

Capítulo 30

Trastornos de la inclinación sexual. Del estigma a la clínica: las parafilias

J. M. Farré Martí, M. G. Lasheras Pérez

INTRODUCCIÓN

Si hay una conducta sexual sujeta al estigma esta es la parafilia. Etiquetados como *perversión*, *desviación* o *aberración*, rechazados por la sociedad y en ocasiones despreciados por sí mismos, los parafilicos han recorrido un largo y espinoso camino hasta ser reconocidos como enfermos por las clasificaciones nosológicas psiquiátricas. De hecho no fue hasta 1980 que aparece el término parafilia en el DSM-III reclasificado en los trastornos psicosexuales.

Acuñado el término a partir de la conexión de las palabras griegas “pará” *cerca de* y de “philein”, *amar*, podríamos considerar parafilicos a aquellos sujetos cuya activación sexual es ante objetos, sujetos o situaciones que no forman parte de las *pautas normativas habituales* de excitación sexual. Los parafilicos están sujetos a fantasías o realidades sexuales realmente insólitas, extrañas y relativamente pocos comunes que se convertirán en el foco principal y, a veces, exclusivo de su comportamiento erótico. Lo de la exclusividad ha hecho exclamar a Gregeresen, 1988 (1) que no podría actualmente hablarse de parafilia en el caso de que un hombre se sintiese atraído por las mujeres como tales, pero si tan sólo se sintiese excitado por las pelirrojas, de más de un metro ochenta y calzadas con botas de cuero negro, entonces la cosa cambia.

En la CIE-10 (2) los criterios son fundamentalmente tres (F66): 1) Impulsos sexuales y fantasías de carácter recurrente e intenso que implican objetos y actividades inusuales; 2) actúa de acuerdo a los impulsos o siente un marcado malestar a causa de estos y 3) la tendencia se ha presentado al menos durante seis meses. El término “parafilia” es epígrafe propio de la DSM-IV (3), como ya hemos dicho. En la Tabla I observamos las semejanzas y diferencias entre las dos clasificaciones. Estamos de acuerdo con el comentario sobre el prefijo utilizado en la atracción por niños; paidofilia es claramente más elegante.

La tendencia global de las parafilias es hacia la insistencia, la resistencia a la excitación de sus fantasías y acciones reales y una dependencia que recuerda la de los toxicómanos, lo cual se ha prestado a confusión con las adicciones sexuales, como ya analizaremos más adelante. A no confundir nunca con los actos parafilicos ocasionales a los que se entregan no pocas parejas que desean imprimir algo de variedad en sus técnicas sexuales habituales. Morder, arañar, observar desnudar al compañero, es algo relativamente habitual y totalmente inocuo en el comportamiento sexual *normativo*. Es más, en el conjunto de las fantasías estudiadas por Wilson, 1979 (4) el análisis factorial agregó una tipología de cuatro factores, dos de los cuales podrían ser considerados *parafilias*: el impersonal y el sadomasoquista. En el impersonal se encuentran items como *observar el acto sexual de otros*, *sentir*

Tabla I
Comparación entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de la iniciación sexual

F65 Trastornos de la inclinación sexual	Parafilias
F65.0 Fetichismo	302.4 Exhibicionismo (F65.2)
F65.1 Travestismo fetichista	302.81 Fetichismo (F65.0)
F65.2 Exhibicionismo	302.85 Froteurismo (F65.8)
F65.3 Escoptofilia (voyeurismo)	302.2 Paidofilia (F65.4)
F65.4 Paidofilia	302.83 Masoquismo sexual (F65.5)
F65.5 Sadomasoquismo	302.84 Sadismo sexual (F65.5)
F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual	302.82 Voyeurismo (F65.3)
F65.8 Otros trastornos de la iniciación sexual	302.3 Travestismo fetichista (F65.1)
F65.9 Trastornos de la inclinación sexual sin especificación	302.9 Parafilia SOE (F65.9)
Nota: F65 incluye: Parafilias. Excluye: Problemas asociados con la orientación sexual (F66). F65.1 incluye: Fetichismo travestista. F65.5 incluye: Masoquismo; sadismo. F65.8 incluye: Froteurismo; necrofilia. F65.9 incluye: Desviación sexual sin especificar.	Nota: La versión española "oficial" del DSM-IV traduce: 302.2 Pedofilia (término correcto cuyo prefijo creemos poco feliz). 302.85 Froteurismo (con dos "r").

se excitado por el caucho o el cuero, seda o pieles o utilizar prendas de vestir del sexo opuesto, y en el sadomasoquista, azotar o golpear o ser azotado o golpeado en el trasero, atar a alguien, o ser atado, exhibirse provocativamente, obligar o ser obligado a hacer algo. A destacar que los dos tipos de fantasía eran más frecuentes en hombres que en mujeres.

Wilson ha constatado que la predilección por el masoquismo suele coexistir con el sadismo, en la misma persona. Hombres y mujeres tienen más fantasías cuanto más actividad sexual; Brown, 1977 (5) descubre que las mujeres sexualmente experimentadas declaraban el doble de fantasías que las que no. La única fantasía que muestra una vinculación real con el impulso escaso es la de incesto en los hombres, y la razón de este fenómeno no está clara. A su vez, en las mujeres la mayoría de las fantasías se producen paralelamente a las declaraciones de vida sexual satisfactoria, mientras que las fantasías masculinas están asociadas con sentimientos de insatisfacción. Eysenck da una explicación que puede ser discutida pero que tiene interés: *Probablemente la mejor explicación del fenómeno consiste en apelar a los conceptos de oferta y demanda*. En gran medida, el placer sexual es de un estímulo pedido por los hombres y suministrado (condicionalmente) por las mujeres. Si se acepta que los hombres por término medio poseen un mayor ímpetu sexual que las mujeres (por la testosterona o por cualquier otra razón), debemos concluir que los hombres tendrán más dificultades en hallar pareja femenina con (o contra) las cuales satisfacer sus deseos. Como resultado lógico, habrá

un exceso de varones con fantasías insatisfechas, que se lamentarán de una vida sexual insatisfactoria. Y como corolario de la cuestión, las mujeres llenas de lujuria –que suelen ser denominadas ninfómanas por moralistas que se disfrazan de psiquiatras– no tendrán mayores problemas para encontrar diversión sexual en el vasto continente de la lascivia masculina. En consecuencia, no se quedarán insatisfechas durante demasiado tiempo. La validez de este argumento se ve respaldado por el hallazgo de que la puntuación masculina en impulso sexual siempre es más alta que la de las mujeres, pero éstas se manifiestan más satisfechas de su vida sexual.

Si en una cosa están de acuerdo psiquiatras y algunos conductistas es en la importancia de la fantasía sexual en los orígenes de las variaciones sexuales, siguiendo la teoría del *imprinting*. Así, un ejemplo sería el siguiente: un niño se masturba. Su madre lo castiga mientras lo amenaza con dañarle el pene si lo repite. Las primeras fantasías eróticas masturbatorias podrían ser sadomasoquistas. A través de un ciclo de modificación del incidente original adquiere el control exclusivo de la excitación sexual del individuo.

Hay unos criterios de gravedad en las parafilias, a saber:

Leve. El sujeto se encuentra marcadamente afectado por las necesidades parafilicas que se presentan de forma recurrente pero nunca ha actuado de acuerdo con ellas.

Moderado. El individuo ha actuado solamente en algunas ocasiones.

Grave. La actuación ha sido reiterada y repetida.

EL CONCEPTO DE ANORMALIDAD Y LA CUESTIÓN PARAFÍLICA

Uno de los efectos menos admirables de la liberación sexual es que ha puesto de moda la alusión o el repudio de dos conceptos esenciales para la comprensión científica de la conducta sexual: los conceptos involucrados en la dicotomía *adecuado-anómalo*. La mayor parte de los radicales sexuales, hipersensibles a la sospecha de que puedan albergar la mínima huella de actitudes moralistas absolutas, suponen que el término *anómalo* es *pecaminoso*, *degenerado* y *perverso*. El propio Kinsey (6) tuvo parte de culpa; en su celoso esfuerzo por reemplazar la reflexión moralista por la investigación científica desapasionada, amplió el significado de la palabra *normal* para incluir muchas conductas a las que se consideraba más allá de todo límite. El resultado fue, por lo general, saludable, pero introdujo serias confusiones en el problema. Kinsey sugirió que lo que era común y normal entre otros mamíferos era, a partir de este indicio, biológica y psicológicamente normal en los seres humanos de todo el mundo. Kinsey, en su afán por meter el dragón del prejuicio moralista, causó quizás un excesivo exterminio.

Datos epidemiológicos

Las dificultades para conocer datos exactos sobre la epidemiología de las parafilias provienen de que se trata de una conducta oculta, siendo la mayoría de los datos provinientes de los archivos judiciales o de la clínica. Es probable que sean relativamente raros, aunque quizá las más comunes sean el sadomasoquismo, el fetichismo, la pedofilia, el voyeurismo y el exhibicionismo, no exactamente por este orden, que proporcionalmente desconocemos. En la clínica, los pacientes que más consultan son los pedófilos, los exhibicionistas y los voyeuristas. Virginia A. Sadock (1989) (7), apellido que parece predestinado para estos estudios, ha presentado una tabla clínica de frecuencia de estas parafilias en pacientes ambulatorios, que podría tratarse de una aproximación plausible desde el punto de vista clínico (Tabla II). La extrema variación en los actos parafílicos de los pacientes tomados como entes individuales, hará aún más difícil la *ratio* epidemiológica.

En cuanto al sexo, las parafilias pesan abrumadoramente en el deber de los varones. A excepción del masoquismo sexual, en el que las cifras indican una proporción de 20 hombres por cada mujer, las restantes parafilias se diagnostican raramente en el sexo femenino. Las hipótesis para explicar esta distribución genérica son interesantes pero claramente incompletas. La primera de ellas afectará tanto al impulso como a la violencia. Así, el varón tendría más impulso sexual, por razones androgénicas, lo cual sería responsable de que se excitara con una

Tabla II
Frecuencia de parafilias y actos parafílicos en la clínica ambulatoria

Diagnóstico	Porcentaje aproximado de parafilias (%)	Cantidad media de actos parafílicos por parafilia
Pedofilia	45	5
Exhibicionismo	25	50
Sadismo sexual	3	3
Masoquismo sexual	3	36
Voyeurismo	12	17
Fetichismo	2	3
Fetichismo+travestista	3	25
Zoofilia	1	2
Froteurismo	6	30

Según datos recogidos por V. Sadock en EE.UU.

mayor variabilidad de recursos y objetos sexuales. De ahí que *cayera* con más facilidad en la variante parafílica. Sobre la relación con la violencia, hablaremos más adelante. Curiosamente la misma proporción estadística se dará en los trastornos de identidad del género (p. ej. el transexualismo), lo que hace pensar en mayores dificultades *para seguir la norma* en los varones, por tener más puntos débiles –y una mayor complicación– el entramado de la identidad genérica en los hombres. Permítanos el lector una metáfora para la comprensión inicial de estas dificultades varoniles: cuando se refiere al varón y la hembra, la Biblia toma como base a Adán, y le quita algo –una costilla– para generar a Eva.

A la luz de las investigaciones actuales, deberíamos tomar como base a Eva –la gónada indiferenciada inicial no es neutra ya que su tendencia es inexorablemente femenina– y pensar que se le agrega algo –los andrógenos– para crear a Adán: a partir de aquí, la carrera de relevos es un constante sobresalto que contrasta con la paz con que transcurre la identificación femenina. Habría mayor facilidad de *fallar* en el devenir masculino, con distorsiones más frecuentes en la identidad del género, siendo las parafilias manifestaciones indirectas de las insuficiencias (o quizá en estos casos, *exceso de suficiencias*) masculinas.

Siguiendo con estos argumentos, la segunda hipótesis –que es una modalidad de la primera– para explicar las diferencias genéricas epidemiológicas en las parafilias, la deberíamos a Eysenck y Wilson (1976; 1979) (8). Para estos autores, las hembras poseen mayor capacidad discriminatoria en asuntos sexuales que los machos. En los animales, son las hembras quienes se encargan, por lo general, de la

tarea de reconocer si la pareja pertenece a la especie adecuada, evitando así un apareamiento híbrido. Así, los varones presentarían mayor variabilidad sexual porque *pueden permitirse el lujo de desperdiciar su semen*. En la época de la anticoncepción controlada, esta hipótesis es de un antropomorfismo algo tronado, pero tiene ciertos elementos de interés reduccionista. Siguiendo en esta línea, podríamos considerar que en el varón el impulso sexual sería un imperativo siempre dispuesto a pasar a la acción y conseguir satisfacción con *compensaciones* parafilias.

Podríamos considerar una tercera hipótesis que vendría marcada por las diferencias interhemisféricas. Los impresionantes descubrimientos sobre las diferencias interhemisféricas han disparado gran cantidad de opiniones, más o menos descabelladas, sobre las posibilidades estimulares de los dos sexos.

El intercontrol de los dos hemisferios y la consolidación de los conocimientos tanto sobre el izquierdo (lenguaje, pensamiento lógico, matemático y analítico), como sobre el derecho (percepción espacial, pensamiento concreto, comprensión, relaciones complejas y capacidad artística y musical) han permitido presuponer una excitación más rápida en los hombres de las imágenes a distancia ocular, mientras que las mujeres son levemente más dependientes de la intimidad del tacto. Ahora bien, el contenido de las imágenes de la excitación sexual en el cerebro no están preordenadas de forma rígida en el momento de nacer. Normalmente, esperamos que las imágenes del sexo opuesto –o sin firmas parafilias, las del propio sexo– sean las que provocan la excitación sexual. Sin embargo, tales imágenes pueden ser sustituidas por otras atípicas, idiosincráticas o bizarras en el condicionamiento temprano, como vimos al hablar del efecto *imprinting*, lo que puede ser absorbido y asimilado deviniendo estables en las fantasías varoniles posteriores.

ASPECTOS NOSOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE LAS PARAFILIAS

Si bien nos basaremos en las vertientes descritas específicamente por el CIE-10 y el DSM-IV, observaremos en la Tabla II la gran cantidad de parafilias descritas en los humanos, entre las cuales destaca una que se incrementa día a día: las llamadas telefónicas de tinte erótico u obsceno.

Analicemos una por una las parafilias más conocidas:

FETICHISMO

En el siglo XVIII se introdujeron en Francia las llamadas *pommes d'amour* (manzanas del amor) con notable éxito. Este artificio de invención japonesa,

consistía en dos pequeñas esferas de metal que se introducen en la abertura vaginal. El efecto erótico del ingenio (Gregersen, 1988), proviene de los movimientos de las esferas y sus vibraciones cada vez que la pelvis cambia de posición. He aquí uno de los tantos curiosos fetiches que la humanidad ha utilizado para incrementar el placer sexual. Todos tenemos algo de fetichistas, como lo demuestran no solamente las costumbres arraigadas en cualquiera de las sociedades que se pueden explorar, ya hemos nombrado el estudio de Wilson sobre las fantasías habituales, pero el fetichista parafilico se enardece fundamentalmente fantaseando o actuando casi exclusivamente con un objeto fetiche. Al igual que en otras parafilias, ahí está la diferencia.

El *fetichismo* representa uno de los diagnósticos más difíciles debido al solapamiento entre este y otros trastornos. La CIE-10 considera como elemento primordial del diagnóstico el criterio de que el fetiche (objeto inanimado) sea la fuente más importante de estimulación sexual, es decir, esencial para una respuesta sexual satisfactoria (F65.0). En cuanto el DSM-IV, amplía algo más el concepto y lo define con los siguientes criterios:

a) Durante un período de por lo menos seis meses, fantasías sexualmente recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el uso de objetos no vivientes (por ejemplo, ropa interior femenina).

b) Las fantasías sexuales, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

c) Los fetiches no deben ser sólo artículos de vestir femeninos como los utilizados para travestirse (fetichismo travestista) o aparatos diseñados a propósito de estimular fácilmente los genitales (vibrador).

d) La especificación de que el fetiche tiene que ser un objeto sin vida evita aplicar este código a aquellos individuos que se excitan intensamente con determinadas partes del cuerpo como los pies, el cabello o las rodillas. Estas últimas preferencias se aplican al parcialismo, una de las parafilias no especificadas (F65.9 CIE-10, 302.9 DSM-IV). El objeto activante bien se emplea durante la masturbación o bien lo lleva el otro miembro de la pareja durante la actividad sexual con el fin de facilitar el funcionamiento sexual de los fetichistas, que podrían presentar una falta de erección si no pudieran llevar puesto, oler o frotarse contra los genitales el fetiche (sobre todo en la autoestimulación).

e) La lista de objetos utilizados como fetiches podría ser exhaustiva; acostumbra a incluir artículos comunes de la ropa interior femenina con variaciones como pueden ser el uso de ligas, los clásicos objetos de caucho o goma, *slips* o zapatos más o menos *especiales* siendo las botas específicamente del gusto de los fetichistas, como si quisieran dar la razón a la experiencia de Rachmann (que veremos más adelan-

te). Mitchell (1954) (9), llegó a encontrar un fetichista de agujas imperdibles que, como veremos, presentaba una patología cerebral concreta asociada. Partes tan atrabiliarias como los pies o el pelo pueden llegar a ser considerados compulsivamente como objetos de erección inmediata por el fetichista. Y es que los fetichistas pueden llegar al extremo del robo para añadir a su colección la prenda o el objeto que les obsesiona.

f) Según McConaghy (1993) (10) estos robos son la causa de muchas de las detenciones que sufren los fetichistas, lo cual a su vez desencadena la consulta profesional. En la muestra de Kolodny, Masters y Johnson (1985) (11) uno de sus pacientes tenía como fetiche los zapatos de tacones altos de las mujeres, y con el tiempo había acumulado más de un millar de pares; según los mismos autores, los tenía catalogados y los mantenía ocultos en un altillo para que su esposa no los descubriera.

g) En un estudio con 48 sujetos, Chalkley y Powell (1983) (12) encontraron que aproximadamente el 60% prefería elementos de vestir, el 23% se activaban por elementos de goma, el 15% escogía el calzado y el 15% prefería partes del cuerpo (parcialismo), mientras que el resto se excitaba sexualmente por estímulos que iban desde el cuero hasta el nailon. En esta muestra, el 44% prefería llevar el elemento, el 23% disfrutaba viendo que el objeto lo llevaba otra persona y el 37,5% robaba habitualmente el fetiche sea en los tenderos, en las lavanderías públicas o entrando ilegalmente en las viviendas.

Sea cuál sea el caso, la distancia que se establece entre fetichistas y sus *partners* puede llegar a ser amplia si, como pasa en otras parafilias, la pareja se resiste al juego parafilico. A destacar, que en la mayoría de informes clínicos se han encontrado porcentajes significativos de fetichistas que se habían visto envueltos previamente en otras parafilias (p. ej. exhibicionismo, frotteurismo, pedofilia o voyeurismo) lo cual se repetirá en la mayoría de las parafilias estudiadas.

h) Wilson y Gosselin (1980) (13) encuestaron a 87 miembros de una sociedad fetichista de la goma, a 38 miembros de un club similar de fetichistas del cuero, a 133 miembros de grupos sadomasoquistas y a 285 miembros de una organización de travestidos y homosexuales. El hallazgo más significativo fue el solapamiento entre los grupos: el 88% de los fetichistas realizaban actividades sadomasoquistas y el 63% estaba implicado en el travestismo. Así y todo las controversias sobre la concurrencia de *parafilias múltiples* en el mismo sujeto es constante. McConaghy (1993) concluyó que era un hecho ocasional, contradiciendo a Abel et al (1987) (14) que lo consideraban muy frecuente. Nosotros nos inclinamos más a considerar raro que una persona transporte varias parafilias y más aún que cambien de una a otra.

Edad de comienzo

Por lo general, el trastorno empieza en la adolescencia aunque el fetiche puede haber tenido ya una especial significación durante la infancia. Una vez establecido el trastorno, tiende a hacerse crónico.

Diagnóstico diferencial

La experimentación sexual no patológica puede implicar la excitación sexual a través de objetos no humanos, pero este estímulo para la excitación no es preferido ni requerido de forma persistente.

En el fetichismo travestista la excitación sexual se limita a los artículos de vestir genuinos utilizados para travestirse.

A destacar, que el objeto se utiliza –casi sin excepción– durante la masturbación y se incorpora a la actividad sexual con un compañero con objeto de lograr la excitación sexual. Sadoff (1989) (15) considera que hay dos tipos de fetiches el *duro* (objetos de caucho y cuero) y el *blando* (pieles, plumas, etc.). El especial atractivo del cuero y de la goma, probablemente se debe al hecho de que su textura se parece a la de la piel humana en mayor grado que en otros materiales. Gosselin (1979) (16) –con datos muy empíricos– ha defendido la hipótesis de que los fetichistas de artículos *duros* suelen constituir un grupo tímido y pudibundo. Por lo general, y como hemos dicho, los fetichistas coleccionan estos objetos y pueden llegar muy lejos –incluso al robo– para añadir a su colección la prenda u objeto concreto que les obsesiona. Algunas veces, el fetichista necesita que su pareja haga uso del fetiche de una forma especial para que éste surta efecto: por ejemplo, la frotación de los genitales con una prenda de seda, o la exigencia de que la compañera lleve ligas negras y zapatos de tacón alto. En la mayoría de los casos, los fetichistas no tienen costumbres peligrosas para los demás, persiguiendo el uso del objeto fetiche en privado.

Hay escasos estudios psicopatológicos fiables sobre el fetichismo, quizá porque es relativamente rara tanto la consulta clínica, como la derivada de demandas judiciales. Aprovechamos para decir que una abrumadora mayoría de parafilicos suelen llegar a la consulta sólo cuando su conducta les ha puesto en conflicto con la sociedad. Sin embargo, es el fetichismo la parafilia que ha sido más estudiada por los teóricos del condicionamiento para reforzar la tesis a favor del aprendizaje de este tipo de comportamientos sexuales, hasta convertirse en el paradigma de estas teorías.

Rachman (1966) (17) asociaba, en voluntarios sanos, diapositivas de un par de botas negras de mujer (estímulo condicionado, EC) que eran presentadas ante el estímulo incondicionado (EI), que consistía en diapositivas de una atractiva chica desnuda. La respuesta a condicionar (RC) era la erección peneana,

que se midió con un pletismógrafo. Entre 24 y 65 ensayos los sujetos condicionaron un *fetichismo* a las botas negras, mediante la combinación continuada EC-EI-RC, fetichismo que se generalizó a zapatos negros de tacón alto. A destacar, que se extinguió al cabo de un tiempo de no presentación del EI, como acostumbra a ocurrir en estos casos, si bien apareció una recuperación espontánea.

Curiosamente, es también en el fetichismo donde se han objetivado datos para pensar en ciertos factores de disfunción cerebral que explicaran este fenómeno. Así Mitchell (1954) describió en un sujeto afectado por una epilepsia del lóbulo temporal y fetichismo de agujas imperdibles, la presencia de crisis convulsivas desencadenadas por la visión del fetiche. Epstein (1961) (18) también descubrió que las lesiones del lóbulo temporal están vinculadas con la conducta fetichista.

Existe un antiguo pero apasionante informe relativo a un fetichismo de la goma, que se desarrolló autónomamente en una pareja de gemelos idénticos (Gorman, 1964) (19) y que intenta reforzar las escasas teorías genéticas sobre el origen de este tipo de comportamiento. Uno de los gemelos recordaba como experiencia placentera inicial el hecho de que su madre, cuando él tenía cinco años, le dejaba sobre una superficie de goma después de bañarlo. El frotarse el cuerpo contra la goma le producía una sensación excitante, que a partir de entonces trató de repetir con frecuencia. El otro gemelo manifestó la aparición de un incidente similar a la edad de seis años, y el desarrollo de su conducta siguió un curso semejante. Ninguno de los dos supo nada de este fetichismo hasta que a los diez años lo comentaron por primera vez. Persistió hasta la edad adulta, sin mostrar un exceso de interés por abandonar su parafilia, que consideraban algo *natural* en su personalidad, lo cual es un rasgo muy frecuente en las parafilias, que dificulta el tratamiento.

TRAVESTISMO FETICHISTA

En los criterios específicos del CIE-10 el travestismo fetichista (F65.1) se distingue por vestir ropas o atuendos del género opuesto para crear la apariencia y el sentimiento de ser un miembro de este. Esta inversión del vestir está íntimamente relacionada con el deseo sexual; una vez alcanzado el orgasmo, hay un intenso deseo de quitarse las ropas fetiches.

Los rasgos fetichistas según la DSM-IV (302.3) incluyen:

A) Durante un período de por lo menos seis meses, intensas necesidades sexuales recurrentes y fantasías sexuales excitantes en un varón heterosexual, que implican el acto de travestirse.

B) La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbado por ellas.

C) No se cumplen los criterios de trastorno de identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta, de tipo transexual, o transexualismo.

Todos los autores están de acuerdo en que el travestismo como parafilia se da fundamentalmente en sujetos heterosexuales. En las estadísticas de Prince (1967) (20), sólo el 29% de los sujetos consultados admiten conductas o tendencias homosexuales; cierto que hay homosexuales que se travisten –en aras del espectáculo, de la prostitución, simplemente por placer estético o por histrionismo– pero ello no guarda relación con la excitación sexual. El DSM-IV es especialmente estricto en este criterio y “elimina” a todos los hombres homosexuales que se visten con ropas del sexo opuesto. Para Bradley (1991) (21), en los casos en que las propiedades eróticas de vestirse con ropa del sexo opuesto decaen con el tiempo, se debería revisar el diagnóstico y considerar la posibilidad de un trastorno por identidad del género, todo lo cual complica el diagnóstico diferencial para el fetichismo travestista.

En líneas generales, se trata pues de hombres heterosexuales, normalmente casados y con hijos. En algunas ocasiones, mantienen en secreto su condición incluso para sus esposas. Un tercio de la muestra de Croughan y de Beaumont (1981) (22), presentaba fantasías sadomasoquistas, pero solamente un 4% llevaban a la práctica estas fantasías. En otro estudio de Prince (1972) (23), el 64% estaba casado y un 75% tenían hijos. En 1/3 de los pacientes el elemento preferido durante la relación sexual, era un camisón. En el 80% de los casos, las esposas conocían la particularidad de sus maridos y un 50% lo aceptaban. A destacar que el 70% de los encuestados (504 en total) se describía a sí mismo como “hombres que trataban de expresar su lado femenino”. Según Docter (1988) (24), los travestistas parecen ser más ansiosos, introvertidos y emotivos que un grupo control. A pesar de que se considera un fenómeno no raro, es difícil dar cifras de prevalencia, aunque McConaghy (1993) la estimó en menos del 1% de la población general.

Podríamos considerar tres grupos de travestistas: en el primero, el placer se obtiene con simples prendas de vestir femeninas (*panties*, ropa interior de seda o sostenes). Colocadas estas vestimentas sirven de preludio a una masturbación o impulsan a que ocurra una relación heterosexual. Como ya es habitual, la textura, el estilo y la calidad de estos avalorios textiles tienen un particular para el travestista. Un paciente de nuestra muestra era uno de los mejores expertos de Barcelona (incluidas las mujeres) en corsetería, y frecuentaba las tiendas más refinadas, en donde era considerado un cliente exigente y riguroso.

El segundo grupo se distingue por un desarrollo del deseo alrededor del acicalamiento y vestir femeninos sea total o parcial, y pretender incluso *pasar por mujer* durante un tiempo que puede oscilar en-

tre minutos y horas. Si bien la excitación sexual está normalmente asociada a esta circunstancia, con el paso del tiempo el travestismo va asumiendo un rol más asexual y se circunscribe fundamentalmente a la reducción de la tensión y la ansiedad.

El tercer grupo es el paroxismo del segundo: el acto de travestirse se extiende a períodos de tiempo más amplios incluyendo el equívoco femenino. Estos fetichistas son los que poseen un extenso guardarropa, se convierten en peregrinadores de tiendas femeninas e invierten un considerable tiempo en contemplarse vestidos ante el espejo y –sin embargo– al contrario de los transexuales no se identifican genéricamente como mujeres, a pesar de lo cual son los que más posibilidades tienen de desarrollar con el tiempo una condición transexual.

Aquí es donde el experto tendrá trabajo en diferenciar al fetichista que se mantiene como tal del transexual, ambiguo primero pero que se coloca después de forma clara en el pelotón de los que quieren invertir el género. Se trata de un pequeño grupo que deseará el cambio quirúrgico u hormonal. Debemos entonces, inexorablemente, cambiar nuestro antiguo diagnóstico y considerarles transexuales.

El curso del trastorno es usualmente crónico, si bien pueden presentarse breves remisiones espontáneas del cuadro, de meses e incluso años.

Los períodos de estrés como en otras parafilias incrementan las prácticas travestistas. Las esposas pueden tolerar más o menos a regañadientes la situación, si bien muchas consultas vienen motivadas por los *ultimatums* femeninos al marido travestista. Debemos siempre excluir del diagnóstico aquellos casos que son secundarios a enfermedades de otro estilo (demencia, epilepsia, toxicómanos).

Por lo común, el hábito comienza ya en la niñez o en la primera adolescencia con las primeras masturbaciones; lo que ha disparado tanto hipótesis genéticas –nunca comprobadas– como las derivadas del condicionamiento, sea provocado por los propios padres que visten al niño con prendas femeninas (¿rechazo por deseo de una niña?, ¿el padre sería también un travestido?: desgraciadamente las dos opciones se apoyan en casos individuales y parecen más sujetos al propio folklore de los individuos que padecen el trastorno que a la realidad comprobada).

La masturbación y el refuerzo de las fantasías y prácticas travestistas serían cardinales en estas teorías, extinguiéndose progresivamente el placer por la práctica heterosexual normativa.

Dentro de los factores diversos que pueden operar en la eclosión del proceso, es de suponer que algunos factores de personalidad podrían potenciar los resultados finales: la inseguridad o la timidez podrían estar presentes previamente pero no son condiciones *sine qua non*.

Ya adultos, la mayoría de los travestidos realizan los cambios en la intimidad de su hogar, si bien algunos llevan bragas durante el día. En algunos indivi-

duos, como ya dijimos anteriormente, la excitación sexual producida por la ropa tiende a desaparecer, aunque el travestismo continua como antídoto para la ansiedad. En tales casos, el diagnóstico debería cambiarse por el trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta, tipo no transexual.

EL VOYEURISMO

Llamado también escotofilia la CIE-10 (F65.3) considera que es una inclinación recurrente o persistente a mirar a personas realizando actividades sexuales o que están en situaciones íntimas tal como desnudándose, acompañada de excitación sexual o masturbación. El individuo ni desea descubrir su presencia, ni expresa deseo de relación sexual con las personas observadas. La DSM-IV (302.82) añade las fantasías sobre el tema y amplía la observación oculta de personas desnudas o que se están desnudando. La perturbación laboral, social o clínica forma parte del criterio de este manual diagnóstico, al igual que para el resto de parafilias.

Aunque una mujer puede ser *voyeurista*, son raros los casos de dependencia femenina del voyeurismo para lograr una respuesta sexual, lo cual no es extraño si tenemos en cuenta las diferencias interhemisféricas hombre-mujer, que predisponen al primero a ser más *visual* en la excitación sexual con la persona observada, pero en realidad esto no ocurre. En su forma más grave, el voyeurismo constituye la forma exclusiva de actividad sexual.

La edad de comienzo por lo general, tiene lugar antes de los 15 años y el curso es crónico.

Psicopatológicamente, los datos más fiables proceden aún del antiguo estudio de Tellison y Adams (1979) (25) en el que nos proponen un retrato del voyeurista como un individuo con grandes dificultades para establecer relaciones heterosexuales; su parafilia les permitiría soslayar la relación social y sexual con las mujeres. Por lo general, se da en hombres jóvenes, y a menudo parece esfumarse al llegar a la mediana edad. Sujetos que prefieren atisbar ocultos a las mujeres que no conocen, lo que acentúa la condición prohibitiva de su acción; son en su mayoría heterosexuales y su excitación alcanza el máximo en situaciones en que corren el evidente riesgo de que les descubran. Si bien acostumbran a ser inofensivos, un estudio de McNamara y Sagarin (1977) (26) demostró que existía un pequeño porcentaje que asociaba su parafilia con intentos de abuso e incluso de violación. La muestra de “voyeur” estudiada por Abel (1987) tenía una media de 430 víctimas (mediana: 8,5). Es la falta de consentimiento de la víctima lo que distingue el voyeurismo de la contemplación de pornografía o del “striptease”. También la diferencia del *troilismo*, un arreglo en el que el hombre observa a su mujer o a su compañera

habitual realizando la actividad sexual con otro hombre. En algunos estudios (Langevin y Long, 1987) (27) se apoya la asociación relativamente frecuente entre voyeurismo y exhibicionismo.

EXHIBICIONISMO

El exhibicionismo es ampliamente reconocido en todo el mundo como un comportamiento anormal. Su incidencia parece haberse incrementado en los últimos tiempos. La CIE-10 (F65.2) lo considera como una inclinación recurrente o persistente a exponer por sorpresa los propios genitales a extraños (generalmente del sexo opuesto) casi siempre acompañado de un deseo sexual y de masturbación. No hay intención de contacto sexual con la víctima y ni siquiera incitación. El DSM-IV añade, como ya es habitual, las fantasías recurrentes y excitantes sobre el tema.

Es plausible hipotetizar que los exhibicionistas ceden en sus impulsos incontrolables después de los 40 años, en los que los casos se reducen, alcanzando su punto culminante entre los 20 y los 30 años.

Se ha informado de algunos casos de exhibicionismo femenino (Hollander et al., 1977) (28). Muchos exhibicionistas se muestran impotentes frente a otras formas de actividad heterosexual y parecen impelidos por una conducta compulsiva que les conlleva a exhibirse. Stoller (1977) (29) explica perfectamente el comportamiento de un exhibicionista: "...el acto de exhibirse no es una anticipación de las relaciones heterosexuales, sino que es en sí mismo el acto sexual del hombre". De hecho, la exhibición es sólo la primera mitad del acto; la segunda mitad es la masturbación. Masturbación que no siempre ocurre; de hecho, para determinados individuos, el objetivo principal es provocar conmoción o miedo en las víctimas.

Estamos ante una de las parafilias que cae con más facilidad en manos de la justicia; se calcula que ocupa el primer lugar (34%, según estadísticas inglesas de 1981, nombradas en un estudio de Chiswick) (30), doblando a los delitos de incesto (17%); tal parece que la conducta de algunos exhibicionistas, prácticamente está destinada a provocar su detención. Del 30% al 50% de las mujeres informan haber sido víctimas de exhibicionistas (Zverina et al, 1987) (31). En el estudio citado de Abel, el número medio de víctimas de 142 exhibicionistas era de 514. McConaghy (1993) (31) encontró que era más probable que los exhibicionistas buscaran tratamiento psicológico que lo hicieran otros parafilicos.

Quizá es por ello que es una de las parafilias que cuenta con más estudios psicopatológicos, conjuntamente con la pedofilia y la violación (que no es considerada parafilia).

De los estudios de Mohr et al., (1964) (32) y Smulker (1975) (33), así como los del propio Stoller

(1977) resultó una especie de *retratos-robot* de los exhibicionistas que tendría los siguientes ítems: hombre, edad comprendida entre 20-30 años, casado, coeficiente intelectual superior a la media, adaptado a su trabajo, no trastornos emocionales graves, tendencia a la pasividad, timidez, escasa asertividad, introversión social, inhibición sexual.

En numerosas ocasiones basta un conflicto familiar o una confrontación con una figura autoritaria para provocar un episodio exhibicionista, que está sometido también invariablemente a reagudizaciones en situaciones de estrés.

En el alud de trabajos sobre el tema, podríamos diferenciar aquellos en los que se utilizó el MMPI y en los que la exploración fue conseguida con otros instrumentos psicométricos. Forgac et al., (1984) (34) consideran que en el perfil psicopatológico de los exhibicionistas con gran número de arrestos (seis o más) eran más *psicopáticos* y sociopatas que los que habían sufrido menos arrestos.

Los arrestados (46) presentaban mayores puntuaciones en paranoia (Pa), desviación psicopática (Pd), y esquizofrenia (Sc) que los anteriormente arrestados de la misma edad; a su vez los arrestados que habían asaltado a sus víctimas presentarían puntuaciones altas en esquizofrenia (Sc), hipomanía (Ma) y desviación psicopática (Pd).

Quiere ello decir que podríamos diferenciar 3 grupos de exhibicionistas: a) grupo exhibicionista *puro*, con sólo 1 arresto –el que ha permitido el estudio– serían sujetos socializados, inhibidos, pasivos y conformistas, es decir, un perfil más *neurótico*; b) grupo muy arrestado pero no violento, más introvertido, esquizoide y caracterológicamente *bizarro/extraño*, es decir, una exageración –ya patológica– del grupo A; y c) sería el grupo violento, más impulsivo, poco emotivo y con tendencias *maniformes*: asociados con otras conductas delictivas.

De los estudios sin utilizar el MMPI, destaca el de los propios Forgac y Michaels (1982) (35), quienes suministraron una versión condensada del *California Psychological Inventory*; los sujetos más violentos y con otras violaciones de la ley asociadas, presentaban menores puntuaciones, significativas, en las escalas de responsabilidad y de socialización.

Sin embargo, esta característica –al igual que las del grupo C– no es exclusiva del exhibicionismo; se repetirá en otros tipos de delinquentes violentos, sexuales o no (Gough, 1975; Aluja 1987) (36,37).

Junto a los rasgos de personalidad, las relaciones familiares alteradas e incluso el fracaso profesional son temas que salen a la luz constantemente en los estudios sobre exhibicionismo, sin apuntar un rasgo común que especifique una explicación etiológica. No debemos olvidar que una minoría de exhibicionistas son sintomáticos de una esquizofrenia, un daño cerebral orgánico o una subnormalidad. Sin embargo, la mayoría de exhibicionistas son gente sin nada especialmente destacable hasta que su parafilia rom-

pe con todo su contexto y les sitúa en la *desviación*. Así y todo una serie de investigaciones siguen insistiendo en problemáticas de personalidad asociadas, como ya hemos comprobado anteriormente.

La historia de la mayor parte de los exhibicionistas masculinos revela un período de exhibición pre-adolescente ante niñas pequeñas en juegos de tipo *médicos y enfermeras*, o bien juegos sexuales adolescentes en los cuales había exhibicionismos recíprocos, o algún acontecimiento *accidental* en el que un estado de exhibición inadvertida dio lugar a turbación o curiosidad por parte de la persona del sexo femenino que lo observaba. El proceso de condicionamiento incluye no sólo el acto de exhibición, sino todo un complejo de acontecimientos accidentales y objetos asociados a la experiencia del aprendizaje original. No debería sorprendernos que las niñas y las chicas adolescentes sean víctimas frecuentes, puesto que la situación original en que se aprendió el hábito con frecuencia implicaba la exhibición ante las propias compañeras de juego.

La esperanza característica de los exhibicionistas de que su víctima reaccionará con sorpresa o turbación puede considerarse como una réplica de la respuesta de curiosidad o sorpresa por parte de las niñas ante los cuales se exhibieron en la infancia.

El hecho de que un hábito frecuente en la niñez y adolescencia no se extinga en los exhibicionistas, debemos apelar a la repetición posterior de la experiencia a su reforzamiento por medio de las fantasías masturbatorias, asociado a sus características de personalidad.

En el diagnóstico diferencial se tendrá en cuenta que en la pedofilia, la exposición puede presentarse como un preludio de la actividad con el niño. Debe destacarse también en estos casos la micción pública que algunas veces es alegada como razón de la exhibición por las personas que son detenidas.

PEDOFILIA O PAIDOFILIA

Los criterios CIE-10 (F65.4) para este trastorno consideran que es una inclinación persistente o predominante hacia la actividad sexual con uno o más prepúberes (el DSM-IV añade las fantasías recurrentes como es ya hábito). La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos cinco años mayor que los niños por los que se siente atraído.

Incidencia

La incidencia de la paidofilia viene dada por los informes policiales o de los tribunales de justicia, más que por las referencias clínicas, como ya es habitual en las parafilias. Aquí sin embargo los datos epidemiológicos inciden en una cuestión de especial sensibilidad en la sociedad actual: los abusos sexuales a

niños, las noticias sobre este tema son un flujo incesante en las dos últimas décadas. Sin embargo no deben confundirse las cifras de ofendidos con las de ofensores. De hecho, los porcentajes de niños que han sufrido abusos no lo han sido siempre por pedófilos, aunque sí en abrumadora mayoría: en un informe de O'Connor (1987) (38), sobre 7.487 niños que habían sufrido agresiones sexuales, 6.201 eran víctimas de pedófilos (82,8%) mientras que el resto (1.286, 17,2%) eran el resultado de incesto; a cada cual lo suyo, aunque sea mucho o poco. En la Figura 1 resumimos la teoría de Finkelher sobre el origen de los abusos sexuales a niños, teoría que se ha incorporado a las investigaciones sobre el origen de la pedofilia (Puri et al, (1986) (39).

En la Tabla III presentamos otras cifras que poseemos de la cuestión: a destacar las diferencias aplastantes entre los porcentajes de Sadock y Lemslij y Glasser (1990) (40) que, de momento, no tienen otra explicación que la del origen de la muestra; la de Sadock procede de un grupo de convictos judiciales y la de Lemslij es de origen clínico.

Edad de comienzo

El trastorno empieza por lo general en la adolescencia aunque algunos pedófilos manifiestan que no llegaron a sentirse atraídos por los niños hasta la edad

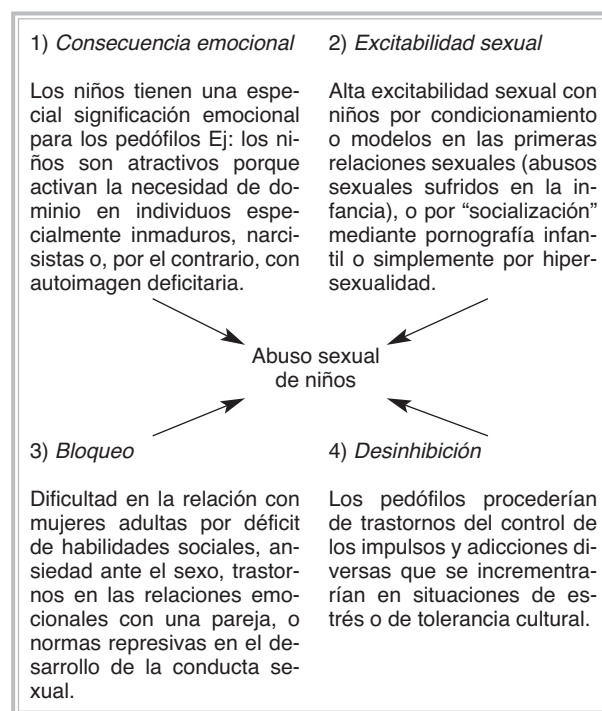


Figura 1

Teoría de Finkelher sobre la etiología de los abusos sexuales a niños y de la pedofilia (tomado de Puri et al, 1996).

Tabla III
Pedofilia (otros datos recogidos por Lemslij y Glasser, sobre un total de 784 sujetos)

Paidofilos	102 (13%)
Exhibicionistas	84 (11%)
Travestistas	47 (6%)
Fetichistas	44 (6%)
Homosexuales	257 (33%)
Otros	296 (38%)

intermedia de la vida. En el estudio citado de Lemslij y Glasser la distribución máxima de incidencia de edad se sitúa entre 30 y 40 años con un rango amplísimo que va desde los 17 a los 70 años (Figura 2).

Orientación sexual

La mayoría de los estudios (Groth & Birnbaum, 1978, (41); Kolodny et al, 1985, (42); De Jong et al, 1982), (43) están a favor de un porcentaje superior de heterosexuales; en el estudio tan descrito ya de Lemslij y Glasser (1990), las cifras se invierten de forma espectacular: 61% de pedófilos fueron homosexuales, 33% heterosexuales y el 6% bisexual. Es curioso sin embargo que el grupo más *neurótico* era el heterosexual. Algunas opiniones han replicado los porcentajes de Lemslij et al., considerando que se trataba de homosexuales *partidarios* de los adolescentes (¿?), lo cual no es un razonamiento excesivamente válido. En cualquier caso se trata de una de las escasas investigaciones en las que la proporción se decanta por la homosexualidad masculina.

Los pedófilos heterosexuales y homosexuales difieren también en la elección de sus víctimas. Los

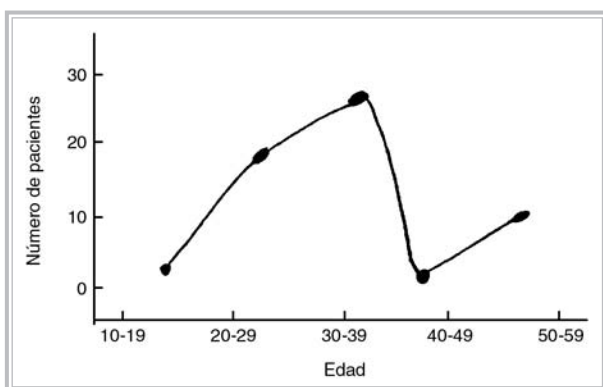


Figura 2

Distribución de edades en pacientes pedófilos (n = 64).

primeros conocen normalmente a sus agredidos y repiten los actos pedofílicos con ellos durante una serie de meses o años. En cambio, los sujetos homosexuales normalmente no conocen al niño y los delitos suelen ocurrir sólo una vez con la misma víctima. Entre los heterosexuales, el acariciar a la niña es la conducta más frecuente (54%), aunque el contacto vaginal (42,5%) y el “cunnilingus” no son raros (19%) (Erikson et al, 1988) (44). Para los pedófilos homosexuales, también las caricias son predominantes (43%), seguido por la felación realizada sobre la víctima (41%), 1/3 de los casos recurren al contacto oral.

Otras circunstancias

La mayoría de los pedófilos heterosexuales estudiados son solteros o divorciados pero si se incluyera el incesto, ello no sería así y se invertiría el porcentaje. En cualquier caso, los pedófilos tienen claras dificultades para establecer y sostener relaciones interpersonales normativas.

En cuanto a la situación socioeconómica en el estudio de Wilson y Cox (1983) (45) un 3% fueron profesionales liberales, un 35% administrativos o semejantes y un 14% trabajadores no especializados. Se considera que un porcentaje elevado (80%) sufrieron abusos sexuales en su infancia.

Curso

El curso es crónico por lo general, especialmente en los que se sienten atraídos por los muchachos. La frecuencia de la conducta pedofílica a menudo oscila de acuerdo con el estrés psicosocial. El índice de recidivas de los individuos afectados de pedofilia que tienen preferencia por el propio sexo es aproximadamente el doble de los que prefieren al sexo contrario.

Diagnóstico diferencial

Los actos sexuales aislados con niños no garantizan necesariamente el diagnóstico de pedofilia. Este tipo de actos pueden haber sido desencadenado por desacuerdos matrimoniales, pérdidas recientes o soledad intensa.

En estos casos, el deseo de tener relaciones sexuales con un niño puede entenderse como sustituto de un adulto preferido pero no disponible. Aunque la conducta pedofílica involucre a un miembro de la familia (incesto) debe efectuarse el diagnóstico de pedofilia siempre que los criterios diagnósticos se cumplan. En este tipo de casos también hay a menudo una conducta pedofílica con niños que no tienen nada que ver con la familia. En el retraso mental, sin-

drome orgánico de la personalidad, intoxicación alcohólica, o en la esquizofrenia, puede haber un descenso de la capacidad de juicio, de las habilidades sociales o del control de los impulsos, particularmente en la gente de edad, que en algunos casos conduce a actos sexuales aislados con niños. Pero en estos casos, la actividad sexual con los niños no es el método exclusivo ni preferente para conseguir placer sexual.

En el exhibicionismo, la exposición puede efectuarse ante un niño, pero este acto no es un prelude para una posterior actividad sexual con él. En los casos en que el sadismo sexual se halle asociado a la pedofilia será necesario hacer dos diagnósticos.

Literalmente *amante de los niños* (del griego *paidós niño* y *filos amor*), la pedofilia parecía darse únicamente en hombres (Stoller, 1975) (46) pero hay casos específicos de mujeres que han tenido repetidos contactos sexuales con niños (Kolodny, Masters y Johnson, (1979) (47), Tollison y Adams 1979) (48). Dos terceras partes de las víctimas son niñas. El agresor es un extraño para la víctima sólo en el 10% de los casos (Mohr et al, 1964) (49). Podríamos incluso considerar que estamos ante una modalidad de incesto, ya que en un 15% de los casos estudiados, el pedófilo es un pariente.

El abuso del alcohol parece desempeñar un papel importante en los actos pedófilos (Rada, 1976, (50); Kolodny et al, 1979), si bien McNamara y Sagarin (1977) (51), llaman la atención sobre la dificultad de saber cuantas veces los pedófilos detenidos afirman que están bebidos como un pretexto para atenuar la pena legalmente establecida. De hecho son necesarias más investigaciones en este sentido.

En 1976, Henn (52) estudió 239 sujetos detenidos por diversos delitos sexuales, distinguiendo dos grupos predominantes: los paidofílicos, sujetos sin tendencias antisociales y en los que se encontró un 11% de esquizofrénicos y menor proporción de diagnósticos de retraso mental y síndromes cerebrales orgánicos; y los violadores, con historial antisocial, menores de treinta años, con tendencia a cometer actos criminales y que recurrían a la ingesta alcohólica para la realización del acto sexual, en el 50% de los casos.

Tipología del pedófilo

Numerosos estudios han intentado catalogar al pedófilo. Tanto en el de Cohen et al. (1969) (53), como en el de Groth y Birnbaum (1978) (54) se distinguen dos tipos: el *inmaduro* que acostumbra a abusar de niños prepúberes y que nunca ha logrado movilizar aptitudes de relación con los demás, sintiéndose poderosos solamente con los niños; niños que no acostumbran a ser extraños y con los que establece una relación no impulsiva, cortejándoles, estableciendo amistad que llega a ser cautivadora, forzando muy pocas veces el coito. El pedófilo *represivo* es la ima-

gen inversa del anterior. El estrés, dispara sus actos parafilicos que acostumbran a ser impulsivos y casi siempre con desconocidos. El agresivo (menos frecuente) suele presentar una historia de conducta antisocial, agrede a sus víctimas y puede causarles daños físicos de importancia.

Howells (1981) (55) distingue entre pedófilos *de preferencia* y *situacionales*. Los primeros tendrían una orientación sexual primariamente dirigida a los niños, estando relativamente desinteresados por compañeros sexuales adultos. Usualmente serían solteros, y si se casan sería un matrimonio puramente de apariencia y conveniencia. Planearían sus ofensas y presentarían rasgos claramente compulsivos, no precipitándose sus acciones como consecuencia del estrés; su conciencia de enfermedad es baja. Los pedófilos *situacionales* presentarían una historia de desarrollo normal en sus habilidades heterosexuales y heterosociales, si bien a menudo expresan algunos déficits en estas competencias, particularmente en las relaciones íntimas. Sus intereses sexuales y emocionales van dirigidos primariamente a los adultos, considerándose a sí mismos como anormales. *Life events* estresantes significativos preceden muy a menudo sus actos parafilicos que son claramente impulsivos y no premeditados. Aún podríamos añadir una tercera categoría que correspondería a pedófilos violentos y violadores (Lanyon, 1986) (56).

Avery-Clark (1984) (57) describió las respuestas erectivas, medidas con pletismografía ante estímulos descriptivos con *audiotape*. Parte de la realidad de la existencia de dos tipos de pedófilos: los agresivos y los que no lo son. Se estudiaron 16 pedófilos de bajo nivel de peligrosidad y 15 muy agresivos. Fueron sometidos al estímulo de *audiotape* con descripciones de conductas pregenitales, intercambio sexual sin consentimiento de la víctima, relación sexual agresiva con asalto físico de los niños, sin conducta sexual. Se utilizó una medida de respuesta peneana mediante pletismógrafo de volumen aplicado a canal de poligrafía. Los resultados indicaron que los ofensores sexuales más violentos respondieron significativamente a los estímulos de tipo agresivo y no así el otro grupo de pedófilos. Esta investigación vuelve a poner en la palestra la idea de dos tipos de parafilicos (dentro del subgrupo de *ofensas sexuales*) los que utilizan la violencia y la asocian al abuso sexual y los que no, lo cual podría indicar también diferencias etiopatogénicas que, a su vez, podrían repercutir en el posible tratamiento.

Dejando aparte factores de personalidad –con referencias no concluyentes pero de importancia probablemente sustancial– los orígenes de la pedofilia como *hábito* circunscrito, podrían representar un proceso de condicionamiento primitivo que no se extinguió con experiencias posteriores más gratificantes. La historia clínica de la mayor parte de estos pacientes indica que en la infancia y adolescencia tuvieron juegos sexuales, experiencias nada infre-

cuentes en la población general; pero lo que distingue a la pedofilia es el hecho de que no experimentan suficientes y satisfactorias actividades sexuales adultas que normalmente sustituyen estas conductas primitivas. La naturaleza repetitiva de sus fantasías masturbatorias *pedofílicas* reforzó el nivel parafilico de su conducta sexual. Esta hipótesis –que asemeja un matrimonio morganático conductismo-psicoanálisis– es interesante pero nunca ha sido totalmente demostrada.

Prácticamente todos los estudios de personalidad en busca de una “tipología” han sido inconsistentes, así como se ha tratado la teoría de individuos que rondarían la debilidad intelectual: Holl (1989) no encontró pedófilos que puntuaron por debajo de la media en tests de inteligencia.

SADISMO Y MASOQUISMO SEXUAL

La CIE-10 (F65.5) resume este trastorno con el populismo “sadomasoquismo” y considera criterio principal la inclinación hacia un tipo de actividad sexual como receptor (masoquismo), como ejecutor (sadismo) o como ambas formas; implica la presencia de al menos uno de los síntomas siguientes: 1) dolor; 2) humillación; 3) sojuzgación. La actividad sadomasoquista sería la fuente más importante de estimulación sexual o es necesaria para la gratificación sexual. En el DSM-IV se asocian otros tres criterios importantes:

1) Con una pareja que no consiente, el individuo ha infligido repetida e intencionadamente sufrimiento psicológico o físico con objeto de obtener excitación sexual.

2) Con una pareja que sí consiente, el modo repetidamente preferido o exclusivo de obtener excitación sexual combina la humillación con sufrimiento corporal simulado o ligero.

3) Tratándose también de una pareja que consiente, se la han infligido lesiones corporales que son intensas, permanentes o posiblemente mortales con objeto de obtener excitación sexual.

En la epidemiología del sadomasoquismo, destacan cifras diversas (Kinsey et al, 1953; Hunt, 1974 (58); Stein, 1978 (59); Barbach y Levine, 1980) (60) que van desde el 17% de Stein (cifra falseada ya que el autor trabajó sobre 1.230 clientes de prostitutas, lo cual no representaba la población general) hasta el 10% de hombres de Hunt y el 6% del propio autor. Sin embargo, en un examen más severo de las estadísticas, queda claro que una gran parte de estas cifras consiste más en actividades de ligera violencia, incluidas en el juego sexual que en una verdadera parafilia. Son curiosos los estudios antropológicos que nombra Pedersen (1988): las etnias más proclives a estas actividades resultaron ser anglosajones y judíos de la Europa Oriental, lo cual iría a favor de factores culturales de *represión de la agresividad*, más propia en ambientes no latinos.

Las variedades del sadomasoquismo cubren toda una amplia gama de posibilidades: sujeción con todo tipo de ligaduras, golpes o latigazos, semiestrangulación, pisoteo del cuerpo, tratamiento traumático de los genitales y pechos mediante pinzas, tenazas u otros instrumentos, empleo forzado de consoladores de tamaño excesivo o con superficie erizada de púas. Algunos sádicos necesitan contar con una víctima forzada para obtener placer, en tanto que otros se excitan con una víctima dispuesta al juego. Cuando el actor es masoquista, tiene considerables dificultades para encontrar el compañero/a adecuados. De ahí que algunos masoquistas recurren a la auto-flagelación, lo cual en ocasiones roza la alta peligrosidad (p. ej. colgarse por el cuello) e incluso es causa –plausiblemente involuntaria– de muerte. Es la llamada “hipoxifilia” o la obtención de placer sexual por la privación de oxígeno.

Los encuentros sadomasoquistas a menudo conllevan una representación de papeles en donde hay un notable desequilibrio de poder (p. ej. amo-esclavo). Estudios recientes (Levit et al, 1994) (61) revelan que del 20 al 30% de los masoquistas son mujeres.

El grupo más violento y criminal de sadomasoquistas es, afortunadamente, raro. Sus acciones han pasado prácticamente a la historia, incluso novelada (Peter Kürten, *el monstruo de Düsseldorf*, que experimentaba orgasmos mientras estrangulaba o apuñalaba a víctimas, John Cristie que establecía relaciones coitales con las mujeres ya asesinadas, etc.).

Para Britain (1970) (62) el asesino sádico es usualmente introvertido, meditabundo y solitario. Tiene un pasado de gozo con la violencia, expresado por la crueldad con los animales y su interés por la pornografía sadomasoquista (aunque esto es común a todas estas parafilias). No entraremos en mayores descripciones sobre el asesino sádico, puesto que el trabajo de Britain es tratado con especial atención en el próximo capítulo. Alrededor de esta sexualidad ha florecido toda una próspera industria que proporciona los artilugios más diversos: esposas, cadenas claveteadas, látigos, etc. Hay bares y clubs, incluso decorados en forma de mazmorras, aunque algunos bares de diseño rabiosamente actual, tal parecen haberse pensado para clientes ligeramente masoquistas: música a todo decibelio, ni un lugar para sentarse, los escasos asientos son de una dureza pétrea (pero esto ya es una consideración jocosa del autor). De hecho, en el DSM-III-R (1987) (63), se estimaba que el 10% de los violadores, cumplía el diagnóstico de sadismo sexual. Se acepta generalmente la distinción entre la violación sádica y la no sádica. Los violadores sádicos muestran una elevada preferencia por la actividad sexual agresiva y con una persona que no consiente.

Es difícil encontrar una explicación etiopatogénica adecuada para el sadomasoquismo. Al igual que en el resto de parafilias, múltiples teorías los han intentado razonar, sin que ninguna termine de complacer

al estudioso del tema. Una vez más, podríamos evocar posibles alteraciones de la personalidad, que solamente pueden ser investigadas en el contexto individual, ya que los estudios globales son escasos y con metodologías en general insatisfactorias.

La teoría del condicionamiento es la que mejor se ha acercado a una *rationale* explicativa. Así Sandler (1964) (64) y Brown (1965) (65), intentaron demostrar que, en circunstancias especiales, la estimulación aversiva puede convertirse en señal discriminativa de hechos agradables. De hecho, ya en 1912, Eroféieva (66), consiguió el primer modelo experimental de *masoquismo* de la historia científica. Estableció una respuesta condicionada alimenticia clásica en un perro pero asociando a la comida, en lugar de la tradicional campanilla, un estímulo eléctrico. En razón del condicionamiento cuando el perro recibía el estímulo –altamente doloroso por cierto– en lugar de exteriorizar una reacción de defensa y mientras su piel estaba a punto de chamuscarse, se volvía hacia donde le llegaba la comida, lamiéndose el hocico y meneando el rabo con evidente satisfacción.

El crimen por *lujuria* constituye –como ya vimos anteriormente– el extremo del sadismo. En él la víctima debe ser asesinada y mutilada con el fin de proporcionar al ejecutante gratificación sexual. No acostumbra a suceder el coito, alcanzándose el orgasmo con el acto violento. Podríamos suponer que ciertos niveles psicóticos estarían presentes en estos actos, como señalan algunos de los estudios que hemos citado anteriormente. Sin embargo para Pontius et al, (1980) (67) no habría diferencias entre estas acciones y otras de tipo criminal o de alta violencia: se trataría de una disfunción del sistema frontal, al menos en un subgrupo de sujetos (36%). Presentarían una inhabilidad para interrumpir el llamado principio de la acción (PA) cuando las circunstancias demandan bloquear ciertos actos –casi impulsivos– como resultado de una alteración de los procesos mielinizantes frontales. La etiología sería aún hipotética: disfunción cerebral mínima en la infancia por dificultades perinatales o traumatismos craneales encefálicos, lo cual parece apoyar investigaciones como las de Lewis (1978) (68) o de Krynicky (1978) (69) con efectos de actividad paroxística frontal en adolescentes convictos de delitos *de asalto*, posibles precriminales.

La deficiente capacidad en la utilización de los sistemas de inhibición frontal (necesarios para reprimir acciones perjudiciales) conllevaría una específica clase de conducta violenta o destructiva. Es más, su plan inicial de actividad criminal es probable que favorezca todo lo que sea el incremento de la destrucción, siendo personajes cualitativamente diferentes de otros subtipos de criminales caracterizados por el hecho de que un fuerte componente emocional inicial los catapultaba hacia la acción; en este caso, la mediatización sería más límbica que *hipofrontal*.

Los individuos con incapacidad para inhibir el PA tenderían más a la *perseveración* de sus acciones,

recayendo en las mismas con mayor facilidad, y siendo más resistentes a la socialización. Serían, pues, más sociopáticos que *neuróticos* o *psicóticos*. Todo lo cual nos retrotrae a los subtipos que habíamos nombrado en el exhibicionismo y que se repetirían en el sadomasoquismo.

OTRAS PARAFILIAS DE INTERÉS CLÍNICO

Llamadas telefónicas obscenas

Vívidas y anónimas descripciones siempre de carácter procaz y, algunas veces de una notable sordidez, otras más sofisticadas son uno de los curiosos precios que se pagan con la tecnología telefónica que es utilizada para enardecerse sexualmente por unos personajes a los que hoy día no dudamos en denominar parafilicos, aunque sean más o menos atípicos. En 1986 la British Telecom informaba de más de 1.500/mes las llamadas de este tipo captadas solamente en un distrito del gran Londres. Pease (1985) informaba que un 10% de mujeres denunciaban haber recibido este tipo de llamadas en un año. Las víctimas preferidas eran mujeres separadas o divorciadas de 25 a 40 años, que vivían en las zonas centrales de alguna gran ciudad británica. Estos y otros estadistas de U.S.A. e incluso australianos (se supone que no eran llamadas de largo alcance hacia este continente, ya que en este caso la obscenidad sería una lujuria realmente lujosa) demuestran lo extendido de este hábito. Harold (1979) (70) llegó incluso a considerar que era la ofensa más frecuente que padecían mujeres –de una población estudiante– entre 18 y 24 años, un 61% seguido de las de hostigamientos sexuales (44%), exhibicionismo (27%), intento de violación (24%) y violación (1%).

En el estudio de Kolodny et al. se considera que se trata de hombres en su abrumadora mayoría, con fuertes dificultades interpersonales y a los cuales el anonimato les supone una seguridad y una forma *casi ideal* de masturbarse sin tener que preocuparse de una confrontación cara a cara.

Según los propios autores, existen tres tipos diferentes de llamadas telefónicas obscenas. En el primer grupo (y probablemente el más común), el comunicante hace alarde de su masculinidad y describe con detalles muy gráficos cómo se masturba. El segundo tipo es el que amenaza sin preámbulos a la víctima (*te tengo vigilada, voy a dar contigo*). En el tercer grupo, el comunicante pretende que la víctima le revele detalles íntimos sobre su vida. A menudo, esto se logra alegando que la preguntas forman parte de una *encuesta científica por teléfono* cuyo tema puede ser la ropa interior de la mujer, la menstruación o los anticonceptivos. No son pocos los anónimos comunicantes que se presentan a las víctimas como *sexólogos*.

En ocasiones, el comunicante obsceno llama repetidamente a la misma víctima, pero lo más habitual –salvo en el caso de que la víctima se preste al juego, cosa que hace un número sorprendente de mujeres– es que el comunicante pruebe suerte con otras llamadas. Hay que distinguir al comunicante compulsivo que realiza llamadas obscenas, del adolescente que lo hace ocasionalmente por pura travesura, sin pensar ni poco ni mucho en el malestar que causa en los demás (McNamara y Sagarin, 1997).

Es muy difícil localizar a estos parafilicos; solamente si hay posibilidades tecnológicas, y sobre todo de tiempo, de interferir la línea o se concierta una cita con el sujeto, de acuerdo con la policía. En cualquier caso, las víctimas pueden sufrir reacciones sintomáticas relativamente tormentosas y que incluso han sido consideradas por algunos autores (Becker, 1985) (71) como variantes del *estrés postraumático* (véase DSM-III-R 308,30 y 309,81).

TRATAMIENTO

Los parafilicos acostumbran a solicitar tratamiento a causa de las consecuencias sociales adversas. Un porcentaje menor acude por no poder soportar la situación, desde un punto de vista emocional. Podríamos clasificar los objetivos terapéuticos en tres categorías: 1) supresión o atenuación de la sexualidad parafilica y potenciación de una conducta sexual más normalizada o *aceptable*; 2) intentar una mejor adaptación del sujeto a su variante. Acostumbra a ser absurdo cuando se trata de parafilicos potencialmente peligrosos para los demás, pero puede intentarse en otros más *privados*, caso del fetichismo o el travestismo; y 3) en algunos pacientes, la parafilia se asocia a disfunciones sexuales, p. ej. una disfunción eréctil, con lo cual esta disfunción sexual deviene también una finalidad terapéutica. Es más, en ocasiones la reducción de la disfunción sexual por sí sola disminuye los deseos sexuales desacostumbrados, si bien puede ocurrir el efecto opuesto, lo que dificulta el hallazgo de la estrategia óptima.

Resulta dificultoso abolir totalmente los impulsos, pero sí es posible reducir en gran medida su intensidad y frecuencia lo que ya puede ser suficiente para mejorar las consecuencias psicosociales adversas. A destacar que algunos parafilicos exhiben un déficit importante en habilidades sociales, lo que requerirá un tratamiento específico, amén del intento terapéutico, sólo posible con técnicas cognitivo-conductuales o bien con fármacos de actuación sintomática de modificar rasgos patológicos de su personalidad.

Estrategias terapéuticas

Antes de poner en marcha técnicas especiales, el clínico deberá tener en cuenta los factores psicopa-

tológicos que pueden superponerse al acto parafilico y tratarlos. Este es el caso de las manifestaciones depresivas, ansiosas, psicóticas, disfunciones cerebrales, etc. previas a su conducta. Con esta premisa, proponemos los siguientes criterios de selección:

1) El paciente debe estar mínimamente motivado para el cambio, sin olvidarnos de los simuladores los cuales se adhieren a un tratamiento simplemente para obtener ciertas ventajas en su situación legal. Es labor del terapeuta el diferenciar estos casos y rechazarlos, sobre todo si se trata de tratamientos psicológicos.

2) Debe experimentar conducta patológica repetida y recurrente.

3) El problema debe poder definirse con criterios objetivos, precisos y observables.

4) Paciente y terapeuta deberán estructurar las finalidades del tratamiento en forma concreta y específica, p. ej. *quiero ser capaz de ver niños menores de 11 años de edad, resistiéndome a mis fantasías tentadoras*.

5) Es labor del terapeuta el implicar al paciente como agente activo de su propio cambio; es decir, debe conocer el plan de tratamiento y dedicarle tiempo y esfuerzos. Es imprescindible que lleve un autorregistro diario. A cambio, su terapeuta ofrecerá *teléfono y consulta abiertos* para atender de inmediato los *momentos de crisis* que preceden al acto parafilico.

6) Es sumamente positivo poder contar como *co-terapeuta* a la pareja, si es que existe, es colaboradora y el paciente lo acepta, summum de acontecimientos que, desgraciadamente, no siempre ocurren.

Técnicas conductuales

Si bien las técnicas basadas en la modificación de conducta son útiles, les falta aún responder a muchos interrogantes. En cualquier caso, recurrir a ellas es parsimonioso porque están validadas con criterios experimentales, lo cual no ocurre con otros métodos psicológicos faltos de apoyo en estudios controlados.

El background terapéutico es unívoco y se basa en principios semejantes, sea cualquiera que sea el tipo de parafilia a tratar. Se trata de reducir la conducta parafilica, incrementar la heterosexualidad u homosexualidad *normales* y afrontar los factores precipitantes como el estrés o la falta de habilidades interpersonales.

En líneas generales, se acude a métodos aversivos, mediante un modelo de condicionamiento clásico, muy simple: asociación de estímulo condicional (EC, parafilico) con el incondicionado (EI, estímulo aversivo), siendo la respuesta a condicionar (RC), diapositivas, films, narraciones o fantasías de conductas *normalizadas*. La respuesta incondicionada (RI) puede evocarse con los mismos métodos, si bien pueden emplearse conductas manifiestas como puede ser la presencia de un fetiche, la exhibición o el acto de travestirse.

Marks y Gelder (1967) (72) y Bancroft (1974) (73), fueron de los primeros en acudir a la aversión terapéutica en estos cuadros. El castigo en términos de aprendizaje experimental, significa la aplicación de un estímulo nocivo contingentemente a la respuesta a modificar. Los métodos punitivos, cubren un amplio abanico de formas: eléctricos (shock eléctrico doloroso, pero soportable, en el brazo), que hoy prácticamente no se usan; olores desagradables como el del amoníaco, también en franca decadencia; aversión de *vergüenza* en la cual se demanda al paciente que represente el acto parafilico repetidamente frente a otras personas (del equipo clínico o no), que actúan como observadores.

Puede también aplicarse una liga de caucho alrededor de la muñeca, que se estira y se sujeta súbitamente, para que choque contra la piel, estímulo de ingenua simplicidad utilizado por el paciente como dispositivo de autocontrol y regularización de sus impulsos o pensamientos anticipatorios de la conducta.

Hoy día recurrimos con mayor frecuencia a la sensibilización encubierta (Aluja (74) y Farré, 1986 y 1989), aprovechándonos de las fantasías del paciente como estímulos nocivos. Cuando imagine la conducta indeseable, la apareamos a una situación física desagradable, sea imaginativamente, sea de forma directa (hipertonía muscular, hiperpnea, taquicardia, sudación, situación en opistótonos voluntarios). Solamente escapará de la situación aversiva cuando fantasee un evento *normalizado*. Un método semejante, pero que supone una gran confianza en el paciente, es la masturbación programada (Aluja y Farré, 1989) en la cual sólo se le permite eyacular cuando logra imágenes no parafilicas.

Estas técnicas, en las que entra el elemento cognitivo, son las preferidas de forma mayoritaria por los clínicos actuales.

Sus ventajas son claras para individuos ansiosos y con deficiente autoimagen; incitan al autocontrol como responsabilidad del sujeto.

Para multiplicar la autorregulación, terapeuta y pacientes acostumbra a analizar los factores desencadenantes internos y externos de la cadena estímulo-impulso-respuesta, seleccionándose un repertorio de conductas alternativas para emplearlas en la interrupción de las etapas incipientes de la secuencia.

Según Crown (1987) (75), en el caso de los problemas de personalidad, la mejor opción, con mucho, es hacerse miembros de un grupo de agresores sexuales. Este enfoque fue descrito por psiquiatras ingleses y americanos en la década de 1960 (por ejemplo Mathis y Collins, 1970) (76) y ha sido actualmente adoptado por el servicio de experimentación en cierto número de centros de Gran Bretaña de los que, por fortuna, Bristol es uno de ellos. Grupos de este tipo pueden ofrecer apoyo durante meses y años mientras sus miembros asimilan las ideas y técnicas reseñadas anteriormente. También proporcionan oportunidades para desarrollar habilida-

des sociales y confianza mediante la discusión, desempeño de un cometido, y la propia experiencia de grupo.

Existen ventajas en limitar la aceptación de miembros de estos grupos a personas en cuyas vidas la exhibición, por ejemplo (o similares actos sexuales desviados antisociales), está desempeñando un papel significativo. Para facilitar la aceptación y la identificación debe haber alguna base común claramente percibida entre estos hombres vulnerables y a menudo aislados. Aquellos cuyo comportamiento desviado está mejor controlado y tiene una importancia menos trascendente en sus vidas no desean identificarse con un grupo que se preocupa por agresores más persistentes con una pobre imagen social. En tal caso, tales hombres podrían ser considerados para ser miembros de un grupo de psicoterapia ordinario si sus dificultades de personalidad lo justifican.

Una nueva ventaja del grupo de servicio de experimentación para exhibicionistas persistentes es que la asistencia puede hacerse obligatoria y supervisada bajo los términos de una prescripción de experimentación. Esto puede ser a veces el único medio de mantener a estos hombres a menudo mal organizados y fácilmente dados al desaliento en una de las pocas situaciones en las que pueden ser ayudados.

Consideraciones sobre las terapias aversivas

La finalidad de estas estrategias aversivas no es la de producir sufrimiento, sino abolir el placer e incrementar la capacidad de autorregulación y autocontrol del sujeto. Nunca deben aplicarse de manera forzada al paciente; los problemas éticos se han exagerado por parte de progresistas de buena voluntad, pero deben administrarse con discreción y procurar una máxima simpatía médico/psicólogo-paciente pensando fundamentalmente en las necesidades y situación del paciente cuyo consentimiento es imprescindible.

El resultado final no debe ser necesariamente la heterosexualidad: en ocasiones será más fácil ayudar a un pedófilo a convertirse en un homosexual adulto que en un heterosexual, sin que este ejemplo deba tomarse como regla única para el abordaje de este tipo de parafilias.

Hay bastantes estudios controlados de seguimiento de esas terapéuticas. En líneas generales los éxitos oscilan entre el 50 y 60%, lo cual no es del todo decepcionante. En realidad la terapia aversiva funciona solamente cuando ha sido posible reforzar otras conductas alternativas gratificantes, sea por métodos de desensibilización, capacitación social u otras; sin olvidar el necesario sostén durante un mínimo de 6 meses y máximo de 1 año, prosiguiendo durante este tiempo con el autoregistro y con las técnicas de afrontamiento a situaciones diversas (depresión, conflictos de pareja, estrés...) que podrían generar recaídas.

Los métodos bioquímicos

Varios autores (Berlín (77), 1981-1987; Gagné, 1981 (78); Córdoba, 1983 (79); Money, 1986 (80); Cooper, et al, 1987) (81) han investigado la utilización de antiandrógenos, y particularmente del acetato de medroxiprogesterona (AMP) en parafilias.

Esta droga bloquea la síntesis testicular de testosterona, reduciendo asimismo los niveles plasmáticos de gonadotrofinas, presumiblemente por acción directa sobre el eje hipotalámico-hipofisario. La reducción de testosterona es dramática a dosis que oscilan de 75 a 600 mg/día (media: 400 mg intramusculares/semana), con doble inyección diaria para evitar la irritación y el dolor locales. A las dos semanas, la disminución de la testosterona ya es clara; cuando decrecen las fantasías sexuales y el impulso, se espacian y reducen las dosis, pudiendo prolongarse el tratamiento desde meses hasta un año, o más tiempo. La mayoría de los autores –en seguimientos de 1 año o más– informan de resultados exitosos en un 8% de parafilicos tratados. Entre los efectos secundarios destacan la ganancia de peso (20% de los casos), ligera hiperten-

sión (30%) y otros semejantes a los que describen las menopáusicas (rubor, excesos de calor y sudaciones nocturnas, mialgias). No hay evidencia de que la AMP cause impotencia, ni que sea carcinógena, a dosis terapéuticas. Obviamente para este tratamiento son válidas todas las consideraciones generales que hemos señalado en las terapias aversivas, pudiendo asociarse a masturbación programada, por ejemplo.

El futuro de estas terapias hormonales –que pueden intentarse también con otro antiandrógeno–, el acetato de ciproterona precisa más de un dato para entusiasmarse excesivamente. La orientación sexual no cambia, siendo una aceptable económica alternativa sobre todo en algunos casos especialmente agresivos, o de bajo cumplimiento terapéutico, dificultades para el seguimiento de otras técnicas. Una cuestión nada baladí a discutir sobre este tipo de tratamientos, es la obligatoriedad o no de la misma por orden judicial; algunos expertos han abogado incluso por una especie de *vacunación obligatoria* con AMP en parafilicos muy reincidentes (Marshall, 1990).

Es este un debate que consideramos valdría la pena iniciar.

Bibliografía

1. Gregersen E. Costumbres sexuales. Ed. Folio, Barcelona 1988.
2. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Meditor. Madrid, 1994.
3. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Manon, Barcelona, 1995.
4. Eysenck HJ, Wilson G. The Psychology of sex. J. M. Dent & Sons Ld, Londres, 1979. Traduc. Española Herder, Barcelona, 81.
5. Brown JS. A behavioral analysis of masochism. Journal of Experimental Research in Personality 1965; 1: 65-70.
6. Kinsey A. Conducta sexual del hombre y de la mujer. Siglo XX Edic. B. Aires, 1967, Edic. USA 1953.
7. Sadock V, Abel G. Paraphilias. En Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edit. por HS. Kaplan y BJ. Sadock, 1069-1085. Williams & Wilkins, U.S.A 1989; 1069-1085.
8. Eysenck HJ. Sex and personality. Open books, Londres, 1976.
9. Mitchell W, Falconer M, Hill D. Epilepsy with fetishism relieved by temporal lobectomy. Lancet 1954; 626-630.
10. McConaghy N. Sexual behavior: Problems and management, Nueva York, Plenum. 1993
11. Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Textbook of Sexual Medicine. Little Brown, Boston 1979. Traducción española Salvat, 1987.
12. Chalkley AJ, Powel GE. The clinical description of forty-eight cases of sexual fetishism. British Journal of Psychiatry 1983; 142: 292-295.
13. Wilson GD, Gosselin C. Personality characteristics of fetishists, transvestites, and sadomasochists, Personality and Individual Differences 1980; 1: 289-295.
14. Abel GG, Becker JV, Mittelman M, Cunningham-Rathner J, Rouleau JL, Murphy WD. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. Journal of Interpersonal Violence 1987; 2: 3-25.
15. Sadock V, Abel G. En op. Cit (7).
16. Gosselin C. Personality attributes of the average ruber fetishist. M. Cook, Eds. 1979.
17. Rachman S, Hodgson RJ. Experimentally induced sexual fetishism: replication and development. Psychological Record 1968; 25: 27.
18. Epstein AW. Relationship of fetishism and transvestism to brain and particularly to temporal lobe dysfunction. Journal of Nervous and Mental Disease 1961; 133: 247-253.
19. Gosselin C. En op. Cit. (16).
20. Prince V. The Transvestite and his wife. Argyle BKS, LA, 1967.
21. Bradley SJ, Blanchard R et al. Interim report of the DSM-IV subcommittee on Gender Identity Disorders. Archives of Sexual Behavior 1991; 20: 333-343.
22. Docter RF. Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior, Plenum, Nueva York, 1988.
23. Prince V, Bentler PM. Survey of 504 cases of transvestism. Psychological Reports 1972; 31: 903-917.
24. Docter RF. En op. Cit. (22).
25. Tellison CD, Adams HE. Sexual disorders: Treatment, theory and research. Gandner Press, N.Y. 1979.
26. McNamara DE, Sagarin E. Sex, Crime and the law. Free Press, N.Y. 1977.
27. Langevin R, Lang RA. The courtship disorders, en G.D. Wilson (dir.), Variant sexuality: Research and theory, Baltimore, MD, Johns Hopkins University. 1987.
28. Hollander MH, Brown CW et al. Genital exhibitionism in women. American Journal of Psychiatry 1977; 134: 436-438.

29. Stoller RJ. Sexual disorders: Treatment, theory and research, Gardner Press, N.Y. 1979.
30. Chiswick D. Sex Crimes, British J Psychiatry 1983; 215-255.
31. McConaghy N. En op. cit. (10).
32. Mohr JW, Turner RE et al. Pedophilia and Exhibitionism. Univ. Of Toronto Press, 1964.
33. Smukler AJ, Schiebel D. Personality characteristics of exhibitionists. Diseases of the Nervous Systems 1975; 36: 600-603.
34. Forgas GF, Cassel CA et al. Chronicity of criminal behavior and psychology in male exhibitionists. J Clin Psychology 1984; 40: 827-832.
35. Forgas GF, Michels EJ. Personality characteristics of two types of male exhibitionist. J Abnormal Psychology 1982; 91: 287-293.
36. Gough HG. En op. cit. (19).
37. Aluja A. Estudio empírico del trastorno antisocial de la personalidad según los criterios DSM III: una medida autoinformada. Rev Psiquiatr Fac Med Barcelona 1987; 14 (2): 122-123.
38. En Marshall, WL. et al.
39. Puri BK, Lakin GPJ et al. Textbook of Psychiatry, pag. 252, Churchill Livingstone, N.Y., Madrid, 1996.
40. Glasser M. Paedophilia. En: Principles and Practice of Forensic Psychiatry. R. Bluglass y P. Bowden (eds.) Sección VIII: Deviation and criminal sexual behavior, Churchill Livingstone, London 1990; 739-748.
41. Groth AN, Birnbaum HJ. Men who rape. Plenum Press, New York, 1979.
42. Money J. Paraphilias: Phenomenology and classification, American Journal of Psychotherapy 1984; 38: 164-179.
43. Money J. Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity, Nueva York, Irvington. 1986.
44. Erikson WD, Walbeck NG et al. Behavior patterns of child molesters, Archives of Sexual Behavior 1988; 17: 77-86.
45. Wilson GD, Gosselin C. Personality of paedophile club members, Personality and Individual Differences 1983; 4: 323-329.
46. Stoller RJ. Perversion: The erotic form of hatred, Nueva York, Pantheon Books, 1975.
47. Krafft Ebing R. Psychopathia Sexualis. 12ª Edición Alemana (Traducción inglesa) Klaff SS. N.Y.; Stein & Day, 1965, 1ª Edición 1894 Enke, Stuttgart.
48. Tellison CD, Adams HE. En op. cit. (15).
49. Mohr JW, Turner RE et al. En op. cit. (32).
50. Rada RT, Laws DR et al. Plasma testosterone levels in the rapist. Psychosomatic Medicine 1976; 42: 253-269.
51. McNamara DE, Sagarin E. En op. cit. (26).
52. Henn FA, Herjanic M et al. Forensic Psychiatry: profiles of two types of sex offenders. American Journal of Psychiatry 1976; 133 (6): 694-696.
53. Cohen ML, Seghorn T et al. Sociometric study of sex offenders, Journal of Abnormal Psychology 1969; 74: 249-255.
54. Bradford JMW, Bloomberg D et al. The heterogeneity/homogeneity of pedophilia. Psychiatric Journal of the University of Ottawa 1988; 13: 217-226.
55. Howells JG. Modern Perspectives in the Psychiatry of Middle Age. Brunnel/Mazel, N.Y. 1981.
56. Lanyon RI. Theory and treatment in child molestation. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1986; 54 (2): 176-182.
57. Avery-Clark CA, Laws DR. Differential erection response patterns of sexual child abuses to stimuli describing activities with children. Behavior Therapy 1984; 15: 71-83.
58. Hunt M. Conducta Sexual de la década del 70. Edit. Sudamericana, 1977. Edic. Americana (USA) 1974.
59. Money J. Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity, Nueva York, Irvington, 1986.
60. Barbach LG, Levine L. Shared Intimacies. Anchor Press. N.Y. 1974
61. Levitt EE, Moser C et al. The prevalence and some attributes of females in the sadomasochistic subculture: A second report, Archives of Sexual Behavior 1994; 32: 465-473.
62. Aluja A, Farre JMª. (74).
63. DSM III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson De. 1988.
64. Sandler J. Masochism: an empirical analysis. Psychological Bulletin 1964; 62: 197-204.
65. Brown JS. En op. cit. (5).
66. Erofeieva MN. Excitación eléctrica de la piel del perro para estimular la acción de las glándulas salivares. Tesis Doctoral 1912.
67. Pontius A, Yudowitz LIB. Frontal lobe System Dysfunction in Some Criminal Actions as Shown in the Narrative Test. Journal of Sexual and Marital Dis 1980; 168 (2): 111-117.
68. Lewis DO. Delinquents said to have perinatal injuries. Psychiatric. News 1978; 13: 26-28.
69. Krynicki VE. Cerebral dysfunction in repetively assaultive adolescents. J Nervous Mental Dis 1978; 166: 59-67.
70. Travin S, Cullen K et al. Female sex offenders: Severe victims and victimizers, Journal of Forensic Sciences 1990; 35: 140-150.
71. Becker JV, Skinner LJ et al. Level of part assault sexual functioning in rape and incest victims. Archives of Sexual Behavior 1986; 49: 15-37.
72. Marks, IM.; Gelder, MG.: Transvestism and fetishism. Clinical and psychological changes during faradic aversion. British Journal of Psychiatry 1967; 113: 711-739.
73. Bancroft JHJ. Deviant sexual behavior. Oxford University Press. N.Y., 1974.
74. Aluja A, Farre JMª. Parafilias. Violencia sexual, 3er Curso de Sexología Clínica. Institut Dexeus, Barcelona, 1989.
75. Crown J. Psiquiatría contemporánea. Carlos Alexandre, Editor, Barcelona. Capítulo 21. Exhibicionismo: un enfoque ecléctico de la conducta. 1987.
76. Mathis JL, Collins M. Exhibitionism: Group Treatment. International Journal of group Psychotherapy 1970; 20: 163.
77. Bernil FS, Meinecke C. Treatment of sex offenders with antidrogenic medication: conceptualización, review of treatment modalities and preliminary findings. American Journal of Psychiatry 1981; 138 (5): 601-607.
78. Gagne P. Treatment of sex offenders with medroxiprogesterone acetate. Am J Psychiatry 1981; 138: 644-646.
79. Cordoba OA, Chapel JL. Medroxiprogesterone acetate antidrogen treatment of hipersexuality in a pedophilic sex offender. Am J Psychiatry 1983; 140 (8): 1036-1039.
80. Money J. Lovemaps, proceptive imagery, and paraphilia: male heterosexual development and its pathology. VI Curso de Andrología. Fundación Puigvert, Barcelona 1986; Actas 149-159.
81. Cooper AJ. Medroxiprogesterone acetate (M.P.A.) treatment of sexual acting out in men suffering from Dementia. Journal Clinical Psychiatry 1987; 48 (9): 368-370.