

# LAS PARAFILIAS SEXUALES

Mark Muse

Behavioral Medicine, Kaiser Permanente

10500 Summit Avenue, Kensington, Maryland 20895 USA

Email: DrMarkMuse@Netscape.Net

*This article reviews the different categories of paraphilias, and presents various therapeutic approaches in the treatment of these disorders. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment approaches are considered.*

*Key words: Paraphilias, cognitive-behavioral therapy, androantagonistic drugs.*

---

## DEFINICIONES

La clasificación de las parafilias, según los criterios del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 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 como parafilia (Alario, 1993; Laws & Donohue, 1997), esa condición no está considerada explícitamente como parafilia en la edición actual del DSM. En la Tabla Número I se presentan las definiciones de cada una de las parafilias mayores.

Se presentan en Tabla II algunos de las parafilias menores, o sea, las parafilias no especificadas en el DSM-IV (Wells, 1999).

El mero hecho de tener una inclinación o hasta un interés consumado en una o más de las categorías de 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 perjuicios o daños sociales a causa de su actuación. Así, la persona que participa en conversaciones indecentes por teléfono con un cómplice al otro lado de la conversación no padece de ningún trastorno si la práctica no le causa conflicto

<b>TABLA I: PARAFILIAS MAYORES</b>	
<b>TRASTORNO PARAFILICO</b>	<b>DESCRIPCION</b>
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

alguno ni repercute socialmente de manera dañina.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento de las parafilias suele utilizar técnicas conductuales/cognitivas y/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 cognocitivos (Muse, 1996). La gran mayoría de las parafilias se manifiesta en la pubertad, dando la impresión de que pueda existir una base de vulnerabilidad por la cual el condicionamiento a estímulos sexuales es especialmente propicio durante esta época de 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 parafilicas suele requerir una intervención multimodal que descondiciona el aprendizaje por condicionamiento clásico, operante y/o 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 el objeto del interés sexual, y el uso de tratamientos médicos con las parafilias suele ser reservado como terapia adjuntiva a la psicoterapia.

### **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

<b>TABLA II: PARAFILIAS MENORES</b>	
<b>TRASTORNO PARAFILICO</b>	<b>DESCRIPCION</b>
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
Biafophilia	Excitación por la idea de ser violado
Cateterofilia.	Excitación por la inserción de un cateter
Cleptofilia	Excitación sexual por robar
Clismafilia.	Excitación sexual por recibir énemas
Coprofilia.	Excitación por ser ensuciado con heces humanas
Coprofagia	Excitación por ingerir heces humana
Erotofonofilia	Excitación por atentar 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
Hibristofilia	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).

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 el tratamiento conductual suele ser el de una descarga eléctrica (MacCulloch & Feldman, 1967; MacCulloch, Waddington, & 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.

Aunque existe evidencia constatable de que la aplicación de una descarga eléctrica puede modificar 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 socio/política 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 dentro de una casa. En seguida, 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 que sea tan efectiva como la descarga eléctrica directamente aplicada (Maletzky, 1991).

Un intento de incrementar la eficacia de la sensibilización encubierta fue la técnica desarrollada por Maletzky (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 en seguida, 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 (Maletzky, 1974; Maletzky & 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 entrenamiento con retroalimentación sexual, varias técnicas que utilizan la masturbación como reforzamiento, y el adiestramiento en la empatía.

### ***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 parafilicos 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 parafilicos (niños desnudos, llevar ropa interior del sexo opuesto, etc.), se le puede presentar la tarea de encender la luz asociada con excitación delante la presentación imaginaria de estímulos deseables (personas adultas desnudas del sexo contrario).

### ***Técnicas de Masturbación:***

El placer que conlleva la masturbación suele reforzar las fantasías e imágenes parafilicas, manteniendo de este modo el enlace entre estímulo y conductas parafilicas. Terapéuticamente, es posible programar la masturbación de manera que refuerce conductas alternativas a las parafilicas. Con tal fin, el conductista asigna la tarea al paciente de usar solamente imágenes no parafilicas durante la masturbación. El efecto es el de distanciar la conexión entre las imágenes parafilicas 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, se le instruye para que continúe masturbándose 15 minutos más, pero esta vez con imágenes parafilicas. 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 parafilicas (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). 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 la parafilias debe de ser la de concienciar al parafilico de las repercusiones que sus actuaciones pueden tener para los demás. Con la finalidad de sensibilizar al

parafilico 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 parafilico a identificar a quién afecta su conducta, 2) La identificación del acto victimizador (enseñar la conducta parafílica que hiera a la víctima), 3) La identificación del daño (hacer explícito el daño causado a la victima 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 parafilicos).

### TÉCNICAS COGNITIVAS:

La identificación de distorsiones cognitivas parafilicas es el primer paso en el tratamiento cognitivo de las desviaciones sexuales. Aunque cada parafilia en sí tendrá unas distorsiones particulares a la condición que incorpora, el individuo que padece de cualquiera de las múltiples parafilias es único, y sus cogniciones disfuncionales tienen que ser identificadas individualmente y específicamente; de poca ayuda es un discurso teórico de los errores del pensamiento de uno, 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 aparecen en Tabla III.

TABLA III* EJEMPLOS DE DISTORSIONES DE UN EXHIBICIONISTA	
CATEGORÍA DE DISTORSIÓN	DIÁLOGO INTERNO
Atribución de Culpabilidad	“Ella se lo buscaba, vestida como iba”.
Minimización de Consecuencias	“No la toqué, entonces no le he hecho ningún daño”.
Justificación de Causa	“Si mi mujer me diese lo que necesito, no tendría que buscarlo en la calle”.
Adaptado de <i>“Exhibition: Assessment and Treatment”</i> (1997) de B. Maletzky.	

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 para refutarlos y reemplazarlos con ideas que corresponden más a la realidad. Tales estrategias tienen que practicarse hasta que se dé el resultado buscado: una reducción en 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 parafilicas 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 candidatos a un régimen de hormonas que reduce el interés sexual del paciente. 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 masculino está más que demostrada (Walker & Meyer, 1981), con reducciones correlacionadas en frecuencia de erección, fantasías sexuales, masturbación, iniciación del sexo y, paratéticamente, conducta agresiva. Los hombres tratados con estas hormonas muestran un buen control sobre sus inclinaciones parafilicas mientras que las toman; pero, como es de esperar, se produce un regreso rápido a la misma conducta parafilica 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 problematicidad de la conducta parafilica como lo son las hormonas antiandrógenas, hay una lista larga de medicamentos que han sido utilizados con este objeto. Todos estos medicamentos psicoactivos tienen algo en común: reducen la 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 de la 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 clínicos en el manejo médico de las parafilias.

## **CONCLUSIONES**

Las estadísticas sobre la incidencia de las varias 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 substancial 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 motivo para ser optimistas. Mientras que la gran mayoría de los estudios hechos en el campo de las parafilias son estudios sobre caso único 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 al 80% de los pacientes tratados con terapia cognitivo-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 cognitivo-conductual. Quizá no sea mucho, pero es, no obstante, esperanzador si tomamos en cuenta que esta área de la sexología ha comenzado sólo muy de reciente a atraer la atención clínica y científica que merece.

---

*Este artículo repasa los diferentes tipos de parafilias, y presenta estrategias terapéuticas para su tratamiento. Tales estrategias abordan la terapia cognitivo-conductual, y el uso de diferentes fármacos.*

*Palabras clave: Parafilias, terapia cognitivo-conductual, fármacos androantagonistas.*

## **Referencias bibliográficas:**

- ALARIO, S. (1993). *Intervención Psicológica en Víctimas de Violación*. Valencia: Promolibro.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- BERNSTEIN, J. (1983). *Handbook of Drug Therapy in Psychiatry*. Boston: John Wright, PSG.
- BRADFORD, J. (1990). 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.

- HUNTER, J. & MATHEWS, R. (1997). Sexual deviance in females. In Laws & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- JENIKE, M. (1990). Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. In Jenike, Baer & Minichiello (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- JENSEN, S., LAWS, D., & WOLFE, R. (1994). *Reduction of sexual arousal: What to do and not do*. 13th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, San Francisco, California.
- KNOPP, F., FREEMAN-LONGO, R., & STEVENSON, W. (1992). *Nationwide Survey of Juvenile and Adult Sex Offender Treatment Programs and Models*. Orwell, Vermont: Safer Society Press.
- LAWS, R. & O'DONOHUE, W. (1997). Fundamental issues in sexual deviance. In Laws & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- LEVIN, S., BARRY, S., GAMBERO, S., WOLFINSOHN, L., & SMITH, A. (1977). Variations of covert sensitization in the treatment of pedophilic behavior: A case study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 10*, 896-907.
- MACCULLOCH, M., & FELDMAN, M. (1967). Aversion therapy in the management of 43 homosexuals. *British Medical Journal, 2*, 594-597.
- MACCULLOCH, M., WADDINGTON, J., & SANBROOK, J. (1978). Avoidance latencies reliability reflect sexual attitude during aversive therapy for homosexuals. *Behavior Therapy, 9*, 526-577.
- MALETZKY, G. (1973). Assisted covert sensitization: A preliminary report. *Behavior Therapy, 4*, 117-119.
- MALETZKY, B. (1974). Assisted covert sensitization in the treatment of exhibitionism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 34-40.
- MALETZKY, B. (1986). Orgasmic reconditioning. In Bellack & Hersen (Eds.), *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. New York: Pergamon Press.
- MALETZKY, G. (1991). *Treating the Sexual Offender*. Newbury Park, California: Sage.
- MALETZKY, G. (1997). Exhibitionism: Assessment & Treatment. In Laws & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- MALETZKY, B., & GEORGE, F. (1973). The treatment of homosexuality by "assisted" covert sensitization. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 655-657.
- MARSHALL, W., EARLS, C., SEGAL., & DARKE, J. (1983). A behavioral program for the assessment and treatment of sexual aggressors. In Craig & McMahon (Eds.), *Advances in Clinical Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MCCONAGHY, N. (1993). *Sexual Behavior: Problems and Management*. New York: Plenum Press.
- MURPHY, W. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sexoffenders. In Marshall, Laws & Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press.
- MURPHY, W. (1997). Exhibitionism: Psychopathology and Theory. In Laws & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- MUSE, M. (1996). *Introducció a la Teràpia Conductual-Cognitiva: Pautes Teorètiques*. Girona: Mensana Publicacions.
- WALKER, P., & MEYER, W. (1981). 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.
- WELLS, J. (1999). Fetish Table: Specific Paraphilias Diagnoses. In DSM-IV as 302.9.
- WEBSITE: HYPERLINK <http://www.compchs.com/fetish.htm>
- WINCZE, W., BARSAL, S., & MALAMUD, M. (1986). Effects of medroxyprogesterone acetate on subjective arousal, arousal to erotic stimulation, and nocturnal penile tumescence in male sex offenders. *Archives of Sexual Behavior, 15*, 293-305.