

La génesis de las parafilias sexuales y la homosexualidad egodistónica: el Modelo de los Mecanismos Tensionales

The origin of sexual deviations and not accepted homosexuality: The Tension Mechanism Model
A gênese das parafilias sexuais e a homossexualidade egodistônica: o Modelo dos Mecanismos
Tensionais

RAFAEL JIMÉNEZ DÍAZ*
Universidad de Málaga, España

Resumen

Mediante el desarrollo del Modelo de los Mecanismos Tensionales, basado en el trastorno de evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Stroschal, 1996) y en la Teoría de la Terminación Conductual propuesta por McConaghy (1980), el presente artículo trata de exponer una serie de fenómenos que pueden estar pasando desapercibidos a la hora de explicar la génesis y el mantenimiento de las parafilias sexuales y la homosexualidad egodistónica. Para ello se parte del análisis de los testimonios de sujetos parafilicos y homosexuales egodistónicos (que no aceptan su homosexualidad) registrados durante los años 2005 y 2006. Desde una perspectiva de la psicología contextual y haciendo uso del análisis funcional y topográfico de las conductas características de cada trastorno, se observará cómo ambas manifestaciones sexuales tienen aspectos comunes (factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento) en su origen y evolución.

Palabras clave: evitación, homosexualidad, parafilias, paradoja, tensión, compulsión, funcional, topográfico

Abstract

Across the development of Tension Mechanism Model, based on Experiential Avoidance (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Stroschal, 1996) and Conductual Finished Theory proposed by McConaghy (1980), the pre-

sent article tries to expose a sequence of phenomena that may be unnoticed when origin and maintenance of sexual deviations and not accepted homosexuality are explained. For this, we use the analysis of testimony from paraphilic and homosexual (that not accepted their homosexuality) persons registered between 2005 and 2006. From a contextual psychology perspective and making use of functional and topographic analysis, we will observe like both have a common aspects (precursor, precipitant and maintenance factors) on their origin and evolution.

Keywords: evitance, homosexuality, sexual deviations, paradox, tension, compulsion, functional, topographic

Resumo

Mediante o desenvolvimento do Modelo dos Mecanismos Tensionais, baseado no transtorno de evitação experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Stroschal, 1996) e na Teoria da Terminação Comportamental proposta por McConaghy (1980), o presente artigo tenta expor uma série de fenômenos que podem estar passando despercebidos à hora de explicar a gênese e a conservação das parafilias sexuais e a homossexualidade egodistônica. Para isto, partiu-se da análise dos testemunhos de sujeitos parafilicos e homossexuais egodistônicos (que não aceitam sua homossexualidade) registrados durante os anos 2005 e 2006. Desde uma perspectiva da psicologia contextual e fazendo uso da análise funcional

* Licenciado en Psicología. Correo electrónico: rfjdpsicologo@hotmail.com

Para citar este artículo: Jiménez, R. (2012). La génesis de las parafilias sexuales y la homosexualidad egodistónica: el Modelo de los Mecanismos Tensionales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (1), 146-158.

e tipográfico das condutas características de cada transtorno, se observará como ambas as manifestações sexuais têm aspectos comuns (fatores predisponentes, precipitantes e de conservação) em sua origem e evolução.

Palavras chave: evitação, homossexualidade, parafilias, paradoxo, tensão, compulsão. funcional, topográfico

A pesar de que la homosexualidad ha dejado de ser considerada un trastorno psicológico en la mayoría de los países occidentales, todavía son muchos los usuarios que acuden a consulta debido a que sus inclinaciones sexuales les están causando un gran malestar psicológico. Es lo que se conoce como homosexualidad egodistónica. En el caso de las parafilias, las personas que las padecen raramente solicitan ayuda terapéutica, por lo que resulta difícil determinar con exactitud el número de personas afectadas por estos trastornos. A pesar de ello, las consecuencias sociales de algunas de ellas, como por ejemplo la pedofilia, son dignas de tener en cuenta. Por todo esto, cobra especial interés la aplicación terapéutica que plantearía el conocimiento de los componentes psicológicos en la génesis, eclosión y mantenimiento de las parafilias y la homosexualidad egodistónica. Esto es justo lo que pretende el presente trabajo, a través de la presentación del Modelo de los Mecanismos Tensionales. Los postulados teóricos del mencionado modelo son los siguientes:

1. Los esfuerzos conscientes y/o inconscientes de los sujetos por evitar pensamientos, emociones o sensaciones fisiológicas que les resultan desagradables y que han sido desencadenados por una determinada situación estimular producen, paradójicamente, el efecto contrario; es decir, estos pensamientos, emociones o sensaciones fisiológicas se harán más intensos a medida que el sujeto se esfuerza por evitarlos, reprimirlos o controlarlos.
2. Este aumento de la intensidad de esos pensamientos, emociones o sensaciones fisiológicas desagradables produce una tensión psicológica y/o fisiológica displacentera que solo es descargada por el sujeto llevando a cabo una compulsión conductual y/o mental relacionada con los

estímulos desencadenantes de tales pensamientos, emociones o sensaciones fisiológicas.

El primer postulado está basado en el trastorno de evitación experiencial (Hayes et ál., 1996), que hace referencia a una dimensión funcional del sufrimiento psicológico en el que una persona se halla envuelta de forma crónica y persistente, a pesar de lo desadaptativo que esto le resulta para su vida. Básicamente, lo que sus defensores proponen es que los esfuerzos de una persona por evitar ciertos pensamientos, emociones o sensaciones fisiológicas de cualquier tipo, producen el efecto contrario. Se da la paradoja de que, cuando una persona intenta evitar o suprimir algún pensamiento o emoción “X” asociado a un determinado estímulo, necesariamente va a estar en relación o en contacto con “X”. Por todos es bien conocido el ejemplo de “No pienses en un oso blanco” y uno a continuación piensa, justamente, en un oso blanco. Esto ocurre porque el enunciado “No pienses en un oso blanco” contiene el contenido que se pretende evitar, “oso blanco”.

Este fenómeno se ha puesto de manifiesto en varios trastornos tales como las drogodependencias (Marlatt, 1994; Wulfert, 1994), el trastorno obsesivo-compulsivo (Gold & Wegner, 1995; McCarthy & Foa, 1990), el trastorno de pánico (Craske, Street & Barlow, 1990), el trastorno de personalidad límite (Linehan, 1993; Stroshal, 1991), la depresión (Dougher & Hackbert, 1994; Luciano & Huertas, 1999), la bulimia (Nash & Farmer, 1999) y las parafilias (LoPiccolo, 1994).

Por otro lado, el segundo postulado tiene su origen en la Teoría de la Terminación Conductual propuesta por McConaghy (1980). Dicha teoría pretendía explicar por qué los sujetos que padecen parafilias necesitaban llevar a cabo este tipo de conductas. Al parecer, cuando un sujeto se encuentra ante una situación estimular parafilica, se produce una activación fisiológica desagradable que solo desaparece llevando a cabo una conducta compulsiva de contacto con ese estímulo. Este fenómeno seguiría un patrón de reforzamiento negativo en el que el refuerzo de la conducta sería la eliminación de las sensaciones de malestar y ansiedad producidas por la aproximación a los estímulos parafilicos.

La Teoría de la Terminación Conductual (McConaghy, 1980) recoge cómo un sujeto disminuye la ansiedad que le produce un estímulo llevando a cabo una conducta compulsiva con dicho estímulo (produciéndose una descarga de tensión psicológica y/o fisiológica), pero no explica por qué ese estímulo produce ansiedad a los sujetos parafilicos. No deja claro por qué alguien afectado de una determinada parafilia experimenta activación ante determinados estímulos parafilicos y el resto de sujetos no. Para entender esto, habría que bucear en la biografía personal de cada sujeto y buscar factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de su trastorno. Es aquí donde cobra especial relevancia el primer postulado basado en el trastorno de evitación experiencial (Hayes et ál., 1996). Los sujetos experimentarían activación ante los estímulos parafilicos porque, a lo largo de su historia de aprendizaje personal, se han sensibilizado (debido a varios motivos que se verán a lo largo del presente artículo) ante ellos, considerando que deben ser evitados conscientemente y produciendo el consiguiente aumento paradójico de activación.

Mediante esta exposición del Modelo de los Mecanismos Tensionales, que combina ambas teorías, la de Evitación Experiencial (Hayes et ál., 1996) y la de Terminación Conductual (McConaghy, 1980), se podrá entender mejor cómo se originan y se mantienen en los sujetos las distintas parafilias y la homosexualidad egodistónica.

La génesis de las parafilias sexuales según el Modelo de los Mecanismos Tensionales

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), para que un sujeto sea diagnosticado de una parafilia debe presentar, durante un período de al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al objeto parafilico en cuestión. Además, estas fantasías, impulsos o comportamientos deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Esta definición, en apariencia bastante coherente, no está exenta de controversias. En primer lugar, hay comportamientos que provocan malestar

individual o social en una cultura pero no en otra. Por ejemplo, en Occidente, el que un hombre adulto mantenga relaciones sexuales con una chica menor de 18 años no solo está mal visto, sino que incluso puede ser perseguido por la justicia. En cambio, en la cultura gitana es normal que se casen chicas de 14 años, o incluso de menor edad, con hombres adultos. En algunas regiones de México y Sudamérica también se dan bodas de hombres adultos con chicas adolescentes. Otro ejemplo de divergencia en lo que a conducta sexual aceptable se refiere está en el tema de la homosexualidad. En muchos países, la homosexualidad está bien vista e incluso se permite contraer matrimonio a las personas homosexuales. En otros, en cambio, está considerada una degeneración e incluso, en muchos países orientales, está castigada con la pena de muerte.

Además de estas diferencias de criterio, otro problema a la hora de definir las parafilias radica en determinar los márgenes de estas conductas. Según la definición anterior, no solo se consideran anormales las conductas sexuales explícitas, sino también los pensamientos o fantasías placenteras relacionadas con el estímulo parafilico, siempre y cuando se den de forma recurrente, como mínimo a lo largo de seis meses. Esto añade aún más dificultad al tema, pues ¿qué se considera recurrente?: ¿todos los días?, ¿una vez a la semana?, ¿un par de veces al mes? Además, el tema de que las fantasías o pensamientos parafilicos deban de ser considerados placenteros por el sujeto no está nada claro.

Entre los años 2005 y 2006 se registró el testimonio de 25 sujetos parafilicos que eran usuarios del Teléfono de la Esperanza de Málaga y se puso de manifiesto que muchos de ellos describían pensamientos que eran ambivalentes o contradictorios, es decir, no eran placenteros o desagradables sin más. Asimismo, la totalidad de los sujetos mencionaban experimentar culpa o tensión psicológica acompañada de una activación fisiológica desagradable antes de aceptar sus fantasías sexuales parafilicas o, en algunos de los casos, llevar realmente a cabo las conductas parafilicas, tras lo cual experimentaban un gran placer.

Por otro lado, aunque los 25 sujetos analizados presentaban historias personales y de aprendizaje distintas, la mayoría tenían aspectos comunes tales

como padres sobreprotectores (19 de los 25 sujetos), dificultades para relacionarse con pares de iguales, tanto en el colegio como en otros ámbitos (23 de los 25 sujetos), poca autoestima (24 de los 25 sujetos) y experiencias sexuales tempranas que resultaron traumáticas o desencadenantes de culpabilidad (21 de los 25 sujetos).

Además, el testimonio de todos ellos ponía de manifiesto un patrón común caracterizado por una primera fase de sensibilización hacia el estímulo sexual parafilico (debido a que ese estímulo resulta más accesible para el sujeto o a que se ha producido una experiencia sexual traumática relacionada con el estímulo) en la que comienzan preocupaciones morales y pensamientos de evitación hacia dichos estímulos parafilicos. Estos intentos de evitación y/o control de los pensamientos producen el aumento paradójico de dichos pensamientos, hecho que desencadena una respuesta fisiológica de ansiedad y malestar en el sujeto. Esta fase de evitación e intentos de control de los pensamientos relacionados con los estímulos parafilicos (que conlleva un aumento de ansiedad) puede durar desde varios días hasta incluso años. Posteriormente, se produce una fase de aceptación o rendición para liberar impulsivamente la tensión acumulada. En la mayoría de los casos, esta aceptación de los pensamientos parafilicos se produce inicialmente a través de fantasías sexuales hasta que, posteriormente, desembocan en conductas parafilicas reales.

La aparición inicial de preocupaciones morales con respecto a determinados estímulos sexuales puede deberse a que dichos estímulos se muestran como más asequibles para el individuo que otros estímulos sexuales normalizados. Así, por ejemplo, las niñas pequeñas son más asequibles (debido a su inocencia y vulnerabilidad) para un individuo adulto con escasas habilidades sociales o baja autoestima que las mujeres de su edad. En el caso de la zoofilia (atracción sexual por animales) habría que tener en cuenta que, en algunas zonas rurales, los animales (cabras, vacas, etc.) son bastante más asequibles que las mujeres. Asimismo, para un individuo con baja autoestima y con inseguridad sexual suele ser más fácil rozarse con las chicas cuando va en autobús (froteurismo), enseñar sus genitales a las ancianas del parque (exhibicionismo), robar ropa

interior (fetichismo) o espiar a su vecina cuando sale de la ducha (voyerismo) que salir a buscar una chica con la que mantener relaciones sexuales. La baja autoestima puede hacer que una persona se oriente hacia formas de sexo inadecuadas y dicha orientación sexual inadecuada hace que su autoestima sea cada vez menor (círculo vicioso).

En otros casos, la preocupación con respecto a los estímulos sexuales no comienza como consecuencia de que dicho objeto sexual sea más fácil de conseguir que una relación sexual adecuada, sino que es consecuencia de un trauma sexual (abusos sexuales cuando era pequeño, etc.). Alguien que sufre abusos sexuales tendrá una visión del sexo como algo sucio y peligroso y experimentará una gran culpabilidad sexual. Por ello, se asegurará de no sentir ni pensar nada inadecuado sexualmente. La víctima se esforzará por evitar los recuerdos del episodio traumático y, al mismo tiempo, se sentirá culpable porque, aunque la experiencia en sí fuese traumática y no deseada, en cualquier experiencia sexual se experimenta cierto placer. Al llegar a la edad adulta, se preocupará por la posibilidad de sentir placer en situaciones como las que él sufrió e intentará evitar pensar que él también podría sentir placer abusando de alguien como hicieron con él. Debido a la paradoja que se produce en la evitación de pensamientos, esto se convertirá en una auténtica obsesión que no cesará (al menos a corto plazo) hasta que se rinda a ella y lleve a cabo la conducta que temía que fuera capaz de cometer (principalmente de manera compulsiva o impulsiva, aunque podría acabar integrándose en su repertorio conductual habitual). Es por ello que muchas víctimas de abusos sexuales acaban convirtiéndose, en el futuro, en abusadores o en obsesos sexuales.

En otros casos, la experiencia del abuso es tan traumática para la persona que la padece, que experimenta una auténtica aversión al sexo. Parece ser que, cuando los niños son muy pequeños y la experiencia es más dolorosa, hay más posibilidades de que se desarrolle aversión sexual, mientras que, si los niños son algo mayores o adolescentes, es más normal que vivan la experiencia como ambivalente (más o menos placentera desde el punto de vista sexual, pero desagradable desde el punto

de vista psicológico y moral) y se desarrolle una sexualidad obsesiva.

Además de estos dos factores (mayor facilidad para mantener una relación parafilica que una relación normal o experiencias sexuales traumáticas), hay que tener en cuenta los rasgos de personalidad de los sujetos. Así, por ejemplo, se ha mencionado anteriormente que en las zonas rurales puede ser más fácil practicar sexo con un animal que con una mujer y no es raro que muchos campesinos hayan tenido sus primeras experiencias sexuales con cabras, vacas o gallinas. Pero no todos ellos van a acabar desarrollando una zoofilia. Es más, para muchos de ellos dichas experiencias son consideradas travesuras de niños. Algunos conocerán a una mujer con la que se casarán y formarán una familia y recordarán dichos episodios como meras anécdotas. Entonces, ¿por qué algunas personas se obsesionan con dichas experiencias y no lo superan en su vida? La respuesta estaría en la educación que han recibido de pequeños y en la personalidad que se ha ido forjando desde su primera infancia. Los individuos inseguros, con baja autoestima y preocupadizos darán mucha importancia a dichas experiencias y se sentirán muy culpables. Si, además, tienen creencias religiosas, se sentirán aún más culpables por sus “pecados”.

Retomando el tema de la responsabilidad y culpabilidad excesiva como factor precipitante de los trastornos expuestos en este artículo, hay que mencionar que el individuo inseguro y aprensivo no solo se sentirá culpable cuando ya ha llevado la conducta inadecuada a cabo, sino mucho antes cuando empieza a barajar la posibilidad de hacerlo. Durante la adolescencia, los jóvenes barajan muchas posibilidades para experimentar con su sexualidad y suelen desechar aquellas de las que se pudiesen arrepentir en el futuro. Lo que ocurre con los individuos inseguros es que, aunque en un principio también rechazan la idea, se sienten tan culpables como si la hubiesen llevado a cabo. Se responsabilizan de sus pensamientos inmorales, intentan evitarlos (con el consiguiente aumento paradójico de los mismos) y se obsesionan con ellos. Se sienten tan mal como si hubiesen llevado a cabo realmente la conducta, así que, finalmente, se rinden y caen en la tentación para liberar la tensión

(sexual y psicológica). Tras la liberación de tensión a corto plazo, se sienten aún más culpables de lo que ya lo estaban al principio y el círculo vicioso vuelve a reanudarse.

Este patrón de personalidad neurótico (excesivamente responsable y temeroso) aparece en la mayoría de las parafilias. Aunque en las parafilias más graves desde el punto de vista social, como una pedofilia que haya desembocado en pederastia o el sadismo sexual extremo, los sujetos pueden mostrar personalidades psicópatas o antisociales, primeramente, durante la génesis inicial de su trastorno, estos sujetos mostrarían el mismo patrón neurótico de evitación descrito a lo largo de este artículo. Lo que ocurriría en estos casos es que, debido a la tensión psicológica cronicada, el sujeto sufriría un desgaste emocional total y podría acabar perdiendo la propia capacidad para empatizar, convirtiéndose en un auténtico psicópata. En este sentido, la personalidad antisocial podría ser una consecuencia de la sexualidad parafilica más que causa de esta.

Para visualizar mejor estos fenómenos, exponemos el siguiente esquema representativo de las conductas parafilicas:

<i>Antecedente</i>	<i>Respuesta 1</i>
Aproximación al objeto parafilico debido a que es más asequible que el objeto sexual normalizado o como consecuencia de algún trauma sexual en la infancia	<p>R. cognitiva: tengo que intentar no pensar en esto (evitación), aunque si no se entera nadie, tampoco es tan grave (ambivalencia), soy un perverso por pensar así (culpa), seguro que acabo cayendo en la tentación (miedo)</p> <p>R. fisiológica: ansiedad, tensión</p> <p>R. conductual: se mantiene agitado</p>
<i>Consecuente</i>	<i>Respuesta 2</i>
El sujeto ha eliminado tensión (reforzamiento negativo) pero ha llevado a cabo la conducta que pretendía evitar	<p>R. cognitiva: no soporto la tensión, me rindo a mis pensamientos</p> <p>R. conductual: se masturba pensando en el objeto parafilico o lleva directamente a cabo la acción parafilica</p> <p>R. fisiológica: disminución de la tensión acumulada</p>

La génesis de la homosexualidad egodistónica según el Modelo de los Mecanismos Tensionales

La homosexualidad hace referencia a la orientación sexual hacia personas del mismo sexo. Hace ya bastante tiempo que la homosexualidad dejó de considerarse un trastorno, pero, a pesar de ello, este tipo de conducta sexual sigue provocando, en algunos casos, malestar psicológico. Es lo que se conoce como homosexualidad egodistónica.

Hoy en día no están demasiado claras las causas de la orientación homosexual, aunque se estima que se da en el 3% de la población total. Tradicionalmente, se han diferenciado dos tipos de explicaciones a este fenómeno. La primera de ellas es la de los autores que consideran la homosexualidad como el resultado de experiencias sexuales tempranas, incorrecta identificación con los roles propios de su sexo, falta de identificación con el progenitor y complejo de inferioridad con respecto a los otros individuos de su sexo. La otra explicación es la de los investigadores que consideran la homosexualidad como una alteración biológica (déficit hormonal, anomalías genético-neurológicas, etc.).

Tanto la hipótesis psicológica como la biológica se quedan, por sí solas, cortas para explicar la complejidad de la orientación homosexual. La homosexualidad es un fenómeno bastante heterogéneo y probablemente no haya una causa única que explique este tipo de orientación sexual, sino que hay multitud de variables que influyen.

Si se revisan los experimentos e investigaciones llevadas a cabo sobre el tema, es fácil percatarse de que la mayoría de datos son contradictorios y no son suficientes para ofrecer una explicación completa de la homosexualidad. Así, Kallman (1952a, 1952b) llevó a cabo una investigación con gemelos varones, encontrando una concordancia del 100%. Es decir, todos los hermanos gemelos de los homosexuales eran también homosexuales. Parecía que la homosexualidad se debía, en efecto, a factores genéticos, pero pronto aparecieron las críticas a estos resultados, principalmente el pequeño tamaño de la muestra empleada (44 gemelos monozigóticos) y el hecho de que fuesen gemelos criados en el mismo ambiente familiar. De hecho, investiga-

ciones posteriores empleando gemelos criados en ambientes diferentes, como los experimentos de Bailey y Pillard (1991) o Hu, Magnuson y Pattatucci (1993) han ofrecido unos resultados bastante distintos. La probabilidad de que el hermano gemelo de un homosexual sea también homosexual es del 57% para gemelos monozigóticos y del 24% para gemelos dizigóticos.

Según esto, los genes parecen tener un papel importante en la orientación homosexual, pero no se puede hablar, ni mucho menos, de determinismo genético. Además, el peso de los genes puede ser aún menor ya que, si bien supuestamente en estos últimos estudios se emplearon gemelos criados por separado, no se sabe con exactitud a qué edad fueron separados. Basta con que vivieran juntos hasta los cinco o seis años para echar por tierra los resultados de estas investigaciones ya que, a esa edad, los juegos sexuales entre niños son frecuentes y entre hermanos, aún más. Estos gemelos podrían haber quedado marcados por experiencias sexuales tempranas entre ambos.

Siguiendo con la línea de investigación genética, se ha observado que las personas homosexuales tienen parientes homosexuales en la línea materna de la familia. Hamer, Hu, Magnuson y Pattatucci (1993) llevaron a cabo un estudio que puso de manifiesto que existe una región del cromosoma X (región Xq 28) que contiene cinco marcadores moleculares presentes en 33 de 40 pares de hermanos homosexuales estudiados.

De todas formas, no se sabe qué proteínas codifican los genes encontrados en estas investigaciones ni cuál es su función. Podrían estar relacionados con la producción de hormonas o con la recepción de estas. Se sabe que las hormonas masculinas tienen un papel fundamental en la masculinización del cuerpo y del cerebro (a partir de experimentos de exposición a hormonas masculinas en ratas). Durante el desarrollo embrionario, la testosterona se convierte, por acción de la enzima 5 α -reductasa, en dihidrotestosterona que masculiniza los genitales del embrión, dando lugar al pene, y por la acción de la enzima aromatasa se transforma en estradiol y se une a los receptores de estrógenos del cerebro (la testosterona tiene que convertirse en estradiol, una hormona femenina, para masculinizar el cerebro).

Si el feto es femenino, en lugar de testosterona, producirá estrógenos, pero estos se unen a la proteína denominada α -fetoproteína (presente solo en hembras) que impide que penetren en el cerebro y lo masculinicen.

Sabiendo que la testosterona es responsable de la masculinización del cerebro, muchos estudios han intentado correlacionar los niveles de testosterona de una persona con su orientación sexual. Así, niveles bajos de testosterona en un hombre producirían orientación homosexual y niveles altos de testosterona en la mujer producirían lesbianismo. Hay varias patologías que pueden hacer que la mujer se vea expuesta a hormonas masculinas y otras enfermedades que hacen que los hombres no produzcan las suficientes hormonas.

En las mujeres las más conocidas son los tumores virilizantes en la madre y la hiperplasia suprarrenal congénita. En ambos casos, las niñas nacerán con distinto grado de virilización (genitales ambiguos) que irán desde un clítoris de mayor tamaño de lo normal hasta fusión de los labios vaginales y formación de un pene.

Los padres de las niñas afectadas por estos problemas informan que, desde pequeñas, su conducta no era la típica femenina. Estas niñas eran más agresivas que las niñas normales y preferían jugar con los niños. Estudios realizados con mujeres adultas afectadas por esta patología informan de que alrededor del 48% presentaban una orientación homosexual-bisexual. Esto podía deberse, sin duda, a la acción de la testosterona y otros andrógenos (hormonas masculinas) sobre su cerebro, pero también hay que tener en cuenta los aspectos psicosociales de estos casos. Estas niñas podrían tener dudas sobre su feminidad debido al aspecto intersexual de sus genitales y al trato de sus padres y personas de su entorno que las consideraban unas “marimachos”. En este caso, su homosexualidad se debería más a factores psicológicos y ambientales que a la acción directa de la testosterona en sus cerebros. Además, en varios estudios se ha demostrado que no existe una relación directa entre niveles de andrógenos y lesbianismo (Meyer-Bahlburg, 1984).

En el caso de los hombres, también hay ciertas enfermedades y alteraciones cromosómicas que

generan anomalías en la producción de hormonas o en los receptores de estas. Entre las más destacadas se encuentran el síndrome de insensibilidad a los andrógenos por anomalías en la producción de estos, síndrome de Klinefelter, síndrome de Kallman y déficit de aromatasa. Los pacientes aquejados por estos problemas presentan alteraciones diversas tales como problemas de libido (bajo deseo sexual), infertilidad, micropene (pene con tamaño inferior a ocho centímetros), aspecto eunucoide (con apariencia femenina) o pseudohermafroditismo.

Habría otro tipo de síndrome, el de insensibilidad a los andrógenos por defectos en el receptor, en el que los testículos sí que producen andrógenos, pero los receptores a los cuales se deben unir estos son defectuosos. Los hombres con esta alteración presentan testículos sin descender, ocultos en la cavidad abdominal, genitales externos de mujer (los testículos son capaces de producir testosterona, pero los receptores para esta hormona son defectuosos) y comportamiento femenino. Si recordamos lo que dijimos en párrafos anteriores, durante el desarrollo embrionario la testosterona se une a la aromatasa y se transforma en estradiol que se une a los receptores de estrógeno (y no a los de andrógenos) del cerebro y masculiniza la conducta del individuo. Entonces, es difícil entender cómo, en este caso, el cerebro no ha sido masculinizado (estos individuos se comportan como mujeres) por la conversión de testosterona en estradiol, ya que el estradiol se une a los receptores de estrógeno del cerebro y no a los de andrógenos (que recordemos son los que están defectuosos en esta patología). Según esto, parece que el rol en el que es educado el individuo tiene más importancia que el *input* hormonal recibido.

Como se puede ver, cuando un hombre no recibe la cantidad suficiente de testosterona, presenta una serie de síntomas externos claramente diferenciables y lo mismo ocurriría en el caso de las mujeres. Los hombres homosexuales y las mujeres lesbianas tienen genitales normales. En resumen, cualquier hombre homosexual tendrá una proporción de testosterona mayor que las mujeres lesbianas, así que las hormonas no parecen ser la explicación definitiva a la orientación homosexual (aunque no hay que descartar que puedan tener un papel importante).

A parte de los estudios genéticos y de los hormonales, se ha llevado a cabo un tercer grupo de estudios, denominados neuroanatómicos, con resultados bastante curiosos. Le Vay (1991) comparó el hipotálamo de 19 hombres homosexuales, 16 hombres heterosexuales y seis mujeres de orientación sexual desconocida. Se observó que el tercer núcleo intersticial del hipotálamo anterior o NIHA-3 tenía un tamaño similar en homosexuales y mujeres y era el doble de grande en heterosexuales.

Para algunos, esto era una prueba convincente de que la homosexualidad era innata y debida a factores biológicos. Pero esto no es así, ya que el NIHA-3 es solo una parte del sistema que controla la conducta sexual humana y, además, pronto surgieron las críticas a este estudio. En concreto, el pequeño tamaño de la muestra (19 homosexuales, 16 heterosexuales y seis mujeres), el hecho de que la orientación sexual de las mujeres fuese desconocida y, por último y la más importante, el hecho de que los varones homosexuales estudiados fueran enfermos de sida. Se sabe que en los estados avanzados de la enfermedad de sida, se produce disminución considerable de los niveles de andrógenos.

De todas formas, las diferencias observadas en el NIHA-3 podrían deberse a las experiencias sexuales llevadas a cabo a lo largo de la vida del individuo, en vez de deberse a factores genéticos. Se ha demostrado que las experiencias psicológicas de aprendizaje producen cambios en nuestro sistema nervioso tales como aumento del tamaño del soma de neuronas, aumento del número de espinas dendríticas, aumento del tamaño de las sinapsis y aparición de sinapsis nuevas (Rosenzweig & Bennet, 1996). En definitiva, los cambios encontrados en el NIHA-3 podrían ser una consecuencia de la homosexualidad en vez de su causa.

Se puede aceptar que los genes tengan algún papel en la orientación homosexual, en forma de déficits hormonales o alteraciones en los circuitos neuronales, pero no se puede asegurar que haya un determinismo genético. Los factores genéticos influyen en cualquier expresión de la conducta humana (ansiedad, depresión, personalidad, etc.) y, por supuesto, también en la homosexualidad, pero no se puede hablar de una causa biológica.

Se estima que alrededor del 69% de los homosexuales mantuvieron sus primeras experiencias sexuales en la infancia con personas de su mismo sexo y, a partir de ahí, desarrollaron su orientación homosexual. Por lo tanto, las experiencias homosexuales tempranas pueden ser un origen de la orientación homosexual, pero hay otras personas homosexuales, alrededor del 31%, que se sintieron atraídas por personas de su mismo sexo antes de mantener cualquier relación homosexual. Algunos esperaron hasta tres años, desde que comenzaron a sentir atracción por personas de su mismo sexo, hasta que mantuvieron su primera relación homosexual.

Durante los años 2005 y 2006, el registro de los testimonios de personas homosexuales (que no aceptaban completamente su orientación sexual), que eran usuarias del Teléfono de la Esperanza de Málaga, podría arrojar algo de luz a cerca de las variables psicológicas que influyen en la génesis de la orientación sexual previa a las conductas homosexuales. Se analizó la historia de 27 sujetos (20 hombres y 7 mujeres) que habían mantenido conductas homosexuales y se sentían culpables por ello (homosexualidad egodistónica). Aunque los 27 sujetos analizados presentaban historias personales muy diversas, la mayoría, al igual que los sujetos parafilicos mencionados anteriormente, tenían aspectos comunes tales como problemas de autoestima (25 de los 27 sujetos), complejos de inferioridad con respecto a otros individuos de su propio sexo durante la infancia o adolescencia (24 de los 27 sujetos), dificultades para relacionarse con pares de iguales tanto en el colegio como en otros ámbitos (20 de los 27 sujetos), experiencias homosexuales tempranas (17 de los 27 sujetos), experiencias heterosexuales traumáticas (12 de los 27 sujetos) y escasa identificación con el progenitor de su propio sexo (17 de los 27 sujetos). Además, la totalidad de los sujetos mencionaban experimentar culpa o tensión psicológica acompañada de una activación fisiológica desagradable antes de aceptar sus fantasías homosexuales o, en la mayoría de los casos, llevar realmente a cabo las conductas homosexuales, momento en el que sentían placer.

Cualquier hombre sabe diferenciar la belleza de otros hombres (aunque no todos sean capaces

de reconocerlo) y lo mismo ocurre con las mujeres. En las personas heterosexuales, la belleza o el atractivo de alguien de su propio sexo les puede producir admiración o envidia, pero para un adolescente inseguro esta capacidad para reconocer el atractivo de las personas de su propio sexo le producirá una gran angustia, ya que la valora como el indicio de una supuesta homosexualidad. Debido a la gran erotización del organismo a esas edades (favorecida por el despertar hormonal), los individuos pueden vivenciar esa angustia, activación o agitación psicosexual como excitación sexual y, puesto que la aceptación de dichos pensamientos les resultará placentera (ya que les permite liberar toda esa tensión), acaban asociando el placer con los sujetos de su propio sexo.

Algunas personas heterosexuales también necesitan liberar la tensión que les produce su capacidad para reconocer la belleza en los individuos de su sexo. Por ejemplo, las mujeres no paran de repetirse unas a otras lo guapas que están y algunas chicas jóvenes, cuando toman unas copas de más, suelen bailar más juntas de lo normal o con movimientos exageradamente provocadores entre ellas mismas. Algunos hombres, cuando beben, son aún más exagerados y bromean con sus amigos como si “se metieran mano” o simulan directamente ser homosexuales. El alcohol es un desinhibidor y los hombres lo aprovechan para descargar las tensiones producidas por la presión social de tener que mostrarse siempre masculinos. Lo mismo puede ocurrir en carnavales cuando muchos aprovechan para disfrazarse de mujeres. En el caso de los travestis, su inseguridad masculina hace que esta relajación (al vestirse como mujeres y actuar como tales) sea tan placentera que les resulta mucho más fácil vivir como mujeres. Hay casos en los que su identificación con el sexo contrario es tal, que deciden operarse y se convierten en transexuales.

En este punto, sería interesante analizar por qué no todos los homosexuales acaban siendo transexuales. Quizás, cuando la sensibilización homosexual y las dudas con respecto a la orientación sexual tienen lugar en la infancia, habría más posibilidades de que se acabe desarrollando transexualidad, mientras que si empieza en la adolescencia (cuando la identidad de género está ya

casi constituida), es más probable que la homosexualidad no vaya acompañada de transexualidad. En este último supuesto, el sujeto se adaptaría a la homosexualidad sin cambiar su identidad de género y es frecuente que intente vencer su inseguridad masculina exagerando sus rasgos propiamente masculinos (dejándose perilla, fortaleciendo su musculatura en el gimnasio, etc.).

A la hora de valorar si se desarrollará transexualidad en un individuo homosexual o no, habría que tener en cuenta, además de la edad de sensibilización, las presiones sociales y familiares a las que se ve sometido el individuo. En un entorno comprensivo y tolerante, el sujeto podría adaptarse a su homosexualidad sin tener que cambiar por ello su identidad, mientras que en un entorno demasiado represivo e intolerante, el sujeto podría verse abocado a cambiar su identidad de género para que el entorno (y él mismo) acepte mejor su orientación homosexual. Por último, si antes de las dudas sobre su sexualidad el sujeto ya ha experimentado cierta atracción por personas del sexo contrario, e incluso ha mantenido alguna relación heterosexual satisfactoria, lo más probable sería que, cuando el sujeto experimente posteriormente atracción homosexual, acabe desarrollando una orientación bisexual.

Parte de la población tiene la concepción de que, si la homosexualidad es innata o tiene un origen biológico, debería ser aceptada, mientras que, si es adquirida o aprendida, debería ser modificada. Este planteamiento es completamente erróneo, ya que en la orientación homosexual interaccionan por igual los factores biológicos, psicológicos o de personalidad y las experiencias de aprendizaje. Como se ha ido viendo a lo largo de este artículo, hay experiencias psicológicas y de aprendizaje que pueden ser más determinantes aún que la propia herencia genética y que desembocan en patrones de comportamiento extremadamente difíciles (incluso imposibles) de modificar posteriormente. Por lo tanto, distinguir entre una homosexualidad biológica o innata y una homosexualidad psicológica o adquirida es absurdo, sería como considerar a homosexuales con “pedigree” y a pseudohomosexuales u homosexuales secundarios.

Como se puede observar, el patrón que sigue el desarrollo de la homosexualidad egodistónica sería

muy similar al de los casos de parafilia analizados anteriormente. Desde un punto de vista funcional, ambos fenómenos podrían compartir factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Estas semejanzas entre la homosexualidad egodistónica y las parafilias se pueden visualizar mejor mediante este breve esquema funcional de los episodios de conductas homosexuales durante los estadios iniciales del desarrollo de la homosexualidad:

<i>Antecedente</i>	<i>Respuesta 1</i>
Sensibilización erótica con individuos de su propio sexo debido a experiencias sexuales tempranas o a complejos de inferioridad con respecto a ellos.	<p>R. cognitiva: tengo que intentar no pensar que me atraen personas de mi propio sexo (evitación), pero si me preocupo es porque en el fondo me gusta (culpa), tal vez no sea tan malo (ambivalencia), me convertiré en homosexual (miedo)</p> <p>R. Fisiológica: ansiedad, tensión</p>
<i>Consecuente</i>	<i>Respuesta 2</i>
El sujeto disminuye su tensión (reforzamiento negativo), pero ha llevado a cabo la conducta que pretendía evitar	<p>R. cognitiva: no soporto la tensión, me rindo, aceptaré mi homosexualidad</p> <p>R. conductual: se masturba con fantasías homosexuales o mantiene una relación homosexual</p> <p>R. fisiológica: disminución de la tensión acumulada</p>

Conclusiones

A falta de más validación empírica que respalde el Modelo de los Mecanismos Tensionales expuesto en este artículo, los fenómenos a los que hace referencia son dignos de tener en cuenta.

La plasticidad cognitiva y/o comportamental del ser humano estaría en la base de los fenómenos descritos, ya que todas las personas tienen la posibilidad de experimentar placer sexual mediante muchos procedimientos distintos. Realmente, la inteligencia humana permite a los sujetos descubrir muchas posibilidades sexuales.

La mayoría de las personas consideran repugnantes determinadas prácticas sexuales, pero está

claro que estas les podrían proporcionar placer sexual, por lo menos a nivel físico. La mayoría experimentaría placer sexual con dichas prácticas, pero nunca las llevarían a cabo por el malestar psicológico que les producirían. La gente se pregunta cómo es posible que haya personas que sean capaces de llevar a cabo algunas prácticas sexuales aberrantes, como por ejemplo agredir sexualmente a niños, sin experimentar posteriormente remordimientos ni arrepentimiento por sus actos. Según lo visto a lo largo del artículo, la respuesta es que estos sujetos llevan a cabo estas conductas porque ya se sentían terriblemente mal antes de realizarlas (debido a la tensión acumulada por los esfuerzos evitativos hacia el contenido mental relacionado con dichas conductas). Al final, la única forma que tienen de descargar la tensión acumulada por los intentos de represión de estas conductas es llevándolas a cabo.

La sensación placentera que experimenta mucha gente al saltarse determinadas normas, lo que se conoce como “morbo”, estaría relacionada con estos procesos. En este sentido, una parafilia no sería más que la expresión de un “morbo exacerbado”.

Otra conclusión que podríamos extraer de todo lo señalado anteriormente es el hecho de que las conductas parafilicas podrían ser etiológicamente similares a las compulsiones de un TOC. Aunque los principales sistemas de clasificación (DSM-IV y CIE-10) consideran las obsesiones y compulsiones del TOC como egodistónicas y las fantasías y conductas sexuales de las parafilias como placenteras, probablemente esta distinción no esté tan clara. Las fantasías o conductas parafilicas llegan a ser placenteras para el sujeto porque antes ha experimentado una tensión (que se manifiesta en forma de malestar psicológico o angustia moral) relacionada con dichos estímulos parafilicos y al aceptar en su mente ese contenido sexual en forma de fantasías (o al llevar a cabo conductas parafilicas reales) experimenta la liberación de dicha tensión (reforzamiento negativo). Es decir, no es que el contenido de la fantasía sea placentero en sí mismo, sino que resulta placentero al ser aceptado por el sujeto (descarga de tensión).

Desde el punto de vista terapéutico, considerando que el sufrimiento de los sujetos que padecen parafilias u homosexualidad egodistónica

viene ocasionado por los esfuerzos por controlar y reprimir mentalmente determinados contenidos sexuales, habría que tener en cuenta que una terapia cognitiva centrada en la detección y detención de los pensamientos negativos no será eficaz. Si no hay una profunda reestructuración cognitiva detrás, la detección y detención de pensamientos, por sí solos, no servirán de nada (e incluso podrían empeorar la situación), ya que intentar detectar y detener sus pensamientos es justo lo que hacen los sujetos y es ahí donde está la raíz del problema. Dos vías de tratamiento alternativas serían las siguientes:

1ª) La intervención encaminada a la plena aceptación del contenido sexual reprimido. Esta intervención solo sería posible en algunos casos de homosexualidad egodistónica, en los que el paciente haya tomado la determinación de aceptar la tendencia homosexual o bisexual, descartando la orientación exclusivamente heterosexual. Por ello, previamente, se debe explorar, junto al paciente, si existe ambivalencia y hacia qué tendencia quiere ir (homosexual, bisexual o heterosexual).

En las parafilias este tipo de intervención es inviable, ya que supondría consecuencias perjudiciales para el sujeto y la propia sociedad. De hecho, los delincuentes sexuales (violadores, pederastas, fetichistas ladrones de lencería, exhibicionistas, etc.) lo que hacen con sus actos es aceptar sus fantasías sexuales y llevarlas a cabo para descargar la tensión acumulada mientras intentaban reprimir tales conductas.

2ª) La intervención encaminada a la rotura de los círculos viciosos en los que se hayan inmersos los sujetos. Esta intervención también implicaría la aceptación de los contenidos evitados, pero sin integrarlos en la personalidad del sujeto. Es decir, el sujeto debe comprender que sus intentos por expulsar de su mente los contenidos evitados producen, paradójicamente, un aumento de la intensidad de estos.

La terapia de aceptación y compromiso (no la expondremos aquí por cuestiones de espacio) podría ser eficaz para conseguir estos objetivos (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Este tipo de intervenciones se llevarían a cabo con sujetos que padecen parafilias en sus estadios iniciales u homosexualidad egodistónica (en aquellos casos en los que el rechazo hacia la orientación homosexual es tan intenso que se hace imposible una intervención encaminada a la plena aceptación de esta identidad sexual). Es importante que las parafilias se traten en sus estadios iniciales, porque es más fácil intervenir sobre procesos mentales que sobre conductas reales. Además, una vez que el problema ya se ha instaurado de forma consistente, la intervención se haría más complicada debido a los aspectos sociales y morales que estas patologías implican. La sociedad acepta a los drogadictos, alcohólicos y ludópatas rehabilitados y admira su fuerza de voluntad y coraje para vencer sus adicciones pero, en cambio, es más difícil aceptar a un pederasta rehabilitado. Además, a nivel individual es complicado que una persona solicite ayuda psicológica por estas cuestiones, debido a los aspectos morales que ellas implican. Por otro lado, en aquellos casos en los que sí se solicita ayuda, esta puede tener en ocasiones un efecto iatrogénico (el hecho de que el paciente necesite acudir a terapia le confirma que es “raro” o “pervertido”).

Otro aspecto que dificulta la intervención con los pacientes que sufren parafilias u homosexualidad egodistónica, y que habría que tener en cuenta, es el referente al hecho de que estos sujetos suelen perder la capacidad para disfrutar con las relaciones sexuales normalizadas. Esto se debe a que una relación sexual adecuada no le va a permitir descargar tanta tensión como una relación parafilica (o una relación homosexual en el caso de la homosexualidad egodistónica). También ocurre que cuando estos individuos mantienen una relación sexual normalizada, lo hacen con la sensación de que es su obligación, de que deben intentar disfrutar con dichas relaciones y olvidarse de sus gustos parafilicos u homosexuales. Para ellos una relación sexual normalizada es una prueba o examen y nadie disfruta en los exámenes. Por este motivo, se hace fundamental que la intervención se lleve a cabo preferiblemente antes de que los sujetos hayan mantenido realmente las conductas sexuales inapropiadas.

Para finalizar, siguiendo con las implicaciones terapéuticas, de todo lo analizado hasta ahora se deduce la importancia de la prevención desde la infancia de los patrones de personalidad neurótica, ya que estos se encuentran en la base de las psicopatologías expuestas. Mientras más insegura sea una persona, más importancia dará al hecho de tener bajo control sus pensamientos, emociones, etc., haciendo juicios constantes sobre la moralidad de estos y poniéndose a prueba a sí misma ante cualquier situación o estímulo que le resulte amenazante (no solo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista moral).

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Bailey, J. M. & Pillard, R. C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1089-1096.
- Craske, M. G., Street, L. & Barlow, D. H. (1990). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 663-672.
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (1994). A behaviour-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behaviour Analyst*, 17, 321-334.
- Gold, D. B. & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1245-1261.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N. & Pattatucci, A. M. L. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261, 321-327.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follete, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: a functional dimensional approach to diagnoses and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kallman, F. J. (1952a). Comparative twin study on the genetic aspects of male homosexuality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 115, 283-298.
- Kallman, F. J. (1952b). Twin and sibship study of overt male homosexuality. *The American Journal of Human Genetics*, 4, 136-146.
- Le Vay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Lo Piccolo, J. (1994). Acceptance and broad spectrum treatment of paraphilias. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy* (pp. 149-170). Reno: Context Press.
- Luciano, M. C. & Huertas, F. (1999). *ACT through several cases*. Paper present in Association for Behavior Analysis. May. Chicago. IL.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction and acceptance. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change content and context in psychotherapy* (pp. 175-197). Reno: Context Press.
- McConaghy, N. (1980). *Behavior Completion Mechanisms*. New York: Plenum Press.
- McCarthy, P. R. & Foa, E. B. (1990). Obsessive-compulsive disorder. En M. E. Thease, B. A. Edelshtein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of outpatient treatment of adults: Nounpsychotic mental disorders* (pp. 209-234). Nueva York: Plenum.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (1984). Psychoendocrine research on sexual orientation. Current status and future options. *Progress in Brain Research*, 61, 375-398.
- Nash, H. M. & Farmer, R. (1999). *Modification of bulimia-related behavior in the context of acceptance and commitment therapy*. Paper present in Association for Behavior Analysis. Chicago. IL.
- Rosenzweig, M. R. & Bennett, E. L. (1996). Psychobiology of plasticity: effects of training and experience on brain and behavior. *Behavioural Brain Research*, 78, 57-65.

Stroschal, K. (1991). Cognitive and behavioral treatment of personality disordered patient. En C. Austad & B. Berman (Eds.), *Psychotherapy in managed health care: The optimal use of time and resources* (pp. 185-201). Washington: APA.

Wulfert, E. (1994). Acceptance in the treatment of alcoholism: a comparison of alcoholics anonymous and social learning theory. En S. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: content and context of psychotherapy* (pp. 203-217). Reno: Context Press.

Fecha de recepción: 19 de abril de 2011
Fecha de aceptación: 11 de agosto de 2011