

La Evaluación y Tratamiento de Trastornos Parafílicos

M. Muse¹, G. Frigola²

Resumen

Este artículo es un repaso de las diferentes categorías de parafilias, y muestra varios modos terapéuticos para el tratamiento de estos trastornos. Técnicas cognitivo/conductuales y tratamientos farmacológicos son considerados. Se describe el manejo de un caso clínico sobre compulsión sexual con tendencias pedofílicas.

Palabras clave: Parafilias. Terapia cognitivo/conductual. Fármacos androantagonísticos. Compulsión sexual. Pedofilia.

Summary

This article reviews different nosologic categories of paraphilias, and presents the most up-to-date therapeutic methods applied in the treatment of these disorders. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment approaches are given special attention. The treatment of a clinical case of sexual compulsion with pedophilic tendencies is presented to demonstrate the integration of various therapeutic strategies in the treatment of paraphilia.

Key words: Paraphilias. Cognitive/Behavioral Therapy. Androantagonistic drugs. Sexual compulsion. Pedophilia.

¹Doctor en Psicología

²Master en Terapia Familiar. Family Services.
Gaithersburg, Maryland

Correspondencia: Dr. D. Mark Muse
Muse Psychological Associates
604 Crocus Dr.
Rockville, Maryland 20850
DrMarkMuse@Netscape.net

La clasificación de las parafilias, según los criterios del DSM-IV (APA, 1995), incluye las condiciones de exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, sadismo, masoquismo, fetichismo transvestista, voyeurismo, y parafilias no especificadas. Aunque existen argumentos bastante convincentes como para incluir la atracción a la violación sexual como parafilia (Alario, 1993; Laws & Donohue, 1997), esa condición no está considerada explícitamente como parafilia en la edición actual del manual de estadísticos y diagnósticos psiquiátricos (DSM) de la American Psychiatric Association. En la Tabla 1 se presentan las definiciones de cada una de las parafilias mayores que aparecen en el DSM-IV.

Se presentan en Tabla 2 algunas de las parafilias menores, o sea, las parafilias no especificadas en el DSM-IV (Muse, 2000).

El mero hecho de tener una inclinación o hasta un interés consumado en una o más de las categorías arriba mencionadas no constituye en sí ningún síndrome clínico. Lo que sí constituye un trastorno, tipo parafilia, es, en adición a las definiciones/descripciones elaboradas aquí, la comprobación de que la parafilia suponga una “disfunción” para el individuo que la padece. Por disfunción, se entiende que la parafilia le causa conflicto emocional/personal, o que corre el riesgo de sufrir daños personales o sociales a causa de su actuación. Así, la persona que participa en conversaciones “indecentes” por teléfono con un cómplice al otro lado de la línea no padece de ningún trastorno si la práctica no le causa conflicto alguno ni repercute socialmente de manera dañina.

TRATAMIENTO DE LAS PARAFILIAS

El tratamiento de las parafilias suele utilizar intervenciones psicoterapéuticas basadas principalmente en técnicas conductuales/cognitivas o regímenes médicos basados en el uso de hormonas o de medicamentos psicotrópicos. La orientación cognitivo-conductual explica la adquisición y mantenimiento de las parafilias a través de los paradigmas del condicionamiento y de la formación de esquemas cognitivos (Muse, 1996). La gran mayoría de las parafilias se manifiesta en la pubertad, dando la impresión de que pueda existir una “ventana de oportunidad” por la cual el condicionamiento a estímulos sexuales es especialmente propicio durante esta época de la maduración. La resistencia de las parafilias a ser extinguidas por técnicas puramente conductuales da la impresión de hallarnos ante condiciones adquiridas en un periodo de desarrollo crucial cognitivo. Por tanto, el cambio de conductas parafílicas suele requerir una intervención multimodal que interfiere con el aprendizaje anterior por condicionamiento clásico, operante y social, mientras que modifica esquemas básicos de la estructura cognitiva del individuo. Aunque las hormonas masculinas se hallan inherentemente implicadas en el mantenimiento de la motivación sexual, es el aprendizaje a una edad joven que determina la dirección del interés sexual y, por tanto, el uso de sustancias químicas en el tratamiento de las parafilias suele ser reservado como terapia adjunta a la psicoterapia.

Tabla 1
Parafilias Mayores

TRASTORNO PARAFÍLICO	DESCRIPCIÓN
Exhibicionismo	Exposición de los propios genitales a una persona extraña.
Fetichismo	El uso de objetos no animados para lograr la excitación sexual.
Frotteurismo	El contacto y el roce con una persona en contra de su voluntad.
Masoquismo Sexual	Someterse voluntariamente a humillación y abuso sexual.
Pedofilia	Participación en actividades sexuales con niños prepúberes.
Sadismo Sexual	Perpetrar actos sexuales abusivos o humillantes para otra persona.
Travestismo	Vestirse con ropas del otro sexo.
Voyeurismo	Observar ocultamente a personas en actividades íntimas.

Tabla 2
Parafilias menores

TRASTORNO PARAFÍLICO	DESCRIPCIÓN
Acrotomofilia	Excitación sexual al ver un miembro (pierna/brazo) amputado
Adolescentilismo	Excitación por imitar los manierismos adolescentes
Andromimetofilia	Mujer que se excita por imitar a un hombre
Apotemnofilia	Excitación por sufrir la amputación de miembros del cuerpo
Asfixiofilia	Excitación sexual por estrangulamiento
Autagonistofilia	Excitación por ser observado desnudo
Autasasinofilia	Excitación por ser expuesto a peligros mortales
Autonepiofilia	Véase “infantilismo”
Bestiafilia	Mantener relaciones sexuales con animales
Biastofilia	Excitación por la idea de ser violado
Cataterofilia	Excitación por la inserción de un catéter
Cleptofilia	Excitación sexual por robar
Clismafilia	Excitación sexual por recibir enemas
Coprofilia	Excitación por ser ensuciado con heces humanas
Coprofagía	Excitación por ingerir heces humanas
Erotofonofilia	Excitación por intentar contra la vida de otro
Formicofilia	Excitación por tener insectos en contacto con los genitales
Gerontofilia	Excitación ante personas notablemente mayores que uno mismo
Ginemimetofilia	Excitación por ver a un hombre imitar a una mujer
Hibrístofilia	Excitación por tener relaciones sexuales con un criminal
Hipoxfilia	Véase “asfixiofilia”
Infantilismo	Excitación por vestirse y comportarse como un niño
Misofilia	Excitación por suciedad (tierra, polvo, lodo, etc.)
Mixofilia	Excitación por ver a uno mismo o a su compañero en coito
Morfofilia	Excitación por un tipo de cuerpo (enano, obeso, bajo, etc.)
Narratofilia	Excitación sexual por narrativas obscenas
Necrofilia	Interés en mantener relaciones sexuales con cadáveres
Olfactofilia	Excitación por olores corporales (secreciones vaginales, etc.)
Pictofilia	Excitación por pornografía
Somnofilia	Interés en mantener relaciones sexuales con personas inconscientes
Stigmatofilia	Excitación por tatuajes
Telefonicofilia	Excitación por conversaciones indecentes por teléfono
Urofilia	Excitación por orinar sobre otra persona, o viceversa
Zoofilia	Excitación por actuar como un animal (ladrar, llevar correa)

Técnicas de Condicionamiento Clásico:

Las técnicas conductuales utilizadas en el tratamiento de las parafilias sexuales se han basado principalmente en la aplicación de métodos aversivos de extinción fundados en el paradigma del condicionamiento clásico. Terapéuticamente, se

asocia un estímulo aversivo incondicionado con una respuesta condicionada no deseada. La esperanza terapéutica es la de producir una nueva respuesta condicionada, tipo aversiva, en presencia de los estímulos condicionados provocadores de la respuesta sexual disfuncional. El estímulo

incondicionado aversivo más utilizado en los estudios sobre el tratamiento conductual de las parafilias es el de una descarga eléctrica (MacCulloch & Feldman, 1967; MacCulloch, Waddlington & Sanbrook, 1978) aunque otros estímulos nocivos como por ejemplo el mal olor (Levin, et al. 1977), y el mal gusto (Maletzky, 1973) también han sido utilizados.

Si bien existe evidencia constatable de que la aplicación de una descarga eléctrica puede modificar eficazmente la excitación sexual asociada con varios tipos de parafilia (Marsall, et al., 1983), el uso actual de esta técnica se ha reducido debido a la crítica sociopolítica en contra de tales prácticas (McConaghy, 1993). La publicidad contraria al uso del castigo eléctrico, originada en los años 70 (Maletzky, 1997), llevó a muchos clínicos a optar por otras formas del condicionamiento terapéutico aversivo. La llamada técnica de la “sensibilización encubierta” reemplazaba, en gran parte, la aplicación directa del castigo en las sesiones conductuales. En la sensibilización encubierta el paciente intenta visualizar escenas en las que se ve participando en la conducta parafílica no deseada. Cada vez que él visualiza la actividad parafílica, cambia esta imagen excitante por otra aversiva. Por ejemplo: el voyeurista imagina que a través de una ventana está observando a una pareja hacer el amor. Enseguida, imagina que oye la sirena de la policía y se ve metido en el coche de policía y conducido a la comisaría. Aunque la sensibilización encubierta es más “políticamente correcta” que el castigo directo, no hay evidencia de que sea tan efectiva como la descarga eléctrica directamente aplicada (Maletsky, 1991).

Un intento de incrementar la eficacia de la sensibilización encubierta fue la técnica desarrollada por Maletsky (1973), y empleada posteriormente por varios otros investigadores. Esta mezcla del condicionamiento aversivo directo con la sensibilización encubierta conduce al paciente a relajarse, visualizar la situación parafílica, y enseguida, visualizar consecuencias aversivas. Al instante en que el paciente visualiza las consecuencias aversivas, el psicólogo introduce en la sesión un estímulo olfativo repugnante como, por ejemplo, el amoníaco. La aplicación de un estímulo olfativo aversivo incrementa la efectividad de

esta técnica terapéutica, reduciendo considerablemente la respuesta sexual asociada con la parafilia (Maletsky, 1974; Maletsky & George, 1973).

Técnicas de Aprendizaje Operante y Social:

Mientras que las técnicas de condicionamiento aversivo se basan en general en los principios del aprendizaje tipo clásico o respondiente, otras técnicas de aprendizaje no aversivas se basan principalmente en el condicionamiento instrumental u operante, y en el aprendizaje social (Muse, 1996). En cuanto al tratamiento de las diferentes parafilias, se ha aplicado con éxito el reforzamiento operante y el entrenamiento de habilidades sociales.

Biorretroalimentación

La biorretroalimentación ha sido aplicada a diversas parafilias mediante un aparato llamado *penile plethysmograph* o “falómetro”. El penile plethysmograph mide cambios en la circunferencia del pene, y es capaz de presentar tales cambios directamente al sujeto a través de información visual en forma de un manómetro, o de luces de diferentes colores que indican el grado de excitación sexual según el grosor del pene (Jensen, Laws, & Wolfe, 1994). En el tratamiento de las parafilias, el paciente expuesto a estímulos parafílicos intenta mantener encendida la luz que corresponde a poca excitación y, a la vez, evitar la luz asociada con la excitación. Una vez que el paciente ha reducido o extinguido su excitación delante de los estímulos parafílicos (por ejemplo, niños desnudos, o llevar ropa interior del sexo opuesto), se le puede presentar la tarea de encender la luz asociada con excitación delante de la presentación imaginaria de estímulos deseables (por ejemplo, personas adultas desnudas).

Técnicas de Masturbación

El placer que conlleva la masturbación suele reforzar las fantasías e imágenes parafílicas, manteniendo de este modo el enlace entre estímulos y conductas parafílicas. Terapéuticamente, es posible programar la masturbación de manera que refuerce conductas alternativas a las parafílicas. Con tal fin, el conductista asigna la tarea al paciente de usar solamente imágenes no parafíli-

cas durante la masturbación. El efecto es el de distanciar la conexión entre las imágenes parafílicas y el placer sexual, y, alternativamente, reforzar imágenes sexuales no desviantes con el mismo placer. Cuando el paciente haya acabado esta parte de la tarea por llegar al orgasmo, se le instruye para que continúe masturbándose 15 minutos más, pero esta vez con imágenes parafílicas. Esta práctica de la masturbación aversiva asocia (mediante el paradigma de condicionamiento clásico) un estímulo nocivo incondicionado –manipulación genital durante la fase de resolución sexual– con el estímulo condicionado de las imágenes parafílicas (Maletzky, 1986).

Adiestramiento en Empatía

El uso del entrenamiento en empatía en la rehabilitación de los perpetradores de crímenes sexuales violentos se ha mostrado indispensable (Murphy, 1990); sin embargo, con las parafilias no físicamente violentas, tales como el exhibicionismo, puede existir, de todos modos, una víctima. Una parte integral de la terapia con la mayoría de las parafilias debe de ser la de concienciar al parafílico de las repercusiones que sus actuaciones pueden tener para los demás. Con la finalidad de sensibilizar al parafílico a la responsabilidad ética de no imponer sus intereses sexuales a personas ajenas a sus deseos, el entrenamiento de empatía en el tratamiento de las parafilias incorpora cinco segmentos (Maletzky, 1997): 1) La identificación de la víctima (en esta fase del entrenamiento el terapeuta ayuda al parafílico a identificar a quién afecta su conducta, 2) La identificación del acto victimizador (enseñar la conducta parafílica que hiere a la víctima), 3) La identificación del daño (hacer explícito el daño causado a la víctima por la actuación del paciente), 4) Inversión de los roles (ayudar al paciente a ponerse en el rol de la víctima), 5) El desarrollo de la empatía misma (ayudar al paciente a experimentar, mediante la identificación por empatía, cómo se siente la víctima de actos parafílicos).

Entrenamiento de Habilidades Sociales

Muchas personas que sufren de condiciones parafílicas muestran un notable déficit en su capa-

cidad de apreciar conducta interpersonal apropiada. Suelen fallar en atribuir motivos a otros a través de la proyección, llegando a ver cómplices en sus víctimas. A raíz de sus distorsiones surge la tendencia de vivir en un mundo de fantasía, socialmente aislados de los demás. Cuando salen de su introversión, empujados por la necesidad sexual, no sólo tienden a minimizar las preferencias de la otra persona por carecer de empatía, sino también puede faltar un respeto básico para los derechos de los demás. El entrenamiento en la asertividad (Lange & Jakubowski, 1978) sirve a muchos parafílicos para negociar sus necesidades sexuales de forma responsable con la otra persona. La asertividad tiene la potencia de ayudar a la persona tímida a poder expresar sus deseos de manera más directa, mientras enseña a la persona agresiva a expresar sus deseos sin imponer o explotar a otras personas.

Técnicas Cognitivas

La identificación de distorsiones preceptivas / conceptuales es el primer paso en el tratamiento cognitivo de las desviaciones sexuales. A pesar de que cada parafilia en sí tendrá unas distorsiones particulares a la condición que incorpora, la persona que las padece es un individuo y, por consiguiente, sus cogniciones disfuncionales tienen que ser identificadas individualmente y específicamente; de poca ayuda al paciente es darle un discurso teórico de los errores del pensamiento parafílico, o una lección genérica de las distorsiones cognitivas inherentes en las parafilias. Al contrario, el psicólogo necesita captar y mostrar ejemplos reales de las ideas irracionales del mismo paciente. Ejemplos de distorsiones en la percepción y evaluación de situaciones sexuales y de distorsiones en la evaluación de las consecuencias de la conducta parafílica en una condición específica, el exhibicionismo, aparecen en Tabla 3.

Una vez que le son mostradas las distorsiones al paciente, y después de obtener confirmación del paciente de que las entiende, se emplean estrategias para refutar las cogniciones disfuncionales: Estrategias como la de identificar en el acto los pensamientos irracionales cuando aparecen y utilizar argumentos ya adiestrados anteriormente en la terapia para refutarlos y reemplazar-

Tabla 3
***Ejemplos de distorsiones de un exhibicionista**

CATEGORÍA DE DISTORSIÓN	DIÁLOGO INTERNO
Atribución de Culpabilidad	“Ella se lo buscaba vestida como iba”.
Mínimización de Consecuencias	“No la toqué, luego no le he hecho ningún daño”.
Justificación de Causas	“Si mi mujer me diese lo que necesito, no tendría que buscarlo en la calle”.
*Adaptado de “Exhibition: Assessment and Treatment” (1997) de B. Maletzky.	

los con ideas que corresponden más a la realidad. Tales estrategias tienen que practicarse hasta que se dé el resultado buscado, o sea, hasta lograr una reducción de las distorsiones asociadas con la parafilia tratada.

Tratamiento Farmacológico:

El tratamiento farmacológico de las parafilias ofrece dos opciones: la del tratamiento hormonal, y la del tratamiento con medicamentos psicoactivos.

Tratamiento hormonal

Las personas parafílicas tratadas con hormonas suelen ser aquellas que representan un peligro real para la sociedad. Personas condenadas por crímenes sexuales como la violación, la pedofilia consumada, o el exhibicionismo repetitivo pueden ser sometidas a un régimen de hormonas que reduce el interés sexual del paciente. Tal régimen es lo equivalente de una castración química, aunque temporal. El acetato de Medroxyprogesterona y el acetato de Cyproterona son las dos hormonas más recetadas en el control de las parafilias (Wincze et al., 1986). Las dos hormonas reducen los niveles de testosterona en sangre. La efectividad de las dos hormonas en la reducción del deseo sexual está más que demostrada (Walker & Meyer, 1981), con reducciones correlacionadas en frecuencia de erección, fantasías sexuales, masturbación, iniciación del sexo y, paralelamente, conducta agresiva. Hombres tratados con estas hormonas muestran un buen control sobre sus inclinaciones parafílicas mientras que las toman; pero, como es de esperar, se produce un regreso rápido a la misma conducta parafílica al terminar de tomar las hormonas

(Bradford, 1990). En la práctica, la terapia hormonal en el tratamiento de las parafilias suele funcionar como adjuntivo a las terapias conductuales/cognitivas (Knopp, et al., 1992).

Tratamiento con medicamentos psicoactivos

Aunque ninguno de los fármacos psicoactivos es tan eficaz en reducir la problemática de la conducta parafílica como lo son las hormonas antianrógenas, hay una lista larga de medicamentos que han sido utilizados con este objetivo. Todos estos medicamentos psicoactivos tienen algo en común: reducen el libido. El medicamento preferencial del momento es Fluoxetina (*Prozac*), porque es un medicamento que se tolera bien, con efectos secundarios menores que los otros medicamentos usados históricamente, y es un medicamento eficaz en la reducción del deseo sexual; para ser más preciso, un 70% de los pacientes que toman Prozac experimentan una reducción del libido (Burnstein, 1983). El Prozac también tiene la potencia de reducir síndromes obsesivo/compulsivos (Jenike, 1990) y, dado el componente obsesivo/compulsivo observable en la mayoría de las parafilias, no es de extrañar que el Prozac haya ganado el favor de los psiquiatras en el manejo médico de las parafilias.

RESUMEN

Las estadísticas sobre la incidencia de las diversas parafilias son escasas y variables. Hasta que no tengamos estudios más detallados y fiables, sólo se puede decir que las parafilias son predominantemente un desorden masculino, aunque recientemente se ha visto un incremento

substantial de delitos pedofílicos y de violación perpetrados por mujeres jóvenes (Hunter & Mathews, 1997).

En cuanto a la eficacia de intervenciones terapéuticas en el tratamiento de las diferentes parafilias, los resultados son también variables, aunque no del todo ambiguos. Sin embargo, hay cada vez más motivos para ser optimistas. Mientras que la gran mayoría de los estudios hechos en el campo de las parafilias son estudios sobre casos únicos y, por tanto, tienden a mostrar una terapia efectiva en el caso presentado, algunos experimentos controlados comienzan a documentar resultados si no espectaculares, sí bastante aceptables. Notables aquí son los estudios de Maletzky sobre el exhibicionismo, en los cuales se demostró que entre el 70 y el 80% de los pacientes tratados con terapia cognitiva/conductual no volvían a reincidir (Murphy, 1997).

En fin, ¿qué es lo que sabemos del tratamiento de las parafilias? Pues, sabemos que en general las parafilias responden mejor a un programa terapéutico multimodal que incluye diferentes técnicas cognitivo-conductuales. También sabemos que en los casos más severos el uso de hormonas androantagonistas ofrecen una cobertura temporal que aumenta la posibilidad de una resolución positiva del desorden a lo largo de una terapia cognitiva-conductual. Quizá no sea mucho, pero es, no obstante, esperanzador si tomamos en cuenta que este área de la sexología ha comenzado muy recientemente a atraer la atención clínica y científica que merece.

LAS PARAFILIAS MÁS VISTAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A continuación, examinaremos más de cerca los tres tipos de parafilias más vistos en la práctica clínica: 1) El abuso sexual en el caso de la violación agresiva; 2) la compulsión sexual y, 3) la pedofilia. Finalmente, se presenta un caso clínico de compulsión sexual con tendencia pedofílica.

El tratamiento del perpetrador de violación sexual

El perpetrador de la violación sexual, en muchos casos, tiene en común rasgos que caracterizan otras parafilias como el voyeurismo y la

pedofilia (Muse, 2000). Las necesidades del asaltante sexual están dirigidas de forma opuesta a la expresión normal de la intimidad, y lo llevan hacia la conducta sexual coercitiva agresiva. Las razones para estas diferencias son variadas, y van desde un déficit en habilidad social en el mantenimiento de una relación sexual, a impulsos homicidas incontrolables. La repetición de las acciones violadoras también puede ser indicativa de una necesidad compulsiva de volver a la expresión disfuncional de la necesidad sexual a través de la agresión y la violencia.

Evaluación

Como en cualquier otra condición, el diagnóstico es imprescindible para el manejo apropiado. Con el delincuente sexual, es necesario desenmarañar el *porqué* de su conducta. Esta situación sólo puede darse si la persona es vista como un individuo, y se ha hecho un esfuerzo para comprender la psicología de la persona. Un cuidadoso historial, una entrevista clínica llevada de forma astuta, y el uso de la psicometría es esencial para obtener una imagen fidedigna del paciente. Sólo cuando se ha llegado a un diagnóstico/prognóstico, el tratamiento puede proceder con eficacia. Considerando cada caso individualmente, resulta útil poder clasificar los perpetradores de violación sexuales en dos categorías: violadores motivados por violencia antisocial o sadística, y violadores que recaen en la imposición sexual por ineptitud social. En la primera categoría ponemos los violadores homicidas y los violentos que dejan sus víctimas heridas a propósito. Son individuos que, si no disfrutaban del sufrimiento de la víctima, al menos no les importa en demasía. No suelen tener remordimiento de conciencia, por ser psicópatas o por padecer de otros diagnósticos severos como esquizofrenia paranoica, desorden esquizotípico o trastornos de personalidad antisociales. En cambio, la segunda categoría de asaltante sexual se compone de personas, su mayoría hombres, que expresan su sexualidad y deseos o impulsos afectivos de intimidad de manera inapropiada por no ser capaces de acercarse a la persona recibidora de sus atenciones de forma socialmente diestra. Son personas tímidas, socialmente aisladas que, casi siempre debajo de los efectos del alcohol o de la

droga, sueltan sus necesidades reprimidas de repente, provocando violentas confrontaciones con la víctima de sus atenciones. Las personas que pertenecen a este segundo grupo son capaces de sentir remordimiento por su comportamiento y, como suelen actuar de impulso o bajo la influencia de drogas, no planean sus ataques ni mucho menos su escapatoria y, por tanto, son fácilmente aprehendidos por la ley. Como veremos más adelante, si bien es una nosología admitidamente simplista, es útil clínicamente poder distinguir entre los violadores de primer grado (los violentos a propósito) y los de segundo grado (violadores socialmente ineptos), los cuales tienen mejor pronóstico.

Tratamiento

Mientras los tratamientos médicos tales como el uso de terapia hormonal (*Depra Provera*) y medicamentos psicoactivos para reducir las tendencias sexual/agresivas proveen un control temporal necesario sobre la conducta parafílica, el manejo a largo plazo de la conducta sexual agresiva radica en conseguir cambios en la personalidad del perpetrador. Estos cambios, para que sean efectivos, requieren una psicoterapia de aproximación multimodal que conlleve la modificación de la manera de pensar, sentir y actuar en el área sexual del paciente. Con este fin, el tratamiento del abusador sexual empieza con una evaluación concienzuda en la que los aspectos personales que han contribuido a la actuación sexual problemática del paciente son evaluados y marcados para su cambio. En el tratamiento del violador, se elabora un programa terapéutico especialmente moldeado para cada individuo, con intervenciones en particular identificadas por el procedimiento de evaluación y diagnóstico. No obstante, las intervenciones, en general, suelen incluir:

1) Intervenciones designadas a cambiar las emociones ligadas al asalto sexual de otros: Resolución a la rabia, odio, sentimientos agresivos. Refuerzo de las capacidades de resistir impulsos, y de retrasar la gratificación. Cultivación de la adquisición de las habilidades de dar y recibir afecto. Descondicionamiento de la respuesta sexual realizada a violencia y humillación de otros.

2) Intervenciones designadas a cambiar las actitudes ligadas a la victimización de otros: Refutación de ideas que llevan al perpetrador a justificar sus acciones. Despejar las nociones de que la otra persona merecía e incluso deseaba estar victimizada. Comprensión, a través del entrenamiento en empatía, de cómo se siente al ser la víctima.

3) Intervenciones designadas a fomentar la conducta de apareamiento no coercitiva, o sea, entrenamiento social en cómo iniciar una relación y cómo hacer avances sexuales apropiados.

Para obtener los cambios deseados, se pueden utilizar varias técnicas, que incluyen:

1) Interacción grupal con víctimas de violación para acercar al perpetrador a las profundas cicatrices que la violencia sexual deja en la víctima (Muse, 1993).

2) Técnicas de contracondicionamiento que enlazan conductas sexuales no deseadas (imágenes sexuales con violencia) con consecuencias negativas (encarcelamiento fantaseado); en ocasiones estímulos nocivos (oler sales hediondas) también son enlazados para reforzar la aversión hacia la respuesta no deseada.

3) Ensayos de habilidades sociales en el que el paciente aprende, a través del ensayo de un papel, la expresión de forma apropiada del afecto en la relación sexual.

4) Psicoterapia grupal/individual dirigida a situaciones y temas de preocupación para reducir la sintomatología de depresión o ansiedad, y que refuerzan un nivel personal de funcionamiento óptimo.

Trabajando con los tribunales

La mayoría de los asaltantes sexuales están vistos en terapia como resultado de procedimientos judiciales en contra de ellos por actos del pasado. Es necesario y deseable para el psicólogo trabajar en esta realidad, y obtener la comprensión por parte del paciente de que la información no puede ser llevada en una confidencialidad estricta bajo esas circunstancias. Es más, atañe al profesional la coordinación de ciertos aspectos del tratamiento con jueces, y abogados, y para asegurar una mejoría sostenida en el tratamiento del paciente.

El Tratamiento del pedófilo

El trastorno pedofílico suele aparecer en la adolescencia (Barbaree, et al. 1993), aunque algunos pacientes explican que su interés apareció en la edad adulta. La excitación pedofílica por norma general se acentúa con el estrés psicosocial y su curso es crónico, especialmente cuando la atracción es de índole homosexual (Alario, 2000). Se creía durante mucho tiempo que la pedofilia se daba exclusivamente en hombres (Stoller, 1977); sin embargo, se ha comprobado últimamente su existencia en mujeres (Tollison & Adams, 1979). Aproximadamente el 85% de los pedófilos son varones, y la mayoría de ellos son heterosexuales. De hecho, es más frecuente que los pedófilos escojan víctimas del sexo contrario, sean agresores masculinos o femeninos (López, et al., 1995).

Evaluación

La clasificación, por diferentes fuentes de investigación, del grado de severidad de la pedofilia coincide con la clasificación dicótoma que hemos usado con la condición anterior de Perpetrador de violación sexual, y consiste en dividir a quienes padecen de esta parafilia en dos niveles de intensidad, con correspondientes pronósticos respectivos. La terminología de la clasificación de los pedófilos varía de autor en autor, pudiendo denominarse a los subtipos en diferentes escritos profesionales *pedofilia de tipo exclusivo* versus de *tipo no exclusivo* (APA, 1994), *pedofilia de preferencia* versus *situacional* (Howells, 1981), *pedofilia invariante* versus *pedofilia psiconeurótica* (Glasser, 1990), o *pedofilia fijada* versus *pedofilia regresiva* (Groth, et al, 1982). En resumen, los pedófilos se clasifican nosológicamente según si su interés sexual en niños es *primario* y casi exclusivo, o si experimentan un interés sexual secundario en los niños que coexiste con un interés mayor hacia los adultos. El *pedófilo primario* se presenta clínicamente como persona inmadura, y muestra, además de su interés casi exclusivo en los niños, unas emociones infantiles, propias de la niñez, en las cuales dominan la impulsividad y el egocentrismo. El contacto sexual con adultos les provoca ansiedad y sensaciones de inadecuación. No

suelen tener sensaciones de culpabilidad por sus actos pedófilos y reinciden crónicamente durante toda la vida, o una gran parte de ella. En cambio, el pedófilo de segundo grado o pedófilo secundario, como le llamaríamos nosotros, presenta un desarrollo emocional más robusto y, por tanto, menos egocéntrico, y es capaz de mantener relaciones sexuales satisfactorias con adultos. Sin embargo, durante momentos difíciles de su vida, cuando experimenta estrés ambiental, padece de un estado anímico depresivo o encuentra obstáculos a la intimidad en su relación conyugal, sufre una regresión que facilita la búsqueda del consuelo en una relación infantil. La conducta pedofílica de esta segunda categoría es reactiva, esporádica y conlleva sentimientos de culpa y remordimientos en el perpetrador.

Tratamiento

El tratamiento clínico de la pedofilia, igual que el de la violación sexual, implica temas legales y éticos tales como el deber de informar a las autoridades de un caso activo de abuso de un menor, la obligación del paciente a estar en terapia por orden judicial, etc. Son temas que no siempre permiten una interpretación clara de las responsabilidades legales u ontológicas del clínico. Hace poco nos pusimos en contacto con las autoridades estadounidenses del Estado de Maryland, pidiendo una interpretación de los estatutos de aquel estado respecto al deber legal de un profesional sanitario de informar a las autoridades de cualquier caso de abuso sexual de menores que le viene a su aparecer. Como se puede prevenir, una ley así de extensa, la cual no reconoce el imperativo ético de mantener la confidencialidad para fines terapéuticos, crea grandes obstáculos para el tratamiento del pedófilo. En una carta, dirigida a la comisión de ontología del Estado de Maryland y al parlamento que redactó la ley actual de aquel estado, explicamos un caso en el cual recibimos una llamada anónima a nuestra clínica de un señor de unos 40 años, quien deseaba entrar en terapia para tratar una pedofilia de toda la vida. Él admitió haber abusado sexualmente de varios menores en el pasado, y expresó el deseo de recibir tratamiento psicológico para evitar la reincidencia. Preguntó a un miembro del nuestro equipo si tendrían los profesionales de la

clínica cualquier imperativo legal de denunciarlo a las autoridades. El psicólogo que recibió la llamada inicial tuvo que informarle que según la ley del Estado de Maryland un clínico está obligado a denunciar todos los casos de abuso sexual de menores que llegan a su conocer. En efecto, para recibir tratamiento, este individuo tendría que someterse al riesgo de castigos penitenciarios severos. Por supuesto, el señor no estaba de acuerdo con estas consecuencias, y no entró en terapia. Poco después de recibir esa llamada, nuestra clínica se puso en contacto con las autoridades de Maryland y pidió que nos interpretaran la ley respecto a este caso en concreto. Les preguntamos si habría alguna provisión para tratar a ese señor, y muchos otros como él, sin denunciarlo de antemano. Desdichadamente, la comisión de ontología nunca nos contestó. También nos pusimos en contacto con el senador que introdujo la legislación actual en el área del código penal para los perpetradores de abusos sexuales contra los menores, otra vez pidiéndole cómo la ley actual contemplaba casos como el de arriba. El senador, por muy honorable que sea, nunca respondió. De hecho, no nos sorprendió la falta de respuesta de las autoridades, porque la cuestión es verdaderamente complicada, y ellos han buscado una ley sencilla y tajante. ¿Cómo podrían contestar, sin admitir las deficiencias de su código, y, así, comprometerse, en un caso de carne y hueso que pedía una gestión humana y no institucional?.

El psicólogo que trabaja en el campo del tratamiento de las parafilias ha de estar bien enterado de la legislación pertinente en su jurisdicción. No obstante, como el ejemplo anteriormente expuesto demuestra, las leyes actuales no siempre facilitan el tratamiento de esta población, y las autoridades suelen huir de esta realidad en su afán de castigar sin, en muchos casos, remediar.

Una gran parte del tratamiento para el paciente que padece una *pedofilia secundaria* se basa en recalcar el daño que la explotación sexual de menores causa en la víctima. Como este grado de la pedofilia se caracteriza por remordimientos por parte del perpetrador, el hecho de destacar las secuelas que la explotación sexual desencadena en el desarrollo de una per-

sona de corta edad puede penetrar las defensas de negación y racionalización que se suelen ver con esta población de pedófilos.

Como la conducta explotadora en la pedofilia de segundo grado es, en gran parte, el resultado de determinadas frustraciones en la vida del perpetrador, es posible la identificación de los estímulos que disparan los impulsos pedófilos, y así prevenir su eventual expresión. Si a un paciente le resulta más probable *pecar* cuando, después de un periodo relativamente austero en sexualidad con su esposa, bebe alcohol, esa persona podría vigilar el alcohol durante los periodos de frustración sexual. También de gran utilidad en la terapia de la pedofilia secundaria es cualquier intento de resolver conflictos crónicos que predisponen a la persona a reincidir. En un caso como el que se acaba de exponer, una terapia sexual dirigida a la pareja trataría de reducir la privación al coito y, así, procuraría incrementar la satisfacción sexual entre los adultos, dando, en potencia, una ventaja en el tratamiento de la pedofilia. De igual manera, tratando el alcoholismo, la timidez, el aislamiento social o el matrimonio desierto de afecto serían intervenciones terapéuticas esenciales cuando se comprueba que la conducta pedofílica está condicionada por factores de estrés específicos.

El tratamiento del pedófilo de *primer grado* también requiere examinar con el paciente las consecuencias negativas de su conducta sexual en sus víctimas. Sin embargo, el pedófilo de primer grado carece de la misma capacidad de autorreflexión que el de segundo grado, y se percibe frecuentemente en la terapia que el paciente es mínimamente accesible cuando el psicólogo intenta hacerle apreciar, mediante la diseminación de información y la facilitación de empatía, del enorme daño de sus acciones.

La terapia propia del pedófilo de primer grado es la conductual, y en especial el condicionamiento. Tal terapia consiste en el condicionamiento aversivo de los pesamientos, imágenes e impulsos pedófilos, y en el condicionamiento nuevo de pensamientos, imágenes y conductas sexuales apropiadas. El uso de condicionamiento encubierto durante el cual la conducta pedófila es imaginada en el despacho del psicólogo y asociada a consecuencias nocivas

(como el estímulo desagradable de oler amoníaco o el de imaginar ser detenido por la policía) está combinado con la práctica de la masturbación (u otras actividades placenteras) asociada a imágenes que incluyen una relación sexual y afectuosa con un adulto. Mientras que el contracondicionamiento es opcional con el pedófilo de segundo grado, es imprescindible para el tratamiento del pedófilo de primer grado. El efecto del contracondicionamiento puede tardar unos meses en reducir el riesgo del comportamiento pedófilo, y es prudente en casos en los cuales el paciente no está encarcelado considerar emplear temporalmente un fármaco capaz de suprimir parcialmente el interés sexual.

El Tratamiento del compulsivo sexual

La compulsión sexual o, como se suele llamar, “la adicción sexual”, es un síndrome visto a lo largo de la historia humana. Los casos literarios, tanto ficticios como el de don Juan o verídicos como el de Casanovas, reflejan la propensión del ser humano a padecer de exceso en su afán sexual. Últimamente, el compulsivo sexual nos llega a la consulta con mayor frecuencia, debido a que las consecuencias perjudiciales de su conducta son cada vez más patentes, e incluyen el despido rápido del trabajo, en el caso del aficionado al acoso sexual o de la pornografía por Internet, el arresto y procesamiento del consumidor de pornografía de menores, y el contagio de enfermedades potencialmente mortales por el individuo promiscuo.

Evaluación

Cuando examinamos con atención las compulsiones sexuales, hallaremos que suelen caer en una de estas tres categorías: 1) “Adicción” al consumo de la pornografía, con o sin la masturbación acompañante; 2) “Adicción” al sexo pagado, es decir el sexo por teléfono o con prostitutas; 3) Promiscuidad con múltiples personas relativamente desconocidas.

Del primer tipo, la compulsión para consumir pornografía –sea la consumición de vídeos, revistas, novelas o Internet– existen dos subtipos que constatar: 1) Compulsión primaria hacia la pornografía, y 2) Compulsión secundaria hacia la pornografía.

La compulsión primaria hacia el consumo de la pornografía se desarrolla al principio de la vida sexual y se mantiene en potencia a lo largo de la vida. La persona que padece de esta tendencia ha experimentado un alto índice (casi diario) de masturbación acompañada de materia pornográfica desde una edad muy tierna, y ha llegado a preferir la excitación lograda con la ayuda de pornografía a la que resulta de tener relaciones sexuales con otra persona. Tal individuo mantiene un gran interés en el consumo de la pornografía y, parentéticamente, pero no necesariamente, en la masturbación, a pesar de tener acceso al sexo en pareja. Cuando hay coito, suele ocurrir la disfunción sexual de incompetencia eyaculatoria. En los trastornos de personalidades, la tendencia esquizoide está, en nuestra experiencia, relacionada con esta condición.

La compulsión secundaria hacia el consumo de pornografía se desarrolla situacionalmente, y suele resolverse cuando el contexto que la engendra se resuelve. Los que experimentan esta condición desarrollaron un patrón moderado de masturbación durante la etapa de pubertad, y mostraron un interés sexual tanto en masturbación como en contacto sexual con otra persona durante la adolescencia. De hecho, la persona mantiene la preferencia para el sexo en pareja durante la edad adulta, pero ocasionalmente se masturba, a veces con la ayuda de pornografía. El intermitente incremento en la pornografía siempre está ligado a la masturbación y coincide con restricciones de acceso al sexo en pareja. Esta condición no se diagnostica como trastorno si no incomoda a la persona o si no se convierte en un hábito disfuncional. A menudo, el tratamiento indicado es una terapia de pareja para explorar la diferencia del deseo sexual entre los dos compañeros.

Participar en el sexo pagado como consumidor no es, en sí, ninguna condición diagnosticable. No obstante, para algunos individuos esta inclinación conlleva consecuencias negativas de gran magnitud cuando llegan a preferir o a necesitar este contacto en lugar de una relación sexual de pareja. Para algunas personas el sexo por teléfono pagado es una verdadera compulsión, tanto como pueda serlo el sexo con prostitutas. Otra vez, se puede diferenciar una condición primaria

de una secundaria con la compulsión hacia el sexo pagado. En primer lugar, la condición primaria corresponde mayoritariamente a personas que desde jóvenes han tenido acceso al sexo pagado que, por falta de habilidades sociales debidas a la timidez, el esquizoidismo, a un trastorno de evitación u otros obstáculos interpersonales tales como la esquizofrenia, el trastorno de personalidad límite, etc., no han logrado trasladar sus atenciones sexuales a una pareja estable. Encontramos especialmente correlacionados con esta condición el trastorno de personalidad de inhibición social y el trastorno de personalidad compulsiva. En cambio, la compulsión secundaria del sexo pagado se desarrolla contextualmente, y suele servir como válvula de escape para la ansiedad y la tensión. Aún cuando se da de forma más frecuente en las personas con acceso sexual limitado dentro de su pareja, también ocurre a menudo en personas que buscan un sedante para aliviar tensión y ansiedad. En este sentido, de forma no totalmente disimilar al uso indebido del alcohol, el sexo pagado es un intento por parte de algunos de manejar el estrés.

La tercera categoría de compulsiones sexuales, la de la promiscuidad con múltiples personas relativamente desconocidas, abarca dos subtipos: el llamado "Síndrome de Don Juan", y el de la autodestrucción. Antes de proseguir, es necesario destacar que la promiscuidad puede existir transitoriamente por muchos motivos, uno de ellos—bastante visto—es la rebeldía en los adolescentes. Aquí queremos distinguirlo de otras formas de promiscuidad y concentrarnos sólo en los dos tipos mencionados arriba porque tienen una cualidad compulsiva, o sea, muestran una conducta que está fuera de la voluntad consciente del protagonista.

El síndrome de Don Juan corresponde a la compulsión de conquistar nuevas personas sexualmente. Este síndrome puede existir tanto en la persona casada como en la soltera, si bien el síndrome mismo suele interferir y, últimamente acabar, con una pareja estable. La raíz de este síndrome parece radicar en el narcisismo y una insaciable necesidad de la admiración de los demás y de la afirmación de uno mismo mediante la convalidación vicaria que viene de verse reflejado en los ojos de otra persona. La persona narcisista

tiende a sentir una gran inseguridad y huye de relaciones comprometedoras porque teme que a la larga se le descubrirían sus defectos. No todos los narcisistas encuentran su valor reflejado en la conquista amorosa de otra persona, pero es en la explotación interpersonal donde el narcisismo suele expresarse y, por consiguiente, se encuentra con frecuencia en la compulsión de entrar en múltiples relaciones sexuales.

El segundo tipo de promiscuidad compulsiva incorpora a la persona dependiente y masoquista que se ofrece a otras personas, no para ser afirmada, sino para ser explotada y, quizá, dañada. El móvil de este síndrome es la autodestrucción y la persona que lo padece se expone a situaciones precarias con personas anónimas. No suele utilizar protección en contra del contagio de enfermedades venéreas y acaba tarde o temprano con consecuencias perjudiciales para sí. Su compulsión no es, en el sentido normal, sexual, sino que el sexo es el vehículo con el cual comete el suicidio. Con suerte, la persona se despierta de su autoodio antes de cosechar una enfermedad grave. Muchos, desafortunadamente, mueren como consecuencia de este comportamiento compulsivo.

Tratamiento

Los tratamientos diferenciales de los primeros dos tipos de compulsiones sexuales, los del consumo de pornografía y del sexo pagado, siguen la división de subtipos en primer y segundo grado. Para las *compulsiones de segundo grado*, tanto en la del consumo de pornografía como en la del sexo pagado, la clave al tratamiento es la reducción del estrés y el incremento del acceso sexual en pareja. Métodos de manejo del estrés como el entrenamiento de la relajación, el manejo del tiempo, el ejercicio físico y el cultivo de un estilo de vida saludable son especialmente indicados para aliviar la compulsión sexual que proviene de intentos por parte del paciente de aliviar ansiedad y tensión mediante el sexo.

En la terapia de las compulsiones sexuales de segundo grado, también están indicados esfuerzos para reducir la frustración sexual que viene a raíz de una falta de acceso al sexo en pareja. La terapia de pareja o la sexoterapia propiamente dicha están indicadas donde hay pareja, y el entrenamiento en habilidades socia-

les en los casos donde haya la necesidad de lograr tener una.

En cambio, el tratamiento de las compulsividades sexuales de *primer grado* requiere una terapia más profunda en la cual el paciente procura transferir su preferencia para la pornografía o el sexo pagado al sexo en pareja. Como no se trata de una preferencia circunstancial, el desafío aquí es el de cambiar una preferencia duradera y bien arraigada. La terapia suele necesitar un contracondicionamiento que permita extinguir la preferencia original y, al mismo tiempo, cultivar la nueva dirección. Conjuntamente con el contracondicionamiento es importante investigar con el paciente sus motivos para querer cambiar. Si su compulsión no le es egodistónica, será difícil que el paciente se invierta en la terapia conductual si no hay otro imperativo que le motiva en serio. Una investigación a fondo de la motivación del paciente tiene la potencia de sacar a la luz las consecuencias negativas de la compulsión y, así, ayudar a sostener la motivación necesaria para triunfar con una condición de pronóstico tan reservado.

El tratamiento del tercer tipo de compulsión sexual, el de la promiscuidad, se basa en el tratamiento del narcisismo, o del histrionismo, que son las condiciones que están en el fondo del síndrome de don Juan, con una terapia más bien psicodinámica (Masterson, 1981) que permita cambiar la vulnerabilidad existencial del paciente mediante una transferencia/modeling con un terapeuta que muestra cómo el valor del individuo viene de mucho más allá de su atracción sexual o “sex appeal”.

En efecto, el paciente que sufre de la compulsión narcisista de ver su valor reflejado en el espejo de otro, mediante el aprecio sexual, requiere una terapia que parte de la suposición de que el paciente no vale por sí, sino que tiene que probarse, para evitar lo que más teme –el espectro de que no es apreciable, que es defectuoso o carente de atracción– y así reivindicarse en el área pública, ya que su auto-aprecio no le permite estar tranquilo con lo que es. Tal terapia sería, en principio, una terapia psicodinámica/humanista que engendra una sensación de libertad de ser como uno es. Al mismo tiempo, la terapia dirigiría al paciente hacia la obtención de una meta

loable: formar una relación duradera en la cual el paciente se ve reflejado, no por una proyección distorsionada, sino por el aprecio verdadero de otra persona.

Por último, el subtipo de la compulsión sexual que toma la forma de exponerse a todo tipo de peligros violentos y sexuales para, aparentemente, ser abusado o hasta matado por los malos tratos, es el diagnóstico más difícil de todas las condiciones parafílicas. Este tipo de compulsión va mucho más allá que los síntomas que presenta y suele formar parte de trastornos más sumergidos tales como el de borderline o el de esquizofrenia; hay que estar en guardia para que los síntomas no desvíen toda nuestra atención y esfuerzo clínico por su alto riesgo de daño al paciente y la necesidad de tomar medidas urgentes. La persona que se expone continuamente al contagio del SIDA sin tomar precaución alguna, o la persona que recibe repentinamente abusos físicos de una serie de “amantes” violentos sin preocupación real por su salud, es mejor tratada con terapias intensivas y largas que pueden incluir hospitalización, medicamentos psiquiátricos, y psicoterapia de grupo e individual. La terapia conductual-cognitiva puede formar parte en el tratamiento del síntoma de este tipo de compulsión sexual, pero no bastaría en sí en casos extremos.

EJEMPLO DEL TRATAMIENTO DE LAS PARAFILIAS, REFLEJADO EN UN CASO DE:

Compulsión sexual con tendencias pedofílicas

El paciente es un varón de 40 años que acudió a nuestro servicio después de ser despedido de su empleo por ver imágenes pornográficas por Internet en su trabajo. Era el cuarto trabajo que había perdido en los últimos dos años por el mismo motivo. No obstante, esta vez estaba motivado a buscar terapia, siguiendo los consejos de su abogado, puesto que la firma donde trabajaba, al llevar a cabo una inspección de su ordenador, descubrió guardadas imágenes pornográficas de menores. La policía había sido alertada y el paciente detenido por consumición de imágenes pedofílicas, lo cual es un delito en el estado donde el paciente reside.

El paciente poseía un nivel alto de educación, habiendo cursado un programa de doctorado en bellas artes antes de dedicarse a la informática, sector en el cual prosperaba. Era divorciado desde hacía 15 años, de cuyo matrimonio tenía una hija. Su primera mujer, según el paciente, se divorció de él por ser “aburrido”. Había contraído unas segundas nupcias hacía cuatro años con una mujer inmigrante de origen oriental. Su esposa actual, que también desempeñaba un cargo profesional, se quejaba de la inatención sexual por parte del paciente, pero se negaba rotundamente a participar en terapia, manteniendo que su cultura no permitiría hablar de tales temas con un tercero.

El paciente presentaba al inicio un desorden remarcable de ánimo. Su hablar era apresurado y sus ideas, aunque coherentes, eran tangentes. Admitía que su estado anímico fluctuaba de la aceleración a la depresión. Su historial mostraba impulsividad y poca constancia durante toda la vida. Su narrativa expresaba cambios frecuentes de trabajo y de domicilio. Era impaciente y se aburría de todo. En el terreno sexual, había experimentado con la homosexualidad, pero se consideraba heterosexual. A lo largo de su vida, había tenido encuentros con varias mujeres adultas, pero su único encuentro homosexual ocurrió hacía más de diez años cuando tuvo una sola relación con un adolescente. No había mantenido ningún contacto con menores desde entonces, pero sus fantasías sexuales estaban repletas de imaginaciones pedofílicas.

Prefería la pornografía a las relaciones sexuales realizadas con otra persona. Tenía poco interés en su esposa, a pesar de describirla como una mujer objetivamente atractiva. Sus fantasías incluían tanto mujeres como hombres, pero tendían a ser dominadas por imágenes de chicos y chicas de entre 12 a 14 años. Se masturba con pornografía, pero a veces contempla las imágenes sin la masturbación. Mantenía que en su trabajo sólo miraba la pornografía durante su descanso, y que no se masturbaba. Entraba en largos monólogos sobre la política sexual actual, y mantenía que sus derechos humanos habían sido violados al privarle de un trabajo y procesarle jurídicamente solamente por ver por Internet lo que a él le era de interés, mientras que sus colegas

podían mirar los resultados de fútbol por el mismísimo Internet con inmunidad absoluta.

Evaluación

Aunque el paciente sólo había consumado su interés pedofílico una vez, tenía características de un pedófilo de primer grado. Su interés en los menores era constante, y no correspondía solamente a momentos de frustración y estrés. No mostraba la menor comprensión de los daños asociados con la seducción de menores por adultos o de la explotación de los menores por la industria pornográfica, ni tampoco revelaba ningún remordimiento por el contacto que había tenido con un adolescente. Ni siquiera podía reconocer que su conducta era problemática y disfuncional en el sentido de haber sido el motivo de perder cuatro trabajos buenos. Se justificaba de tal manera que se veía a sí mismo como víctima de una sociedad reprimida.

Su compulsión sexual hacia la pornografía era, sin duda alguna, de primer grado. Había empezado muy joven con la pornografía, y seguía hasta el momento prefiriéndola a las relaciones reales; en efecto, era adepto del sexual virtual. Se masturbaba diariamente, y en el pasado llegaba a masturbarse varias veces al día.

Su relación con su mujer se había complicado por la pérdida del último trabajo, y ella le criticaba abiertamente por su falta de deseo sexual y por su falta de empuje en la vida. Antes de venir a vernos, tenía problemas con la erección cuando intentaba iniciar contacto con su esposa. Había acudido a su médico de cabecera, quien le recetó *Viagra*. Como era de esperar, sostenía una erección a medias con este fármaco, pero no disfrutaba del contacto sexual con su esposa ni llegaba a eyacular.

Tratamiento

Se le facilitó una derivación al psiquiatra de nuestra clínica, quien le recetó un antidepresivo para tratar su condición bipolar. Como ocurre en muchos casos, el antidepresivo le ayudó mínimamente a mitigar sus síntomas de depresión agitada mientras que eso sí le hizo bajar significativamente el interés sexual. Si hubiera sido un pedófilo activo habríamos estado agradecidos

por el descenso del libido, pero en este caso el paciente no corría gran riesgo de actuar sobre sus fantasías pedófilas, y la bajada en sensibilidad sexual impedía el trabajo terapéutico que ideábamos concerniente al contracondicionamiento.

Después de explicar al paciente la lógica detrás del método conductual, iniciamos un programa de seis semanas para desligar la excitación sexual del uso de la fantasía y la pornografía pedófilas y, paralelamente, cultivar el interés sexual con su pareja. Como es debido, comenzamos midiendo la línea base de su interés antes de empezar el tratamiento. Utilizando una escala de 0 a 10, el paciente cerró sus ojos e imaginaba a su mujer desnuda. La imagen le provocó el número de 4 en la escala de excitación sexual subjetiva. Seguidamente, cerró los ojos e imaginaba un niño desnudo de 12 años de edad. La imagen le proporcionó el número 10 en la escala de excitación sexual. Finalmente, cerró los ojos y se imaginaba mirando pornografía por Internet, viendo una mezcla de imágenes de adultos y de menores, de los dos sexos. Esta última fantasía le provocó una excitación sexual equivalente al número 9 de la escala subjetiva.

A continuación, comenzamos un programa de contracondicionamiento en el cual el paciente cerraba los ojos e imaginaba que estaba en la casa de un chico de 13 años. Estaban los dos desnudos, haciendo el amor. Esta imagen provocó en el paciente un 10 en nuestra escala subjetiva. A continuación describimos al paciente una fantasía en la cual la puerta de la casa se abría y los padres entraban. Dándose cuenta de la situación y, mientras que la madre gritaba, el padre avanza y ataca al paciente. En la fantasía que se le narraba, el paciente intenta cubrirse el cuerpo, y el padre le pega una bofetada que hace saltar sus dientes delanteros en pedazos. La descripción procedía con el paciente cayendo al suelo y el padre pegándole una patada en los genitales. Doblado de dolor y no pudiendo defenderse, la madre le arañaba la cara y le escupía a los ojos. Él intenta ponerse de pie para huir, pero el padre le rompe la mandíbula dándole un golpe con una botella de vino. Viendo sangre por todos los lados, cae boca abajo contra las baldosas, rompiéndose la nariz. Queda medio inconsciente en su sangre y vómito mientras oye a la madre hablando con la policía por teléfono.

Se paraba esta narrativa cada minuto durante cinco minutos para pedir del paciente que diera un número de excitación sexual. El Gráfico 1 presenta seis exposiciones de contracondicionamiento hechos en seis sesiones distintas, cada una de ellas realizadas con una semana de separación.

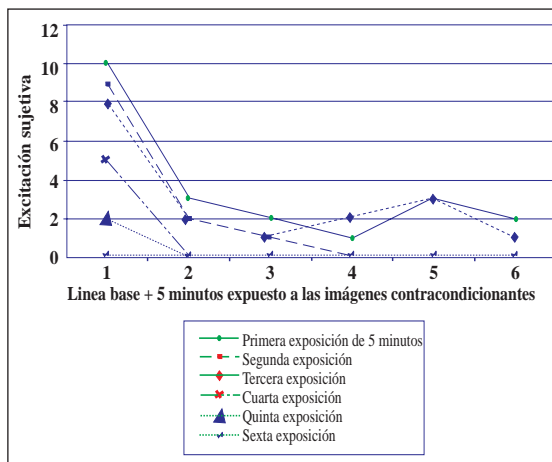


Gráfico 1
Contracondicionamiento en Cubierto del Interés Pedofílico

Después de un descanso de unos diez minutos, se realizaba un segundo contracondicionamiento en el cual el paciente fantaseaba que estando viendo pornografía por Internet en el trabajo, sus compañeros le descubrían y se reían de él despectativamente. Llamándole perverso, avisan al gerente, quien llama a la policía. Se encuentra sin trabajo, encarcelado, y divorciado de su mujer. Otra vez, se le preguntaba qué nivel de excitación experimenta al principio de la imaginación y cada minuto durante los cinco de aparejar la imagen con consecuencias negativas. El paciente indicaba que sentía una excitación de 9 al iniciar la primera sesión y, a continuación, daba a entender que su excitación bajaba dentro de cada sesión y también de sesión en sesión. El Gráfico 2 presenta los datos recogidos en seis sesiones realizadas durante el mismo periodo de seis semanas.

Como tarea en casa, se le pidió que se masturbara tres veces por semana, utilizando solamente imágenes de su mujer cuando fantaseaba durante la masturbación. Cada semana se le pedía antes

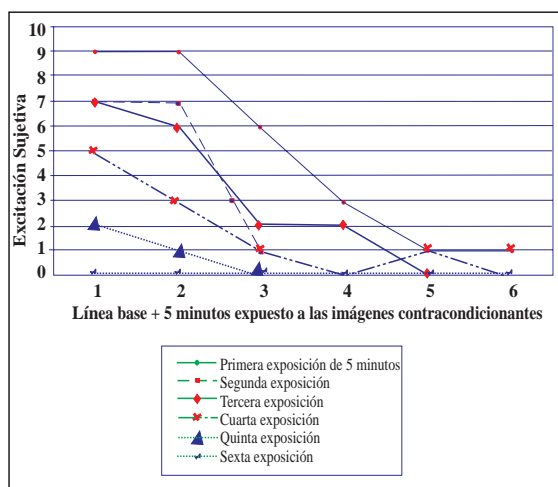


Gráfico 2

Contracondicionamiento en Cubierto del Consumo de Pornografía por Internet

de iniciar las sesiones de contracondicionamiento en cubierto que cerrase los ojos y que diera un número de excitación experimentada con la imagen de su mujer desnuda. El Gráfico 3 presenta la excitación que la fantasía de su mujer desnuda le provocaba a medida que pasaban las seis semanas de tratamiento conductual.

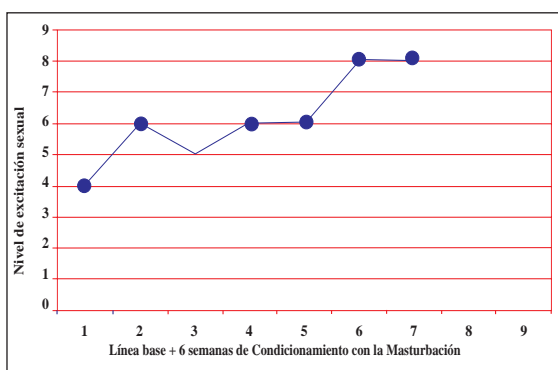


Gráfico 3

Excitación Sexual en Relación con la Imagen de la Esposa del Paciente

Después de acabar el tratamiento conductual, el paciente fue expuesto a una terapia cognitiva en la cual se investigaban sus ideas irracionales respecto al consumo de pornografía. Cada vez que procuraba justificar su conducta problemática, se le presentaban pruebas, sin juzgarle por

critérios morales en ningún momento, de que el consumo de la pornografía para él representa una enfermedad diagnosticable porque, a pesar de tener suficientes muestras de lo problemática que su conducta había sido para él, había continuado sin poder resistir la compulsión, todo y con haber cosechado consecuencias altamente nocivas. Evitando entrar en la polémica política que tanto gustaba a este paciente, se le mostraron muchos ejemplos de cómo el consumo de pornografía era un peligro para él, dado el ambiente social de tolerancia cero en esta materia, y dada la falta, casi total, de autocontrol de su parte. Si bien le costaba concentrarse en los argumentos racionales y no perderse por las ramas, al final de varias sesiones el paciente pudo admitir que sufría una verdadera compulsión, y que su control había sido escaso hasta el momento.

Tres meses después de haber empezado la terapia, el paciente ya no buscaba pornografía de menores. Empezó a tener más contacto sexual con su esposa, pero encontraba que le costaba mantener la erección, no tanto por falta de desearla, sino por temerla, ya que ella no dejaba de criticarlo. Tres meses después de haber acabado la terapia, el paciente seguía sin volver a buscar imágenes pornográficas por Internet. Sus relaciones con su mujer habían mejorado ligeramente cuando él encontró un nuevo trabajo, pero continuaba sufriendo de impotencia secundaria. Su mujer seguía negándose a participar en una terapia sexual. Él recurría a la pornografía en casa en forma de vídeos y revistas, y se masturbaba con imágenes de otras mujeres y hombres, pero siempre evitando cualquier imagen de menores de edad.

Para prevenir problemas originados por visualizar pornografía por Internet en el trabajo, se le aconsejó instalar un programa en el ordenador de su trabajo que cierra el acceso a direcciones pornográficas. También, para identificar que su búsqueda de pornografía en el trabajo venía en gran parte del aburrimiento del mismo trabajo, le aconsejamos que escribiese correos electrónicos a familiares y a amigos cuando el trabajo le aburría en vez de navegar por Internet. Así, se entendería con una actividad que potencia la integración social en lugar de su actividad habitual de aislarse de los demás mediante la fantasía sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alario S.:** Conceptualización, evaluación y terapia de la Paidofilia. *Revista de Psicoterapia*, 2000; 38-39, 123-160.
2. **Alario S.:** Intervención Psicológica en Víctimas de Violación. Valencia: Promolibro, 1993.
3. **APA.:** DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1995.
4. **Barbaree H, Marshall W, Hudson S.:** The Juvenile Sex Offender. New York: Guilford Press, 1993.
5. **Bernstein J.:** Handbook of Drug Therapy in Psychiatry. Boston: John Wright. PSG, 1983.
6. **Bradford J.:** The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In Marshall, Laws & Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press, 1990.
7. **Groth N. Et al.:** The child molester: Clinical observations. En J. Conte & D. Shore (Ed.), *Social Work and Child Sexual Abuse*. New York: Haworth, 1982.
8. **Howells K.:** Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of etiology. En M. Cook & K. Howells (Eds.) *Adult Sexual Interest in Children*. New York: Academic Press, 1981.
9. **Hunter J. & Mathews R.:** Sexual deviance in females. In Laws & O'Donohue (Eds.). *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press, 1997.
10. **Jenike, M.:** Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. En Jenike, Baer & Minichiello (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1990.
11. **Jensen S, Laws D, & Wolfe R.:** Reduction of sexual arousal: What to do and not to do. 13th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, San Francisco, California, 1994
12. **Knopp F, Freeman-Longo R, & Stevenson W.:** Nationwide Survey of Juvenile and Adult Sex Offender Treatment Programs and Models. Orwell, Vermont: Safer Society Press, 1992.
13. **Lange A, & Jakubowski P.:** Responsible Assertive Behavior. Champaign, IL: Research Press, 1978.
14. **Laws R, & O'Donohue.:** Fundamental issues in sexual deviance. In Laws & Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press, 1997..
15. **Levin S, Barry S, Gambero S, Wolfinsom L, & Smith A.:** Variations of covert sensitization in the treatment of pedophilic behavior: A case study. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 1977; 10, 896-907.
16. **López F, Et al.:** Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevaletia y efectos. *Infancia y Aprendizaje*, 1995; 71, 77-98.
17. **Macculloch M, & Feldman, M.:** Aversion therapy in the management of 43 homosexuals. *British Medical Journal*, 1967; 2, 594-597.
18. **Macculloch M, Waddington J, & Sabrook J.:** Avoidance and sexual attitude during aversive therapy for homosexuals. *Behavior Therapy*, 9, 1978; 526-577.
19. **Maletzky G.:** Assisted covert sensitization: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 4, 117-119.
20. **Maletzky B.:** Assisted covert sensitization in the treatment of exhibitionism. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 1974; 42, 34-40.
21. **Maletsky B.:** Orgasmic reconditioning. In Bellack & Hersen (Eds.). *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. New York: Pergamin Press, 1986.
22. **Maletsky G.:** Treating the Sexual Offender. Newbury Park, California: Sage, 1991.
23. **Maletsky G.:** Exhibitionism: Assessment and Treatment. In Laws & Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press, 1997.
24. **Maletsky B, & George F.:** The treatment of homosexuality by "assisted" covert sensitization. *Behavior Research and Therapy*, 1973; 11, 655-657.
25. **Marshall W, Earls C, Segal, & Darke J.:** A behavioral program for the assessment and treatment of sexual aggressors. In Craig & McMahon (Eds.), *Advances in Clinical Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1983.
26. **Masterson J.:** The Narcissistic and Borderline Disorders. New York: Brunner/Mazel, Inc, 1981.
27. **Mcconagui N.:** Sexual Behavior: Problems and Management. New York: Plenum Press, 1993.
28. **Murphy W.:** Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In Marshall Laws and Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press, 1990.
29. **Murphy W.:** Exhibitionism: Psychopathology and Theory. In Laws & Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press, 1997.
30. **Muse M.:** Las parafilias. *Revista de Psicoterapia*, 2000; 38-39, 113-121.
31. **Muse M.:** Introducció a la Teràpia Conductual Cognitiva: Pautes Teorètiques. Girona: Mensana Publications; 1996.
32. **Muse M.:** Prefacio al libro de Salvador Alario

-
- Intervención Psicológica en Víctimas de Violación. Valencia: Promolibro, 1993.
33. **Stoller R.:** Sexual Deviations. In F. Beach (Ed.) Human Sexuality in Four Perspectives. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1977.
34. **Tollison C, & Adams H.:** Love and Attraction: An International Conference. London: Pergamon Press, 1979.
35. **Walker P, & Meyer W.:** Medroxyprogesterone acetate treatment for paraphilic sex offenders. In Hays, Roberts & Solway (Eds.), Violence and the Violent Individual. New York: S.P. Medical and Scientific Books, 1981.
36. **Wincze W, Harsal S, & Malamud M.:** Effects of medroxyprogesterone acetate on subjective arousal, arousal to erotic stimulation, and nocturnal penile tumescence in male sex offenders. Archives of Sexual Behavior, 1986; 15, 293-305.