidos, y 3 a 5 seg. después de mostrar cada slide, se le aplica una descarga eléctrica dolorosa en el antebrazo y mano. El número de slides oscila entre cinco o diez en cada sesión. Estas sesiones del tratamiento corresponden a la creación de una inhibición frente a los estímulos del mismo sexo, y también a la formación de un reflejo condicionado defensivo, de evitación o huida ante estos estímulos.

En otras sesiones se muestra al paciente slides de mujeres ligeras de ropas o desvestidas durante igual período de tiempo, pero sin que estas imágenes vayan seguidas de ningún shock eléctrico.

Esta sería la fase de formación de una conexión positiva

Las imágenes

Para formar los distintos juegos de slides es necesario que el paciente seleccione de un modo cuidadoso todas las imágenes que más le agraden en particular, de su mismo sexo. Esta selección como es natural puede hacerse de retratos de individuos que han intervenido realmente en su vida sexual, de

álbunes, magaziues, etc. Se lia de procurar que tengan los elementos o rasgos que al individuo agradan especialmente.

Igualmente, en la selección de las imágenes del sexo contrario siempre hago que el paciente realice una selección cuidadosa de las imágenes que más le agraden. Esta selección debe ser de un modo minucioso atendiendo a todos ios particulares. ^{7(R)}

Estimo que el hecho de que sea el mismo paciente quien haga esta selección de los dos grupos de imágenes es una parto importante y decisiva deil tratamiento, sobre todo si se tiene en cuenta la importancia del concepto del “gradiente de generalización”,⁽⁸⁾ tanto en el aprendizaje como en la modificación del mismo.

Características del estímulo eléctrico

Descarga de inicio súbito, de una corriente alterna de sesenta ciclos a través de dos electrodos de alpaca de 3.8 X 4.7 cms., colocados en la piel, preparada usando pasta conductora El voltaje debe regularse individualmente, pero en general ha fluctuado entre 35 y 60 volt. La duración de este estímulo ha fluctuado entre 0.2 de segundo hasta 5 segundos.

Número de sesiones

En general las sesiones se realizan tres veces por semanas hasta un total de 24 con estímulo eléctrico y otras 24 sin él, alternativamente.

Casuística

En la Tabla Núm. 2, cuya leyenda damos a continuación se encuentra una síntesis de las principales características de los enfermos sometidos a esta

TABLA Núm. 2

| 1 a | h | c | d | e | i | S | h | i | i |
|--------|-------|-------|------|--------|------|------|------|------|------|
| 2 15ni | 22m | 221B | 21m | 2xl | 31m | 15m | 13ro | 13ra | 15rn |
| * Uni | 3H | 2a6rn | la4m | 7m | laSm | la9m | la | la | la3m |
| 4 Si | Si | Si | No | Si | Si | Si | Si | Si | Si |
| i Si | Si | Si | No | Si | Si | Si | Si | Si | Si |
| • No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | Si | No |
| 7 No | No | Si | No | Si | Si | No | No | No | No |
| 8 0 | >20 + | > 20+ | <5 | > 2(1- | <5- | 0 | <5- | ^ 5- | 0 |
| 9 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| 1(1 F. | F | 0 | 0 | E | E | 0 | E | F | 0 |

forma de tratamiento. En el renglón número:

1. Se da la identificación de los pacientes por letras.
2. Se expresa la edad del paciente al comenzar el tratamiento y el sexo por las letras (m) o (f).
3. El tiempo total de observación al publicar este reporte, en años (a) y meses (m).
4. Si tiene excitación erótica con el contacto corporal con el otro sexo, (Si) o (No).
- fv Si ha tenido deseos heterosexuales antes del tratamiento? (Si) o (No).
6. Se cree impotente o frígida por saberse homosexual (Si) o (No).
7. Ha estado enamorado de alguien de sexo opuesto antes del tratamiento (Si) o (No).
8. Con que frecuencia ha venido teniendo coito heterosexual, con orgasmo (-J-) o sin el (—) ; cuando lo ha realizado en más de 20 ocasiones se anota (v20+); cuando lo ha intentado menos de 5 veces sin orgasmo (v5—); cuando no lo ha intentado se anota (0).
9. Si ha tenido amores homosexuales, su número.
10. Actividad homosexual con orgasmo, pero sin sentimiento personal: frecuente (F); esporádica (El) ; o no la ha tenido (01).

Resultados

En la Tabla Núm. 3, cuya leyenda se expone a continuación se expresan los resultados del tratamiento. En el renglón número:

1. Se da la identificación del paciente por la misma letra que en la Tabla núm- 2.
2. Si el paciente era aoltero antes del tratamiento y se casó después (SC) ; si después del tratamiento sigue soltero (SS) ; si siempre fue casado (CC).

3. Si su matrimonio es feliz (F) ; si infeliz (Inf)
4. Frecuencia del coito heterosexual. Si dos por semana (2XS) ; uno quincenal (1XQ) » uno cada dos meses (IX2m). Si lo ha intentado menos de 5 veces sin orgasmo (v5—); si no lo ha intentado (0).
5. Si se ha enamorado después del tratamiento (A) ; si tiene un amor libre (AL) ; si su conducta es de amor brutal (AB) *. Si no tiene
6. Si tiene deseos homosexuales frecuentemente (F) ; raras veces (Rl) : si no los ha vuelto a tener (0)-
7. Frecuencia del coito homosexual después del tratamiento. Si dos por semana (2XS) ; uno quincenal (1XQ) ; uno cada dos m e s e s (IX2m) : no lo ha vuelto a tener (0).
8. Si ha tenido recidivas de su conducta homosexual, tiempo de duración de la misma en meses (m) ; si no lo ha tenido hasta el momento de hacer este reporte (0). El número de recidivas en números romanos.
9. Tiempo total de conducta heterosexual después del tratamiento, en meses (m) y años (a).
10. Frecuencia de la masturbación. Si dos veces por semana (2xS) ; si una vez quincenal (IXQ) ? si una cada dos meses (IX2m. Se indica si la fantasía es heterosexual (ht) u homosexual (ho).

* Este renglón se refiere al comportamiento heterosexual. Por "amor libre" se entiende: unión amorosa, honesta, singular, de individuos con capacidad moral y legal para contraer matrimonio civil, determinada por el sentimiento amoroso personal mutuo, las afinidades espirituales, y la reciproca y libre decisión en la unión sexual. (*) Por "amor brutal" se entiende la unión sexual irregular fuera del matrimonio y del amor libre determinada por el apetito carnal y má« o menos carente de sentimiento personal. conducta heterosexual(0).

TABLA Núm. 3

| 1 0 | | c | d | e | t | 3 | h | i | j |
|-----------|-----|--------|--------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 2 SS | se | SS | SS | CC | SS | SS | SS | SS | SS |
| 3 ----- | F | --- | --- | Int | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 1x2m | 2x5 | 1xQ | 5— | 1xQ | 1x2m | 0 | 1x2m | 1x2m | 0 |
| 5 AB | A | AB | 0 | --- | AB | 0 | AB | AB | 0 |
| 6 R | R | R | F | F | F | 0 | F | F | 0 |
| 7 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1xQ | 1xQ | 0 |
| 8 0 | 0 | 0 | 4rnl | --- | --- | 0 | --- | --- | 0 |
| 9 7tn | la | la | 0 | 0 | 0 | al | 0 | 0 | la |
| 10 1xQ.ht | 0 | 1xQ.ht | 1xS.ho | 0 | 1xQ.ho | 2xS.ht | 1xQ.ho | 1xQ.ho | 2xS.ht |

Comentarios y Conclusiones

En nuestros enfermos, en el proceso de extinción de los reflejos positivos a las imágenes del mismo sexo, hemos tenido la ocasión de ver como se crea un reflejo de miedo o angustia, y que cuando es marcado suele aparecer ya a los pocos tratamientos; por ejemplo, basta nada más que se le diga al enfermo que pase al salón de tratamiento, y se siente frente a la pantalla, para que tenga ansiedad, se le enfrían las extremidades, y en ocasiones tenga hasta una crisis sudoral. En general he tenido la ocasión de ver que en aquellos enfermos en los que se establecía nítidamente este reflejo condicionado, eran los que mejor evolucionaban

En el caso (a) la modificación sustancial creada por el tratamiento consistió en que este individuo no ha vuelto a tener actividad homoesexual, y si heterosexual, durante los 7 meses de observación que tiene después del tratamiento.

En el caso (b), que también se considera exitoso, la modificación ha sido, la aparición de un amor heterosexual, habiendo contraído matrimonio, y manteniéndose bien adaptado con una actividad heterosexual dentro de lo normal, sin actividad homoesexual. Tiene un año de evolución exitosa.

En el caso (c) la modificación introducida por el tratamiento, ha consistido no solamente en la liquidación de

ens amores homosexuales sino también en que no los ha vuelto a tener durante un año después del último tratamiento. No ha tenido ningún nuevo amor heterosexual, y su comportamiento heterosexual está dentro de las normas del amor brutal.

En el caso (d) solamente se reporta como resultado del tratamiento una mejoría que ha consistido en la facilidad que ha tenido con la ayuda del tratamiento para liquidar un amor homosexual y ulteriormente otro a la ocasión de una recidiva. En este paciente, hasta el momento de publicar este reporte no se ha logrado que tenga comportamiento heterosexual.

En el caso (e) se considera como igual, ya que ha continuado teniendo deseos homosexuales frecuentemente después del tratamiento, si bien no ha tenido contacto corporal ni amores homosexuales.

En el caso (f) se considera igual, porque ha continuado teniendo deseos homosexuales frecuentes; si bien es cierto que ya no se cree impotente y puede realizar el coito heterosexual; pero este no resulta para él mejor que una masturbación. Por lo demás ha tenido recidiva de amor homosexual.

En el caso (g) y en el caso (j), el tratamiento ha sido un éxito, y se ha logrado mantenerlos sin deseos por su mismo sexo durante más de un año.

Los casos (h) e (i), han continuado iguales en cuanto a los deseos y conducta homosexuales, no obstante haber mejorado su inhibición ante el otro sexo. Es de señalar que ambos eran individuos de sistema nervioso fuerte, con rasgos altamente psicopáticos, y con dificultad para la formación de reflejos condicionados.

De nuestros 10 enfermos en cinco hemos obtenido un resultado exitoso, cuatro han continuado igual y en uno ha habido una mejoría.

En un trastorno tan rebelde como la homosexualidad, en el que todos los tratamientos han sido ineficaces, la aparición de este nuevo proceder de conductoterapia, con el que se obtienen indudablemente resultados positivos, marca algún adelanto en la terapéutica de esta condición.

Desde luego que no pretendo expresar el valor terapéutico que tiene este nuevo proceder terapéutico, habida cuenta del escaso número de pacientes que hasta el momento he tratado usando esta técnica. Sólo pretendo dar a conocer este método, que a nuestro juicio abre nuevos horizontes y merece ser amplia y sistemáticamente ensayado.

R E S U M E N

1. —Se describe el estado actual del tratamiento de la homosexualidad.
2. —Se dan las características de la Psicoterapia y de la Conductoterapia.
3. —Se describe una nueva técnica de Conductoterapia para el tratamiento de la homosexualidad, utilizando un estímulo eléctrico doloroso para la creación de una respuesta de aversión.
4. —Se describe la utilización de diapositivas de personas del mismo sexo y del sexo opuesto, vestidas y desvestidas para la creación de respuestas positivas y negativas.
5. —Se da a conocer cómo es el mismo paciente quien debe hacer la selección de todas las imágenes.
6. —Se da a conocer la casuística y los resultados obtenidos.

S Ü M M A R Y

1. —The treatment of homosexuality at the present time is described.
2. —The characteristics of Psychotherapy and Behaviourtherapy are given.
3. —Using a painful electrical stimulus, and the establishment of a conditioned avoidance reaction, the au-

thor describe a new technique of behaviour-therapy for the treatment of homosexuality.

4. —The use of slides of dressed and undressed men and women are described.
5. —The choice of images by the patient himself, an essential stage, is given.
6. —The casuistry and results are outlined.

BIBLIOGRAFIA

1. EYSENCK, H. J.—Learning Theory and Behaviour Therapy. *J. Ment. Sci.* 1959. 105. 61-75.
2. FREUND, K.—Problemas en el Trata-

miento de la Homosexualidad. *Acta neuropsiquiat. argent.* 4 No. 3 2.>3-247.

3. —OSGOOD, C. E.—Method and Theory in Experimental Psychology. Oxford Univ. Press London. (1953).
- 1.—WORTIS, J. and ROSENBLATT, J. S.—Sexual Deviation and the Plasticity of the Sex Pattern. In *Biological Psychiatry* (y Masserman). Grune and Stratton, New York. 1959. 82-39.
5. DIETHELM, O.—Treatment in Psychiatry. Ch. C. Thomas. Springfield. 1950. 454-469.
6. —BLOCH, I.—La Vida Sexual Contemporánea. Ed. Internacinal, Madrid. 1924. 329-426.
7. —NUS ALHUMES.—Societe Parisienne d'editions Artistiques. 3. Rue Dant. Paris-Ve.
8. —PLASTIQUES DE PARIS.—Edition el Diffuson du Livre Francois. Paris-Ile.