

CONCEPTUALIZACION, EVALUACION Y TERAPIA DE LA PAIDOFILIA: ILUSTRACION DE LA APLICACION DE LA TERAPIA CONDUCTUAL A UN TRASTORNO PAIDOFILICO

Salvador Alario Bataller

Clínica Psico-Médica (Valencia)

Avda. Blasco Ibáñez, 126 - 6º, 28a, 46022 Valencia

In this article we review the pedophilia, their possible ethiology and the personality investigations that correlate some of pedophilic behaviour and the biological and cognitive-behavioural therapies. In the present study a paidophilic patient was treated with a behavioural therapeutic program. Therapy included impulses control techniques, orgasmic reconditioning, covert sensitization, exposure and cognitive therapy. The results of this study are presented and we can find a good improvement at the end of the treatment. Moreover, the patient maintained the improvement at the 1-month, 3-month, 6-month and 12-month follow-ups.

Key words: Paraphilias, pedophilia, child sexual abuse, personality, cognitive-behavioural therapy, aversive therapy, exposure.

1.1. INTRODUCCION

Si bien en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1994) se establecen algunas modificaciones y aditamentos respecto a los anteriores, el significado de los cuatro grandes grupos diagnósticos y muchas de los trastornos particulares es idéntico que en las versiones precedentes. Así, las parafilias aludirían a trastornos cuya característica diferencial consistiría en la experimentación de excitación sexual ante pensamientos, objetos y situaciones inapropiados según lo que socialmente se considera normal o adecuado; en los trastornos de la identidad sexual el paciente vería inadecuado, molesto y extraño su sexo anatómico, etc.

La *Paidofilia* o *Pedofilia* (literalmente «amor a los niños»: del griego

paidós, niño, y *filos*, amor) objeto de este artículo, constituye un hecho grave, el cual, en nuestros días, está recibiendo una especial atención, tanto especializada como en los medios de comunicación social, debido a los acontecimientos recientes relativos al abuso sexual, prostitución y pornografía infantiles. Ciertamente nos enfrentamos al problema genérico de los malos tratos y abuso sexual infantil, problema que ha existido siempre y que sólo en fechas muy próximas en el tiempo ha recibido la atención merecida por parte de los estamentos sociales y profesionales. Las investigaciones sistemáticas son de publicación muy reciente, como mucho desarrolladas en los últimos quince años, y gracias a ellas hemos aumentado nuestra comprensión sobre la etiología, mantenimiento, secuelas y vías de intervención para las víctimas de malos tratos y agresión sexual en edad infantil o adolescente. De hecho se han incrementado las publicaciones especializadas e inclusive en nuestro país contamos, por lo menos, con dos monográficos dedicados al tema (vbgr., Arruabarrena & de Paúl, 1996; Cantón & Cortés, 1997). Aquí interesa, no obstante, la otra parte, la del sujeto que comete dichos actos, el paidófilo, tema que, a despecho de su indudable interés social, legal y científico, ha merecido más bien escasa investigación y sobre el cual existen no pocas especulaciones y, por lo demás, pocos hechos probados. Pese a ello, se tiene noticia de la paidofilia desde antiguo y actualmente disponemos de criterios específicos para su diagnóstico (Tabla 1). El asunto de la terapia es capítulo aparte aunque, como veremos, existen vías de intervención que merecen ser estudiadas en mayor profundidad y rigor y que, en líneas generales y atendiendo a condicionantes concretos (personalidad del paciente, tipo de agresión, modalidad del abuso, disponibilidad asistencial, etc), pueden ofrecer vías de intervención prometedoras.

Dentro de las parafilias, la paidofilia es la que recibe un mayor rechazo social, por la consideración impropia del acto, debido a que se establece entre un adulto y un niño, al cual se le supone inmaduro y sin el suficiente conocimiento y libertad para decidir sobre sus actos y para valorar el significado de los mismos. En general, la relación sexual adulto y niño se la considera social y moralmente inadecuada.

Así pues, la característica principal de la paidofilia consiste en la realización de actividades sexuales con niños en edad prepuberal (por lo general de 13 años o menos). Según el DSM-IV, el paidófilo debe tener 16 años o más y ha de ser, por lo menos, 5 años mayor que el niño (APA, 1994). En el caso de los adolescentes mayores que padecen este trastorno no se ha especificado una diferencia de edad precisa y, se aconseja por ello, que debe apelarse al juicio clínico, considerando tanto la madurez sexual del niño como la diferencia de edades; este hecho es importante dado que, como tendremos ocasión de ver inmediatamente, ha aumentado el número de actos paidofílicos cometidos por adolescentes.

Por otra parte, los paidófilos se sienten atraídos por niños dentro de un margen de edad particular. Hay paidofilia homosexual y heterosexual, a la vez que existen individuos que se sienten atraídos tanto por niños como por niñas. Generalmente,

Tabla 1.- Criterios diagnósticos de la pedofilia según el DSM-IV.

1. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes o altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente 13 años o menos).
2. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
3. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del criterio 1. No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

Especificar si:

Con atracción sexual por los varones

Con atracción sexual por las mujeres

Con atracción sexual por ambos sexos

Especificar si:

Se limita al incesto

Especificar si:

Tipo exclusivo (atracción sólo por los niños)

Tipo no exclusivo

para los que prefieren niñas, éstas suelen tener una edad que oscila entre los 8 y los 10 años, mientras los que se inclinan por los niños los prefieren un poco mayores. Se sabe a ciencia cierta que la paidofilia que afecta a las niñas es mucho más frecuente que la correspondiente a los niños.

En cuanto a las actividades sexuales entre adulto y niño, pueden ser variadas: hay quien solamente se dedica a desnudar a los niños y observarlos, a exponerse frente a ellos, masturbarse en su presencia, acariciarlos, mientras otros practican el sexo oral o la penetración anal o vaginal, variando el grado de fuerza utilizado para conseguir estos objetivos. Se suelen aducir razones justificativas por parte del paidófilo en relación a su proceder, en el sentido de que ello puede ser educativo para el niño, que éste es provocador, que disfruta con el contacto sexual, temas que son recurrentes en la pornografía infantil y que constituyen una distorsión de la realidad. Puede darse también el sadismo sexual asociado a la paidofilia, pero cuando no es éste el caso, el paidófilo suele ser solícito con las necesidades del niño, granjeándose su afecto y lealtad a fin de no ser denunciado.

El trastorno paidofílico suele aparecer en la adolescencia -y son numerosos los casos detectados recientemente en los que el agresor es un adolescente, como se verá-, aunque algunos pacientes comunican que el interés se suscitó en la edad intermedia de la vida. La excitación paidofílica suele acentuarse con el estrés psicosocial y su curso normalmente es crónico, especialmente cuando la atracción es de índole homosexual. De hecho, el índice de recidivas en los paidófilos

homosexuales es aproximadamente el doble en comparación con los heterosexuales. En cuanto a los factores predisponentes, se ha observado que muchos de estos individuos fueron víctimas de abusos sexuales en la infancia.

En cuanto al diagnóstico diferencial, debe tenerse presente que los actos sexuales con niños no aseguran el diagnóstico de paidofilia, ni la existencia de fantasías masturbatorias, puesto que puede ocurrir que personas sexualmente normales utilicen imágenes infantiles en la autocomplacencia sexual, si bien nunca realizarían un acto semejante en la realidad; la situación sería análoga a lo observado en la población heterosexual, donde suelen darse casos de excitación sexual homófila asociada a la masturbación, sin que ello comporte práctica ninguna de esta índole. En este sentido cabría considerar también a las otras parafilias, hecho que no resulta en absoluto problemático si no trasciende la imaginación y que un escritor entre nosotros ha conceptualizado como inocua perversión diaria, esas licencias que uno puede permitirse en la fantasía y que en la práctica pueden darse, salvo excepciones, siempre y cuando no medie la coacción o un dolor intolerable (de Villena, 1992). En efecto, tendremos ocasión de comprobar que esto es precisamente una realidad, mucho más frecuente de lo que la gente estaría dispuesta a reconocer.

Los actos sexuales con niños pueden tener un carácter reactivo dependiendo, por ejemplo, de pérdidas afectivas, desacuerdos maritales o soledad, representando la relación sexual con el niño un sustituto de una actividad preferente, pero no disponible. En otras condiciones, el sujeto no se involucraría en este tipo de contacto sexual, lo cual, por lo demás, nada resta a lo punible del acto.

Cuando se da incesto, debe realizarse el diagnóstico de paidofilia siempre que se satisfagan los criterios diagnósticos. En estos casos, también suele darse relaciones paidofílicas con niños que no pertenecen a la familia. Ciertas condiciones, como el alcoholismo, trastornos asociados con la edad, esquizofrenia o en el síndrome orgánico de la personalidad, que producen una disminución de la capacidad de juicio, de las habilidades de relación sexual o un déficit en el control de impulsos, que abocaría, en algunos casos y de manera aislada, pueden conducir a la comisión de actos sexuales con niños. En estos casos, la relación con niños no es la fuente preferente ni exclusiva para obtener placer sexual. Finalmente, cuando haya sadismo sexual, deben efectuarse ambos diagnósticos.

Anteriormente se creía que la paidofilia se daba exclusivamente en hombres (Stoller, 1977), aunque se ha comprobado también su existencia en mujeres (Tollison & Adams, 1979; Kolodny *et al.*, 1979). La mayoría de los paidófilos son heterosexuales -siendo niñas las 2/3 partes de las víctimas-, muchos de ellos con hijos y solamente en un 10% de los casos son desconocidos de la víctima (Mohr *et al.*, 1964). De lo que no cabe duda es que la mayoría de los agresores sexuales, tanto de niños como de niñas, son varones, representando, según investigaciones, del 82 al 92% del total; además, es más frecuente que los paidófilos escojan víctimas del

sexo contrario, sean agresores masculinos o femeninos (v., López *et al.*, 1995).

En cuanto a la edad de los agresores, la mayoría de ellos son adultos de mediana edad (López *et al.*, 1995); sin embargo, investigaciones realizadas en otros países han constatado el elevado número de agresores sexuales adolescentes que cometen abuso sexual infantil, apreciándose un aumento de la tasa de incidencia a lo largo de años consecutivos de estudio y la probabilidad de cometer abuso sexual en la adolescencia, en comparación con personas de mayor o de menor edad (el grupo de 8 a 12 años le seguía en importancia) (Glasgow *et al.*, 1994; Elliot *et al.*, 1995).

A pesar de las secuelas demostradas del abuso sexual infantil y del énfasis actual en las medidas preventivas, hay quienes defienden la normalidad de la paidofilia. Este supuesto se basa en la idea de que si un niño accede libremente al contacto sexual, si posee los conocimientos sexuales adecuados y consiente sin que medie coacción, las relaciones que, bajo estos condicionantes, se establezcan entre adulto y niño no son patológicas. Los defensores de esta postura apelan a los datos de estudios transculturales referentes a relaciones adulto-niño, así como información de fuentes históricas. También se arguye que no es propiamente la relación la que provoca consecuencias negativas en el niño, sino la respuesta social ante la misma, proveniente de la familia, autoridades, amigos o vecinos que impregnarían el incidente de un dramatismo que no tiene, haciendo vivenciar al niño sentimientos de culpa, angustia y vergüenza. Caso de no existir tal reacción, no se produciría ningún efecto negativo en el niño, sino que, al contrario, la relación paidofílica podría ser normal y saludable (supuesto placer, efecto pedagógico, afecto proporcionado, etc). Empero, aunque se demostrase la inexistencia de perjuicio, perviviría el problema moral de la desigualdad de poder y, por lo tanto, la falta de madurez en el niño para dar su consentimiento (Kelly & Lusk, 1992). Otro argumento que se ha esgrimido en defensa de la normalidad de la paidofilia es que, en cierto grado, esta clase de excitación sexual existiría en la totalidad de los adultos. Habida cuenta de las diferencias importantes entre imaginación y comisión de actos, entre fantasía y realidad y que algunos individuos podrían utilizar imaginación paidofílica en la masturbación (como sucede con heterosexuales que emplean imágenes homosexuales en el acto masturbatorio) sin mayor incidencia en el plano psicológico o social. La mayoría de los estudios realizados han observado en los paidófilos una mayor tasa de alcoholismo, más trastornos psicopatológicos, estilo atribucional, actitudes y creencias sexuales peculiares y una respuesta de erección mayor ante diapositivas de niños en comparación con la población normal (v., Avery-Clark & Laws, 1984). Pero hay que tener presente que la mayor parte de los estudios se han llevado a cabo sobre paidófilos encarcelados o sometidos a tratamiento, por lo cual los resultados no son generalizables a la población paidofílica, por un básico sesgo de muestreo; asimismo, bien pudiera ser que las diferencias indicadas arriba tuvieran otra causa diferente de la paidofilia *per se*, por ejemplo las consecuencias del ostracismo social (Kelly & Lusk, 1992; Briere *et al.*, 1992).

Aunque posteriormente trataremos el capítulo de las hipótesis etiológicas de la paidofilia, centrándonos sobre todo en el paradigma biogénico y en el del aprendizaje, se pueden considerar ciertas condiciones facilitadoras, en la personalidad y en lo social, que pueden ser relevantes para comprender mejor esta parafilia. Los factores de personalidad pueden tener una importancia substancial en la determinación del trastorno, a despecho de que la evidencia disponible es poca y poco concluyente. Desde el psicoanálisis siempre se preconizó la enjundia de componentes no sexuales, como la necesidad de afecto o poder, así como la influencia de la heterofobia. Empero, las investigaciones que han utilizado pruebas psicológicas objetivas, tests psicométricos, principalmente el MMPI, no han establecido ningún perfil característico del agresor sexual, sea de adultos o de niños. Sí se ha detectado que los agresores sexuales no violentos suelen ser más tímidos, socialmente inhibidos, pasivos y poco asertivos, a la par que los incestuosos se caracterizan por ser violentos, autoritarios y, por ende, dominantes y controladores, por lo menos en su familia (vbgr., Hall, 1989). También se han descrito ciertos factores socioculturales que podrían estar asociados con el trastorno paidofílico. De una manera general, se responsabilizaría a los patrones de socialización de la cultura occidental de la generación del abuso sexual. En este sentido, cabría mencionar la discriminación y opresión de las mujeres en nuestra sociedad, donde las madres poseen un escaso poder en el seno de la familia, modelo éste que las niñas acabarán aprendiendo indefectiblemente. Este estatus de inferioridad y dominación podría facilitar la victimización. Por otro lado, el tema sexual suele ser tabú para los niños, lo cual desencadenará un natural interés ante lo prohibido, lo que puede conducir a una mayor facilidad de asentimiento cuando un adulto brinda esa posibilidad de «conocimiento» sexual. Añádase a lo anterior, la pérdida y deterioro de valores morales tradicionales (religiosos, disminución de la autoridad paterna, relativización del «mal y lo malo»), la disminución genérica del miedo a las consecuencias de la propia conducta, dimanantes de la revolución sexual (y del cambio social general), lo que comporta una falta de claridad y definición de las normas sexuales. Del mismo modo, existe un aumento de estímulos de valencia sexual que pueden involucrar a los niños, como la sexualización de los niños en los medios de comunicación, la progresión de la difusión y quizás del interés por la pornografía infantil. Paralelamente una mayor liberalización del sexo no implica una mayor gratificación real y de ahí la disonancia entre revolución sexual y satisfacción sexual que, en algunos individuos insatisfechos, podría llevar a buscar la satisfacción prometida y no obtenida con el acceso carnal a los niños. Así mismo, cabe considerar la mayor asertividad sexual en la mujer, no pocas veces confundida con agresividad, que puede resultar amenazante para algunos hombres, que preferirán soslayar la ansiedad y la inseguridad mediante la relación con niños. De hecho, hay evidencia que apunta a que, en nuestra cultura, un número importante de hombres, dependiendo de factores determinados, experimentan cierto grado de atracción

sexual por los niños. Entre las variables intervinientes en la atracción parafilica estaban el uso regular de pornografía, el hecho de ser varón, mayor experiencia sexual y tolerancia hacia la violencia interpersonal (Briere & Runtz, 1989).

De carácter también sociocultural, la perspectiva feminista, ha resaltado tres componentes esenciales en el abuso sexual infantil. Un hecho central es que la mayor parte de los abusos sexuales los realizan hombres sobre niñas, a lo cual hay que añadir la falta de responsabilidad de la víctima en el abuso, para terminar enfatizando que la causa principal del abuso es la naturaleza patriarcal (léase machista) de nuestra sociedad. Un condicionante del abuso estribaría en el papel inferior que la sociedad atorga a las mujeres y a los niños. Este modelo de «socialización masculina» produciría un hombre tendente a buscar su satisfacción sexual de una manera prioritaria, fuera de una relación amorosa o romántica, poseedor de un rol activo y dominante, por el que ve el otro sexo como objeto de satisfacción sexual, pasivo e inferior. Un ser dominado, pasivo y con poca iniciativa sexual sería precisamente un niño. Se ha criticado esta teoría en el sentido de que solamente trata de explicar ciertos factores socioculturales que coadyuvarían a una desinhibición del paidofílico con niñas, pero no se ocupa, sin embargo, de las mujeres paidófilas, ni de la paidofilia homosexual (Cantón & Cortés, 1997).

Por otra parte, Finkelhor (1984) ha defendido la teoría de que existirían cuatro condiciones previas necesarias para la paidofilia, que serían la motivación, la eliminación de inhibiciones personales, el soslayo de barreras exteriores y la superación de la resistencia que el niño pueda oponer al contacto paidófilo. Vemos que el énfasis se centra más bien ahora en el individuo.

En primer lugar, pueden existir multitud de factores motivacionales detrás de la paidofilia, pero se destacan tres componentes motivacionales principales: la congruencia emocional (es decir, la relación sexual con el niño satisface una necesidad emocional importante), la activación sexual (es decir, el contacto sexual ha de ser gratificante) y el bloqueo (es decir, otras formas de relación sexual tienen menos valencia plecentera o no hay disponibilidad). El que se tenga dicha motivación, cabe buscarla en factores tanto socioculturales como psicológicos. Entre los primeros, habría que destacar la necesidad masculina de ser activos y dominantes en materia sexual, la utilización de imágenes infantiles (más o menos sexualizadas) en la publicidad ordinaria, la pornografía infantil, la inhibición de la masturbación y de las relaciones extramaritales. En el plano psicológico, se ha hablado del deficiente desarrollo emocional del paidófilo, de la existencia de un trauma infantil inconsciente, de la identificación narcisística con un yo infantil, del impacto psicológico del mantenimiento de relaciones con adultos en la infancia y del modelado de este tipo de atracción por parte de otra persona con tendencias paidófilas, de una anormalidad biológica o de una necesidad de poder y control que solamente podría ser satisfecha con niños.

En segundo lugar, además de estar motivado, el sujeto tendrá que eliminar una

serie de inhibiciones personales que, como tales, de ordinario actúan inhibiendo las relaciones sexuales con niños. Entre los elementos que pueden conducir a esta desinhibición se encuentran el alcohol, la senilidad, la deficiencia mental, trastornos mentales graves (como la esquizofrenia) y la existencia del incesto. Aquí habría que contemplar también la falta de una legislación contundente para este tipo de delito habiendo, por contra y aún en nuestros días, cierta tolerancia social y debilidad en el castigo por este tipo de actos.

En tercer lugar, hay algunos factores individuales que permiten al adulto superar las barreras externas al abuso sexual, infantil, entre los cuales cabe destacar una madre ausente (por ruptura, enfermedad o muerte), una madre dominada y maltratada, el aislamiento social de la familia y las posibilidades para el contacto con el niño, dormitorios comunes, etc. Desde la perspectiva sociocultural, se defiende la idea que detrás de la superación del control externo para el abuso, pueda existir la desigualdad entre los sexos y la falta de apoyo social de la madre.

La cuarta y última precondition necesaria para que se produzca el abuso sexual es la posibilidad del niño para resistirse del abuso sexual. Un niño emocionalmente inseguro, falto de información sobre los abusos sexuales, con confianza hacia el adulto agresor (por ejemplo un familiar), sometido a coacción, es un buen candidato para ser victimizado. Un niño emocionalmente vulnerable y con carencias afectivas será más proclive a sufrir abuso sexual, pero estas condiciones no son importantes cuando el agresor hace uso de la violencia. Detrás de toda esta problemática, suele encontrarse la escasa educación sexual de los niños y su escaso poder a nivel social.

Terminaremos esta introducción con una referencia a las tipologías sobre la paidofilia. Según el DSM-IV, hay individuos que solamente se sentirían atraídos por niños: sería la *paidofilia de tipo exclusivo*; mientras que otros, en ocasiones, se sentirían atraídos sexualmente por adultos, en cuyo caso estaríamos ante la *paidofilia no exclusiva* (APA, 1994).

Una tipología similar a la anterior es la de Howells (1981), que distinguía entre *paidófilos preferenciales* y *paidófilos situacionales*, mostrando los primeros una orientación sexual fundamentalmente dirigida a los niños, con nulo o escaso interés hacia los adultos; suelen ser solteros y en caso de matrimonio, éste sería de apariencia o de conveniencia. Se trataría de los paidófilos *purasangre*, con rasgos compulsivos, con bajo control de impulsos, que planificarían sus ofensas y, por ello, sus acciones no serían desencadenadas por el estrés psicosocial. No valorarían su problema como tal, con baja conciencia de enfermedad. En los paidófilos de la segunda clase, los situacionales, no se detectaría ninguna anomalía en su desarrollo social y sexual, aunque pudiesen observarse déficits en las habilidades heterosexuales y heterosociales, especialmente en las relaciones íntimas. *A priori*, sus intereses sexuales van dirigidos a los adultos y valoran como anormal o patológica su inclinación por los niños. Sus conductas parafilicas, de carácter claramente impulsivo, se encuentran desencadenadas por factores vitales estresantes y, por ello, no

existe premeditación relativa.

Por su parte, Lanyon (1986) añadía una nueva estirpe de paidófilos, cuyo significado es obvio, los *paidófilos violentos* y *violadores*, cuya violencia implícita en el acto merecería consideraciones especiales (v., Alario Bataller, 1993a). En un trabajo experimental, se comprobó que los ofensores sexuales violentos respondían significativamente (medidas pletismográficas) a los estímulos agresivos, hecho que no sucedió en los paidófilos no violentos (Avery-Clark & Lows, 1984). Esta evidencia es importante porque incide en la diferenciación entre dos tipos de parafílicos, es decir, aquellos que abusan sexualmente con violencia y aquellos que no asocian la violencia al abuso sexual indicando así, muy posiblemente, diferencias etiopatogénicas las que, a su vez, determinarían el tratamiento a seguir.

En fechas más recientes Glasser (1990) ha descrito lo que él denomina *paidofilia invariante*, de carácter primario, caracterizada porque el sujeto siempre se ha visto inmiscuido en actividades sexuales con niños de manera exclusiva. Su interés por las personas adultas en el plano sexual es nulo. Su personalidad sería rígida, con grandes limitaciones en cuanto a intereses y actividades, abocado a una vida solitaria y estéril. Su comportamiento paidofílico es visto por esta clase de sujetos como algo normal y, subsiguientemente, no evocan en él culpa ni vergüenza alguna. Por otra parte nos encontramos, siempre según este autor, con la *paidofilia psiconeurótica*, secundaria, por cuanto el individuo tiene o ha tenido posibilidades de establecer relaciones sexuales con personas adultas, habitualmente de carácter heterosexual. Empero, en las relaciones normales estos sujetos pueden experimentar problemas o dificultades, en el deseo, en la capacidad eréctil o conflictos de pareja, síntomas de naturaleza «neurótica», que el autor relaciona con una conflictividad intrapsíquica característica. Al solayo de la filiación teórica de este investigador, lo que interesa resaltar en este lugar es que estas conductas paidofílicas secundarias de desencadenarían de manera irregular, de modo oportunista o a causa de un período de estrés. En este caso el sujeto sí experimenta fuertes sentimientos del culpa o vergüenza. No obstante, una evaluación más profunda en este tipo de pacientes detecta que los impulsos y deseos paidofílicos son realmente de carácter persistente en sus vidas subyacentes, a decir verdad, a una aparente normalidad emocional y adecuada adaptación al medio social. Además, en base a datos clínicos, se observa que este tipo psiconeurótico, para realizar una actividad sexual apropiada con personas adultas, requiere apelar, en cada ocasión, a fantasías paidofílicas durante el intercurso. Glasser (1990) ha aducido que, sea como fuere y pese a las disimilitudes indicadas, ambos tipos presentan en común su gran temor y rechazo hacia la sexualidad adulta normal, cuyas causas habrán de encontrarse en el desarrollo psicosexual de los sujetos. Sin entrar en detalles, decir solamente que se han postulado teorías diversas para explicar este hecho, pero ninguna de ellas ha recibido, en lo esencial, confirmación experimental.

Otra clasificación tipológica es la que distingue entre *agresores incestuosos*

y *agresores pedofílicos*; según los proponentes de esta tipología, los padres incestuosos no cometerían actos pedofílicos fuera de la familia y el acto respondería a necesidades diferentes a los sexuales. La estructura familiar, por lo demás, coadyuvaría a la génesis del abuso sexual y a su pervivencia. El hecho es, sin embargo, que el tipo de familia que se encuentra en el incesto puede darse en situaciones donde no existe el abuso sexual, que la sexualidad posee componentes sexuales y no sexuales y que el padre incestuoso lleva a cabo actividades sexuales fuera de su hogar (Conte 1985). Por su parte, los agresores pedofílicos utilizarían a niños como objetos sexuales de forma preferente o excluyente. Los individuos que elegirían, si pudieran, mantener relaciones con adultos quedarían fuera de este tipo.

Una nueva tipología se basa en el significado del abuso, la relación del agresor con la víctima y el nivel de relaciones interpersonales del agresor (Knight *et al.*, 1985). Así, según el significado de la agresión, tendríamos a paidófilos que solamente buscarían la satisfacción sexual (objetivo instrumental) y aquellos, agresivos, cuya meta sería la de causar daño al niño. Según el tipo de relación entre el agresor y la víctimas, podríamos distinguir entre la seducción, el uso de la fuerza, la manipulación, abuso de niños conocidos, etc. En cuanto al tipo de relaciones interpersonales anteriores, distinguiríamos una tipología según los conceptos de regresión o de fijación. De esta forma, el agresor con fijación mostraría un bajo nivel de competencia social, caracterizándose por distorsionar a la víctima; en cambio el agresor con regresión tendría un mayor desarrollo y nivel de relaciones interpersonales que el caso anterior, cupiendo la posibilidad de un matrimonio previo y de la existencia de relaciones heterosexuales normales previas a la regresión.

También podemos considerar en este lugar los paidotipos de la línea freudiana, con algunos elementos que ya han aparecido en clasificaciones anteriores. Por ejemplo, Groth *et al.* (1982) discriminaron entre *paidófilos fijados* y *paidófilos regresivos*. Los primeros presentarían una falta de maduración psicosexual típica y, por ende, por la inexistencia de relaciones sexuales adultas. Su preferencia sexual es casi completamente exclusiva hacia los niños y tendrían unas necesidades emocionales infantiles, propias de niños: serían, en ese aspecto, como niños que se relacionan con otros niños. El contacto sexual adulto les evoca ansiedad (también hay sentimientos de inadecuación e ineptitud en las relaciones sociales con adultos, en general), por lo cual les resulta insatisfactorio. No tendrían sentimientos de culpa (o, en todo caso, el malestar sería mínimo), planeando sus actuaciones sexuales parafílicas y la orientación sería, preferentemente, homófila. En lo concerniente al segundo tipo, los paidófilos con regresión, presentarían un desarrollo psicosexual previo normal, con el mantenimiento de relaciones sexuales con personas adultas pero, en determinado momento de sus vidas, sufren una regresión que les impele a buscar contacto sexual con niños, sobre todo cuando surge la inadaptación y la falta de control ante problemas como la separación, el divorcio, la pérdida de empleo o el estrés psicosocial intenso. Sin embargo, el mantenimiento de relaciones paidófilas

resulta contradictorio con lo que ellos consideran una relación sexual normal (entre adultos), por lo cual suelen generarse sentimientos de culpa consecuentes a su comportamiento. Su conducta sexual inadecuada suele ser reactiva, episódica e impulsiva y el tipo de relación es heterosexual.

1.2. APROXIMACIONES ETIOLÓGICAS

1.2.1. Teorías biológicas

Las teorías biológicas, por las que se pretenden explicar las parafilias a partir de factores etiológicos endógenos, pueden dividirse, a grandes rasgos, en dos grandes grupos: las tesis genéticas, que defenderían la existencia de factores de herencia (genes), transmisibles de generación en generación, responsables de las desviaciones sexuales, y las tesis endocrinológicas, donde se daría primacía al influjo hormonal sobre el comportamiento, pudiendo ser la determinación prenatal, perinatal o postnatal, atendiendo al momento más relevante de actuación de los factores endocrinos (hormonas) (Alario Bataller, 1992).

En último término habría que retrotraerse al peso fundamental del genoma, que determina la estructura y función que, en formas diversas, pueden hallarse presentes en las parafilias con un peso que, a decir verdad, hoy nos es desconocido. En no pocas ocasiones también, a un cierto nivel de análisis pueden encontrarse relaciones estables que permiten comprender los fenómenos objeto de investigación y esto precisamente se ha tratado de averiguar en el marco de las tesis biogénicas, principalmente respecto a la determinación hormonal del comportamiento sexual, en general y parafilico/paidofílico que es lo que aquí nos interesa.

En el seno de la teoría biológica de la pedofilia y de la ofensa y agresión sexual en general, se han contemplado muchas variables. En la paidofilia se han defendido las tesis de una mayor tasa de testosterona y, en consecuencia, una mayor activación sexual en comparación con la población normal. La hipótesis de los niveles testosterónicos incrementados se defendería, sobre todo, cuando en la relación sexual parafilica coexiste la violencia. Factores como éstos coadyuvarían directamente a la parafilia, pero existirían otros déficits que, restando autocontrol al sujeto, contribuirían al mismo resultado. Así, algunos autores han postulado un déficit en inteligencia (vbgr.,debilidad mental y senilidad) en la paidofilia, si bien las evidencias establecen que la mayoría de los sujetos poseen una inteligencia normal.

Quedó dicho anteriormente que una línea de investigación intenta demostrar la relación entre ciertos andrógenos y actos sexuales violentos. En una investigación se encontró una correlación positiva entre sujetos encarcelados por delitos sexuales y niveles elevados de testosterona total y globulina ligada o portadora de este andrógeno (Aluja *et al.*, 1989). En cambio, la testosterona libre se encontraba disminuida en sus niveles hemáticos. También se encontró, dato interesante, que los individuos encarcelados tenían puntuaciones mayores en la escala de «buscadores

de sensaciones», en comparación con los controles; estos hechos son concordantes con los hallazgos de Baitzman & Zukerman (1980).

Se ha defendido la hipótesis de que el factor biológico más conspicuo relacionado con la paidofilia es el sexo del adulto: la práctica totalidad de los paidófilos son varones, de ahí que resulta plausible admitir una actuación determinada a los factores biológicos (Kelly & Lusk, 1992). En relación con el sexo del adulto, precisamente sería menor el número de mujeres paidófilas a causa de una generalización a todas las formas de relación sexual de la estrategia de la mayor cautela y prevención de las relaciones sexuales adultas, principalmente por las repercusiones del embarazo.

Así mismo, existe una línea de investigación que contempla tanto factores bioquímicos como parámetros de personalidad que puede arrojar luz en este capítulo tan controvertido que es el de las ofensas y desviaciones sexuales (Farré Martí *et al.*, 1991). En ciertas investigaciones se ha constatado una correlación positiva entre altas puntuaciones en índices de «búsqueda de sensaciones» y la actividad de la acetilcolinesterasa. Esto denota una intensificación del catabolismo colinérgico, el cual provocaría una mayor dificultad para la relajación en el comportamiento o en la actividad, amén de niveles disminuidos de MAO plaquetaria y la correspondiente escasa degradación de catecolaminas. Se sabe que éstas son responsables, al menos parcialmente, de la hiperactividad. También se observan consecuentemente déficits en serotonina.

En el caso de las parafilias, se han propuesto hipótesis generales para explicar la relación existente entre la identidad de género masculina y las conductas parafilias (Eysenck, 1979; Eysenck & Wilson, 1976). Según esta argumentación, las mujeres serían poseedoras de una mayor capacidad discriminativa en materia sexual comparadas con los hombres. Este hecho sería extrapolable a las otras especies zoológicas. Los varones mostrarían una mayor variabilidad sexual, debido a que, por su propia condición, pueden permitirse el lujo de dilapidar el semen (Eysenck & Wilson, 1976). El hombre, virtualmente, poseería un impulso sexual enérgico e imperativo, requiriendo necesariamente la satisfacción de este apetito, lo que casi nunca sucede al gusto del que desea; en consecuencia aparecerían estados de insatisfacción y frustración sexuales con lo que, dadas condiciones facilitadoras, aumentaría la probabilidad de realizar actos parafilicos. En los agresores sexuales se ha descubierto que su impulso sexual no es más vehemente que el de sujetos controles, aunque muestran una mayor agresividad hacia la mujer. Piénsese en el binomio frustración-agresión que, en alguna medida, podría encontrarse a la base de algunas parafilias y vejaciones sexuales. La violación de hecho, más que otra cosa, parece ser un acto de violencia ejercida hacia la mujer (Alario Bataller, 1993a).

Por su parte, la testosterona constituye el substrato orgánico de conductas definidas. Se sabe que, en muchas especies, la conducta agonística (de ataque y defensa) se encuentra relacionada con los niveles de testosterona. También en otros

biontes aparte del humano, hombre y mujer inclusive, el deseo sexual se encuentra condicionado por los niveles testoterónicos. Sin embargo, tesis que desarrollaremos acto continuo, se ha indicado que el deseo sexual es más fuerte en el parafílico que en quien no lo es (activación sexual fisiológica incrementada) y si, además, hay insatisfacción sexual, habrá una mayor tendencia en ellos (y en los hombres en general) a compensar dicha frustración con fantasías de tipo parafílico (sádico, masoquista, pedofílico, etc). Así, pues, la insatisfacción básica del parafílico se encontraría a la base de su psicopatología, si bien habría que considerar otros aspectos etiopatogénicos. Lo que sí sabemos, como se dijo, es que las parafilias, los vejámenes y las agresiones sexuales son ejercidos casi exclusivamente por varones; la razón de ello nos es, hoy por hoy, completamente desconocida.

La hipótesis comentada de que los parafílicos y los paidófilos entre ellos, poseerían una mayor activación sexual fisiológica que los controles normales, se encuentra a la base no sólo de una concepción de la paidofilia, consecuente, sino que dimana además de ciertas medidas de evaluación de tipo biológico. De hecho, muchos estudios de laboratorio y estrategias terapéuticas se basan en medidas fisiológicas de activación sexual como variable dependiente más relevante de cambio terapéutico y, en no pocas ocasiones -pese a los importantes problemas y dudas suscitadas- las medidas fisiológicas de activación han sido consideradas criterio único de desviación. Recientemente, esta idea ha sido palmariamente defendida, considerándose la erección peneana frente a estímulos sexuales infantiles la medida más objetiva del interés sexual en el paidófilo (Hall, 1990). Reforzando esta tesis, Lalumière y Earls (1992), han defendido las ventajas de este método, ya que permite especificar las conductas objeto de tratamiento, a la par que brinda una medida objetiva de los progresos terapéuticos. Recuérdese que el procedimiento estandard consiste en proyectar vídeos, fotografías o grabaciones sonoras de tipo erótico atingentes a niños, a los sujetos, tomándose consecuentemente medidas pletismográficas (vbgr., el aumento de la circunferencia del pene). Según la evidencia disponible, el material filmado es más estimulante que las fotografías o las grabaciones sonoras. Hay evidencia también que, en adultos, los agresores sexuales responden con una mayor activación a imágenes con violencia sexual implícita (v., Avery-Clark, 1984). También existe una relación positiva entre activación sexual pedofílica y sujetos que han abusado de niños (activación y experiencia directa) (Freund & Blanchard, 1989).

Esta tesis de la activación sexual peidófila ha sido criticada a causa de su reduccionismo, pues resulta difícilmente comprensible que la conducta se explique fundamentalmente por una activación sexual aumentada. Puede darse el caso de que el abuso sexual infantil se deba a otras causas, como la manifestación de poder o la búsqueda de afecto. Además, hay informes clínicos que muestran que los agresores sexuales suelen tener déficits en activación, problemas sexuales (como dificultades o falta de respuesta eréctil), por lo que el determinante de su conducta sobrepasaría

la mera activación sexual (v., Alario Bataller, 1993a). Por lo demás, en algunos estudios se ha comunicado la activación sexual pedófila en sujetos normales (v., Barbaree y Marshall, 1989) y agresores sexuales no paidófilos también muestran excitación sexual significativa antes estímulos paidofílicos (Hall *et al.*, 1988). Tal vez suceda lo que en otros contenidos parafílicos, que pueden formar parte en cierta medida en la imaginación erótica de muchas personas, sin que se manifieste actividad sexual alguna a este respecto. Un caso demostrado es el de las fantasías de tipo homosexual que son utilizadas, en cierta medida, por un porcentaje importante de personas sin que lleguen a manifestar nunca actividad de este tipo (v., Alario Bataller, 1992). De hecho se ha constatado que, en sujetos normales, el incremento del tiempo de exposición a imágenes sexuales producía una mayor activación sexual ante estímulos inapropiados (v., Lalumière & Earls, 1992). A todo lo anterior hay que agregar que Briere y Runtz (1989) estudiaron la excitación sexual de una muestra de estudiantes universitarios ante niños. Los resultados apuntaron que del 5 al 21% (dependiendo de la variable) de los sujetos manifestaba algún grado de respuesta sexual, dependiendo el interés sexual de variables como el uso de pornografía, el número de compañeros sexuales, la aceptación de la violencia y el haber tenido o no experiencias sexuales negativas durante la infancia o la adolescencia. Asimismo Briere *et al.* (1992) hallaron que el 4,7% de los varones dijeron que probablemente mantendrían relaciones sexuales con niños si tuvieran seguridad de que, de sus actos, no se derivasen consecuencias. Había una relación importante entre la actitud favorable a la conducta paidofílica con el hecho de ser varón, el uso regular de la pornografía, el número de compañeros sexuales y la asunción de la violencia interpersonal. Lo que indican los resultados de todos estos estudios es que un número nada despreciable de hombres en nuestra cultura experimentan cierto grado de atracción sexual hacia los niños en función de diversos factores. Pero una cosa es la fantasía o la actitud y otra la conducta manifiesta.

Un problema muy importante de las medidas fisiológicas de activación penil es que pueden verse grandemente afectadas por variables extrañas, sobre todo de tipo individual. En este sentido, cabe la posibilidad, nada desdeñable, del control voluntario por parte del sujeto. La evidencia indica que la mayoría de los hombres, ofensores sexuales incluidos, pueden aumentar o disminuir voluntariamente la erección del pene. En un estudio, se informó que un 80% de una muestra de pacientes internos agresores sexuales eran capaces de inhibir completa y voluntariamente la erección en las sesiones iniciales de evaluación fisiológica (Hall *et al.*, 1988). Se han desarrollado diversas técnicas para eliminar o disminuir este efecto de control individual, con resultados no definitivos (v., Cantón & Cortés, 1997).

Conte (1985), ha abogado por una evaluación más amplia en los agresores sexuales que incluya activación sexual, fantasías eróticas y racionalizaciones. Según este autor, la medición de la activación fisiológica ayudaría a diferenciar entre los agresores sexuales peligrosos y los no peligrosos. También debería

determinarse la presencia de fantasías sexuales paidofílicas y, finalmente, se deberían constatar las distorsiones cognitivas más habituales en este tipo de individuos; entre ellas cabe resaltar la interpretación de la resistencia del niño como una falsa maniobra que encubre un deseo sexual real, el valor pedagógico de las relaciones adulto-niño, la creencia de que el niño oculta las relaciones debido al disfrute que obtiene de las mismas, la creencia de que la sociedad, con el tiempo, aceptará este tipo de relación, la interpretación de las preguntas infantiles sobre temas sexuales como una insinuación sexual y que las solas caricias genitales a un niño no constituyen realmente un acto sexual. Añadir que, pese a todo lo dicho, estas teorías no explican el origen del comportamiento paidofílico, sino que se centran en la determinación de los comportamientos variopintos (normales o desviados) que puede presentar los autores de abusos sexuales.

Como vemos, muchos de los informes sobre una posible etiología orgánica (cromosómica y hormonal) no son concluyentes y, en ocasiones, hasta anecdóticos. Lo fundamental de esta propuesta estriba en que estas anomalías somáticas producirían una activación sexual generalizada, aunque no explicarían en absoluto el interés sexual específico por los niños. Una situación similar se produjo en el pasado en relación con la homosexualidad, en el sentido de que, respondiendo a la creencia de un déficit androgénico, se prescribió tratamiento hormonal a base de testosterona, observándose que si bien se intensificaba el deseo sexual, seguía dirigido hacia individuos del mismo sexo; o sea, se continuaba siendo homosexual pero con mayor apetencia (Alario Bataller, 1992). Aquí los determinantes psicosociales tendrán un peso importante en cuando moduladores y canalizadores del interés y conducta sexuales.

1.2.2. La teoría del aprendizaje

Los partidarios de la teoría del aprendizaje destacan el valor determinante de la experiencia en el origen y mantenimiento de la conducta sexual. En este sentido, la paidofilia como hábito de relación sexual podría constituir el resultado de un proceso de *condicionamiento primitivo*, cuyo resultado no se extinguió con las experiencias sexuales posteriores más gratificantes (v., Farré Martí, 1991). A través de la historia clínica de estos pacientes se descubre que en la infancia y en la adolescencia realizaron juegos sexuales, lo cual no es infrecuente en la población general; sin embargo, la nota diferencial sería que, en edad adulta, las experiencias sexuales normativas no les provocan tanta gratificación sexual como las conductas primitivas. Además, la repetición de fantasías masturbatorias de carácter paidofílico reforzarían este hábito, responsabilizándose, en parte, del mantenimiento de este problema a través del tiempo, en la línea propuesta hace años por McGuire *et al.* (1965) y defendida más recientemente por algún autor (Alario Bataller, 1993b). En suma, en el proceso mismo del condicionamiento prístino (las primeras experiencias sexuales, antes, durante e inmediatamente después de la pubertad), que suele

realizarse con otros niños, el refuerzo dimanante de la excitación y del orgasmo se asociaría con rasgos físicos de los niños (como la carencia de vello púbico); ulteriormente, como hemos dicho, la masturbación, que asociaría excitación y orgasmo con signos paidofílicos, consolidaría el aprendizaje. En clínica se ha observado en más de una ocasión que este aprendizaje puede darse sin que se hayan mantenido contactos sexuales tempranos (el caso clínico que presentaremos en la segunda parte de este artículo es un ejemplo de ello). Sin embargo, pese a ser interesante, esta hipótesis no ha sido completamente demostrada.

A lo anterior cabe añadir que la activación sexual, además del condicionamiento directo o del masturbatorio, también puede reforzarse con procesos cognitivos, como las atribuciones. En este sentido, podríamos decir que, lo que diferenciaría a un paidófilo de una persona sin este problema, consistiría que la excitación sexual evocada en ambos por estímulos infantiles (en distinta medida), es interpretada por el paidófilo, en comparación con otras formas de satisfacción sexual, como la más importante, si no la única, en el terreno sexual atribuyendo, a la vez, intencionalidad sexual seductora en las palabras y en la conducta del niño. Por lo demás, también suele observarse un fracaso a la hora de mantener contactos sexuales adultos, con un déficit añadido en las relaciones emocionales, todo ello motivado por su falta de habilidades sociales y otros problemas de ansiedad que pueden hallarse presentes.

Por otra parte, la falta de control del paidófilo sobre sus impulsos o la desinhibición de su conducta puede explicarse según los esquemas del condicionamiento operante y del aprendizaje vicario. Así, los contactos sexuales durante la adolescencia son fuertemente reforzados por la excitación y el orgasmo, toda vez que las consecuencias punitivas, como la cárcel, son poco frecuentes a causa de la escasa diferencia de edad que suele existir en la gran mayoría de los casos. Cuando el paidófilo llega a la edad adulta y su hábito se encuentra fuertemente consolidado (a causa de masturbaciones reiteradas y contactos directos), éste puede pesar más que el posible castigo social. Además, el hecho de que muchos paidófilos fueron objeto de abusos sexuales en su infancia, habla en favor de la hipótesis de aprendizaje observacional y, de esta suerte, mediante el modelado, el sujeto aprendería que las relaciones sexuales entre un adulto y un niño serían adecuadas. Como en el caso anterior, pese a su interés virtual, estas hipótesis no han sido corroboradas de manera concluyente.

2. ILUSTRACION DE LA APLICACION DE LA TERAPIA CONDUCTUAL A UN TRASTORNO PAIDOFILICO

2.1. INTRODUCCIÓN

La modalidad de intervención que usualmente se aplica, desde el paradigma conductual-cognitivo, al tratamiento de las parafilias suele ser múltiple, por cuanto incluye un conjunto de técnicas, cuyo efecto se ha comprobado experimentalmente en los aspectos que en estos problemas suelen interesar, es decir, la eliminación de

conductas problemáticas y la instauración de patrones conductuales adaptativos. En este sentido, hablando a partir de la experiencia clínica personal, la estrategia de intervención que empleamos suele incluir terapia aversiva, control de estímulos, acondicionamiento orgásmico y exposición, atendiendo siempre al tema principal de la personalización de la intervención terapéutica. De esta estrategia combinada se han derivado usualmente resultados muy positivos, en casos como la homosexualidad, el exhibicionismo, la zoofilia o la paidofilia que contemplamos en estas páginas (v., Alario Bataller, 1991, 1993b, 1993c, 1995). Si bien la investigación en grupos podrá esclarecer muchas cuestiones hoy no resueltas de manera definitiva, la aplicación de diseños de caso único, también de carácter experimental recordémoslo, en una buena cantidad de individuos diferentes con un mismo diagnóstico, sirve para indicar, con fundamento, la utilidad de las técnicas utilizadas. Muchas veces, sin embargo, el tipo de diseño utilizado no permite especificar el peso de cada componente en el resultado final conseguido.

En primer lugar, desarrollaremos cuestiones referentes al fundamento del programa de intervención utilizado, dilucidando las técnicas empleadas y, finalmente, presentaremos el modo en que aquél fue puesto en práctica en el tratamiento de un caso de paidofilia.

2.2. LA TERAPIA CONDUCTUAL-COGNITIVA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS PARAFILIAS

Cuando el clínico aplica un programa de intervención conductual en las parafilias -y no solamente en ellas (v., Alario Bataller, 1991, 1993b, 1993c, 1995, para casos de homosexualidad) debe pretender alcanzar cuatro objetivos concretos (Barlow & Abel, 1976; Santacreu, 1988, Alario Bataller, 1991, 1993b, 1995):

1. Disminución de la excitación sexual inadecuada.
2. Aumento de la excitación sexual apropiada.
3. Entrenamiento para la creación y mejora de las habilidades sociales requeridas para la relación adulta con una persona del otro sexo.
4. Adecuación del rol hombre-mujer, en el caso de que haya necesidad de eliminar conductas feminoides extrañas al género, como puede darse, en algún caso, en la homosexualidad egodistónica.

En relación con el punto tercero, pero sobrepasándolo por su mayor complejidad, además de la instauración de estas habilidades sociales, debe revertirse ciertos trastornos psicopatológicos que pueden presentarse vinculados de manera significativa con ciertos problemas parafilicos. Trastornos de personalidad, afectivos, inadecuación sexual, ineptitud social y ansiedad diversa pueden encontrarse relacionados con la conducta pedofílica, a modo de un fondo psicopatológico severo que merece necesariamente tratamiento.

Hace ya bastante tiempo que desde la modificación de conducta se insistió en la insuficiencia de una estrategia terapéutica tendente únicamente a la eliminación

de la excitación sexual desviada, instándose a la utilización de técnicas encaminadas al desarrollo de conductas sexuales adaptadas al marco social de referencia (Ullman & Krasner, 1975). Como indicamos anteriormente, en algunos casos estos objetivos no serían suficientes, pues debería procederse al entrenamiento en habilidades sociales necesarias para poder llevar a cabo satisfactoriamente una relación sexual adulta. La importancia de este último objetivo terapéutico ha sido señalada, más recientemente, por distintos autores (Alario Bataller, 1991, 1993b; Carrobbles & Santacreu, 1987; Boudreau & Granger, 1977). Por ello la terapia de las parafilias ha de ser necesariamente de carácter multimodal, es decir, caracterizada por múltiples niveles de intervención y la aplicación de una tecnología plural encaminada a objetivos diferentes, convergentes todos ellos en la instauración de un patrón de conducta sexual adaptativo. En el Cuadro 1 se presentan las técnicas terapéuticas al uso (una explicación en detalle de las mismas puede encontrarse en Alario Bataller (1991).

Cuadro 1.

Tratamiento de las desviaciones sexuales (modificado de Carrobbles, 1987)

AREAS DE INTERVENCION

1. Reducción de la excitación sexual no deseada:
 - 1.1. Técnicas aversivas:
 - 1.1.1. Aversión química y olfativa.
 - 1.1.2. Aversión eléctrica.
 - 1.1.3. Aversión por vergüenza.
 - 1.2. Sensibilización encubierta.
 - 1.3. Biofeedback pletismográfico del pene.
2. Incremento de la excitación sexual socialmente adecuada:
 - 2.1. Alivio de la aversión.
 - 2.2. Desensibilización sistemática:
 - 2.2.1. En vivo.
 - 2.2.2. Imaginada.
 - 2.2.3. Mecanizada (diapositivas, vídeos, etc).
 - 2.3. Terapia de exposición:
 - 2.3.1. En vivo.
 - 2.3.2. Imaginada.
 - 2.3.3. Mecanizada.
 - 2.4. Masturbación programada.
 - 2.5. Condicionamiento clásico.
 - 2.6. Sombreado.
 - 2.7. Biofeedback pletismográfico del pene.
3. Entrenamiento en habilidades sociales (para el contacto heterosexual y la identificación con los géneros masculino-femenino):
 - 3.1. Instrucciones.
 - 3.2. Modelado.
 - 3.3. Desempeño de papeles.
 - 3.4. Moldeado.

Cuando el clínico se dispone a aplicar una estrategia terapéutica encaminada a modificar la orientación del comportamiento sexual, resulta indispensable la determinación de factores de mal pronóstico que, como tales, impedirán que se alcancen los objetivos terapéuticos. En la homosexualidad han sido especificados una serie de tales factores de mal *prognosis*, entre los que cabe destacar la falta de experiencias heterosexuales pasadas y presentes (en la paidofilia nos referiríamos a relaciones con adultos, claro está), la edad (a más edad más consolidado se encuentra el hábito maladaptativo), las presiones externas (es decir, escasa motivación personal por el tratamiento), la presencia de una depresión o la falta de habilidades sociales para mantener relaciones adultas con personas del otro sexo (Alario Bataller, 1993b). En general, estos factores también se relacionarían con un mal pronóstico en la terapia de la paidofilia.

Por otra parte, no son muchos los modelos de intervención propuestos para el tratamiento de las parafilias, siendo el de Bancroft (v., Bancroft, 1974) posiblemente el más clásico y el primero que tuvo una fundamentación adecuada, en lo relativo a sus bases clínicas y experimentales. En el Cuadro 2 aparece un resumen del mismo. Más recientemente se ha propuesto otro modelo, centrado en la reorientación de la conducta homosexual, de naturaleza más ecléctica (v., Musé, 1993). El programa terapéutico postulado por nosotros se explica con mayor detalle en el epígrafe siguiente. En principio se pensó para el homosexualismo, si bien es extensible a otras formas de conducta sexual.

Cuadro 2.

El plan global de tratamiento de John Bancroft (1974)

1. Fase de contacto inicial:
 - 1.1. Definir claramente las metas individuales, es decir, especificar lo que el sujeto desea conseguir con el tratamiento.
 - 1.2. Llegar a un consenso terapeuta-paciente sobre las finalidades del tratamiento.
2. Fase de tratamiento: primera parte:

Acabar de identificar las actitudes principales del paciente y analizar su conducta, además de planear, con el mayor detalle posible, las metas terapéuticas a alcanzar.
3. Fase de tratamiento: el resto del mismo:
 - 3.1. Establecimiento de objetivos graduales de modificación comportamental (pequeños pasos).
 - 3.2. Examen de las dificultades que se oponen a la consecución de las metas graduadas del programa de intervención terapéutica y, consecuentemente, tomar las decisiones pertinentes y llegar a la mejor solución posible.
 - 3.3. Modificación de las actividades y de las conductas con ellas relacionadas que se produzcan a lo largo del tratamiento.
 - 3.4. Interrupción del tratamiento o modificación de las metas programadas en caso de que no se presenten pronto signos evidentes de progreso (recuérdese, a este respecto, que no es lo mismo la significación estadística que la real eliminación clínica de problemas psicopatológicos).

2.2.1. Programa de intervención propiamente dicho

El programa de intervención propuesto para el tratamiento de la paidofilia estaba constituido por una serie de técnicas terapéuticas concretas, que fueron aplicadas por su potencial reductor de la excitación sexual inadecuada y por su utilidad para incrementar una respuesta sexual normativa, tal como se ilustra en el esquema siguiente:

1. Técnicas reductoras de la conducta problema:
 - 1.1. Control de estímulos
 - 1.2. Sensibilización encubierta
 - 1.3. Sensibilización por vergüenza
2. Técnicas incrementadoras de la conducta normativa:
 - 2.1. Masturbación programada.
 - 2.2. Exposición.

En un sentido amplio, el acercamiento terapéutico consistente en evitar los estímulos sexuales infantiles y exponer a los sujetos a las mismas situaciones sin permitirles realizar actividad sexual ninguna, puede considerarse dentro del modelo del *control de estímulos*. Esta técnica de autocontrol se emplea a fin de eliminar la aparición de estímulos sexuales inapropiados en la vida diaria del sujeto. Esencialmente consiste en impedir o cercenar con la presencia de estímulos evocadores de comportamientos sexuales inadecuados evitando o interrumpiendo la presencia de los mismo, introduciendo a la vez conductas alternativas y, mejor aún, incompatibles con la estimulación sexual problemática: desviar la mirada, cambiar de ruta, cambiar de pensamiento, realizar tareas distractoras, entre otras, son algunas de las conductas a realizar para llevar a cabo la técnica del control de estímulos. En un sentido más estricto, el control de estímulos consiste en el control de material pornográfico o fotográfico sexualmente excitante y la evitación de situaciones o circuitos de riesgo (si los hubiere, donde el sujeto va porque hay niños que excitan sus apetencias), amén de romper las relaciones, cuando las haya, con sujetos con las mismas tendencias. A medida que la terapia progresa, se procede a una atenuación paulatina del control de estímulos, impidiendo cualquier respuesta sexual manifiesta o encubierta. Es lo que en otro contexto y problemática (juego patológico) ha sido denominado la creación de la *isla desierta* y el retorno de la misma (v., Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997). Resulta obvio que si no hay situaciones desencadenantes, la conducta problema no aparecerá, pero debe ser controlada después en las situaciones reales donde previamente aparecía.

Como en el caso del control de estímulos, se utilizaron otras técnicas tendentes a reducir al máximo la excitación sexual desviada. En este sentido, la *aversión por vergüenza* ha sido desarrollada principalmente por Wikramasekera (1976) y Serber (1972) y parte del supuesto de que las emociones como la vergüenza, el ridículo y la humillación son naturalmente aversivas para las personas y cuando se las asocia con estímulos sexuales inadecuados, estos estímulos dejarán de ser, con el tiempo,

sexualmente excitantes. La aversión por vergüenza se ha utilizado principalmente en el tratamiento de exhibicionistas altamente motivados, al descubrirse que resultaba más aversiva para los sujetos que el clásico choque eléctrico (Wikramasekera, 1976). En el caso del exhibicionista, el tratamiento consistía en que el sujeto narrase sus experiencias sexuales ante varias personas, algunas de las cuales habían sufrido sus actos exhibicionistas, quienes podían verbalizar sus pensamientos y reacciones emocionales. Wikramasekera (1976) postuló que la técnica funcionaba no solamente por su carácter netamente aversivo sino que también invalidaba las fantasías del sujeto por perderse el anonimato y el secreto de la conducta, rasgos típicos en el exhibicionismo.

Otra técnica aversiva, más estudiada y conocida en consecuencia, es la *sensibilización encubierta* (Cautela, 1966, Hugues, 1977). Con abundante evidencia clínica y experimental respaldatoria, la sensibilización encubierta ha sido utilizada para el tratamiento de conductas inadecuadas, inmanentemente reforzantes, como el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción y, en lo que nos interesa, los trastornos sexuales (Barlow *et al.*, 1972; Callahan & Leitenberg, 1973; Hayes *et al.*, 1978; Alario Bataller, 1993b, 1995). El procedimiento típico de aplicación de esta técnica consiste en la presentación imaginada de estímulos aversivos consiguientes a fantasías sexuales desviadas, suponiéndose que se producirá una generalización ulterior en las situaciones de la vida diaria. El isomorfismo imaginación-realidad inherente a cualquier técnica que utilice la fantasía queda por establecerse irrefutablemente, al igual que la necesidad de la relajación muscular en la técnica estándar. Por lo demás, también se han presentado algunas matizaciones concernientes al importante tema del estímulo aversivo. Farré Martí *et al.* (1983), ciñéndose a la tesis de Kimmel, consideran preferente condicionar la respuesta neurovegetativa global de ansiedad y no el dolor (suscitado a partir de descargas eléctricas, vaya por caso). Dicha respuesta autónoma puede evaluarse mediante medidas poligráficas; además, merece señalarse que cuando avanza el tratamiento y el sujeto se enfrenta a situaciones evocadoras en vivo, la respuesta condicionada no es la ansiedad, sino más bien indiferencia.

En el contexto que estamos estudiando, la *exposición* puede coadyuvar a la aparición e intensificación de una respuesta sexual adecuada. Inicialmente las técnicas de exposición se emplearon exclusivamente en trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos, con un alto nivel de eficacia, pero recientemente se han empleado en el tratamiento de conductas adictivas, con resultados prometedores (Hogdson, 1991; Echeburúa *et al.*, 1994a). Con la exposición en vivo más prevención de respuesta, se produce el enfrentamiento del sujeto con su situación sexual problemática: en ella sentirá inicialmente deseos sexuales, pero aprenderá a resistir y a controlar esos deseos de manera gradual. De este modo, el sujeto aprende a desarrollar una forma más efectiva de autocontrol en situaciones anteriormente problemáticas. Esta técnica dota al sujeto de una mayor capacidad para resistir sus

impulsos sexuales, produciéndole una mayor seguridad en su capacidad de autocontrol. El sujeto, claro está, no debe realizar ninguna respuesta sexual ni manifiesta ni encubierta. Al igual que en las fobias y en el trastorno obsesivo-compulsivo, hemos observado en los casos tratados que la exposición tiende a ser larga, pudiendo sobrepasar la hora en muchas ocasiones. Además, la exposición produce buenos resultados en otro asunto a considerar en estos casos: la reducción de la ansiedad heterosexual con personas adultas, en el caso de que exista.

Otra técnica que incrementa la conducta sexual apropiada es la *masturbación programada*. Con esta técnica el sujeto ha de imaginar, a la par que se masturba, relaciones sexuales normativas, con adultos heterosexuales. Si en un principio esto no es posible, utilizará fantasías desviadas y cambiará su contenido en el momento del orgasmo. De esta forma se logrará que progresivamente la fantasía apropiada ocupe más tiempo dentro del acto masturbatorio, hasta que todo él contenga únicamente fantasías adecuadas. Con ello se consigue que la excitación sexual y el placer intenso del orgasmo se asocien a conductas sexuales (coitales y no coitales) con una mujer adulta (o con un hombre en caso que lo más apropiado sea cambiar la orientación sexual en este sentido en un paidófilo homosexual).

La técnica de la masturbación programada se encuentra inspirada en una teoría prometedora referente a la génesis de las desviaciones sexuales, la de McGuire *et al.* (1960). En síntesis se sugirió que en algún momento de la niñez o de la pubertad el sujeto ha vivido una experiencia sexual y emocionalmente intensa. Este primer acontecimiento sexual puede considerarse en la edad adulta poco relevante, pero la realidad puede ser muy otra y lo es desde el momento en que dicha experiencia va a brindar fantasías sexuales relativas en ulteriores actos masturbatorios, con lo cual se reforzará dicha fantasía como estímulo sexual. Así mismo, la fantasía utilizada podrá incluir con el tiempo otras experiencias significativas, que tuvieron lugar en el pasado o se hayan desarrollado en el presente. Si las fantasías con el tiempo llegan a ser lo suficientemente excitantes y exclusivas como determinantes de la excitación sexual, cabe la posibilidad de que, en un momento dado, puedan impulsar a la acción. Si esta conducta resulta poco normativa recibirá el calificativo de parafilica o desviada. De la teoría de McGuire *et al.* (1965) se desprende una consecuencia terapéutica importante. Teniendo presente que el objeto sexual desviado ha obtenido su valencia erótica mediante el refuerzo proporcionado por las fantasías masturbatorias, cabe inferir que un buen camino para disminuirla o reemplazarla por una conducta sexualmente más apropiada estribará en un procedimiento que asocie, esta vez, la excitación sexual con estímulos normativos. En un estudio pionero Marquis (1970) trató a catorce pacientes que se masturbaron empleando su fantasía predilecta hasta casi llegar al orgasmo, en cuyo momento utilizaban una fantasía más adaptada. Hecho esto unas cuantas veces, se sugirió que fueran utilizando cada vez una mayor tiempo esta segunda fantasía, hasta que acompañase a toda la masturbación, desde el principio hasta el orgasmo. De esta manera la

fantasía apropiada fue adquiriendo un potencial excitatorio cada vez mayor, toda vez que la fantasía inadecuada perdía su valencia erótica. En definitiva, se logró exitosamente romper el vínculo entre el estímulo sexual desviado y la excitación sexual. Esta es la técnica denominada, como hemos dicho, *recondicionamiento orgásmico, condicionamiento masturbatorio o masturbación programada*.

En otras palabras, con la utilización de la masturbación programada se espera que las imágenes heterosexuales se conviertan en inherentemente excitantes, al aumentar paralelamente la facilitación o realización de conductas sexuales socialmente proscritas en la realidad. Lo cierto es que, en la práctica, las cosas son mucho más complejas y que, las más de las veces, se ha de recurrir a una estrategia de intervención plural, cuyo conjunto de técnicas terapéuticas buscan la consecución de objetivos concretos que llevarán a la solución exitosa del caso clínico (Alario Bataller, 1991). Según parece, la masturbación programada es una técnica terapéutica prometedora, aunque se necesitan más estudios controlados para constatar su utilidad terapéutica real en los trastornos de orientación sexual (Markis, 1970; Annon, 1971; Canton-Dhatari, 1976).

2.3. ESTUDIO DE CASO

2.3.1. Método

2.3.1.1. Sujeto

Nuestro paciente, al que llamaremos Alexander, era un varón de 29 años, trabajador cualificado, que se había casado hacía 8 años y no tenía ningún hijo. Se había separado de su mujer al año de matrimonio y posteriormente divorciado. Había realizado estudios de formación profesional y trabajaba en una empresa familiar, ocupación que le agradaba y le daba lo suficiente para vivir sin problemas. En el momento del tratamiento su salud era buena, a nivel físico, si bien manifestó tener, desde siempre, un carácter depresivo, además de ciertas dificultades en las relaciones sociales (aunque no manifestaba evitación sistemática) y una parafilia, concretamente un trastorno paidofílico, que fue el motivo principal de consulta.

Afirmó haberse criado en un ambiente con muchos problemas y haber tenido, en consecuencia, una infancia desgraciada debido a un padre alcohólico, autoritario y punitivo y a una madre inhibida, a la cual siempre conoció con depresiones. Su hermano, cinco años mayor que él, fue su verdadero padre, pero se independizó en cuanto pudo, a los dieciocho años, al encontrar su primer trabajo. Al contrario que en su caso, su hermano era una persona fuerte y contestataria, que se eximió de las obligaciones e impedimentos que su padre le impuso; mientras que él siempre se sintió una nulidad, un ser débil y tímido, con muy baja autoestima, constantemente angustiado por el posible rechazo por parte de su padre y, por extensión y en cierta medida, por parte de los demás. La situación se complicó con el tiempo, llegando a sufrir depresiones recurrentes por las cuales recibió distintos tratamientos.

El padre falleció joven, a los 51 años, a causa de una hemorragia cerebral masiva, pasando él a ocuparse del negocio, una funeraria que era prácticamente dirigida por una prima suya, algo mayor que él, que hacía las funciones de secretaria. Aunque la veía como una persona fuerte y segura, lo cual le causaba ansiedad, su trato amable hizo que se interesara por ella. Dos años después de la muerte de su padre contrajeron matrimonio, pero ella acabó abandonándolo al interesarse por otro hombre. El se sintió bastante deprimido y sólo con la ayuda de su hermano consiguió mantener a flote el negocio familiar. En esta época de disforia y estrés psicosocial se produjo un notable empeoramiento de su problemática sexual.

Desde la adolescencia se había sentido atraído por niñas de 8 a 10 años, reconociendo que ello posiblemente se debiera a sus grandes dificultades para iniciar y mantener relaciones sentimentales y sexuales con mujeres adultas. Se había complacido con la masturbación regularmente, pensando en niñas que veía en su vecindario o con fotografías de moda infantil. Conservador y de creencias religiosas, esta tendencia sexual le angustiaba sobremedida, pero no podía resistirse a la masturbación ni dejar de sentirse excitado vehementemente por estímulos pedofílicos, lo que representaba una fuente constante de ansiedad y de reacciones depresivas. Hubo un tiempo en que consiguió acceder a ciertas lecturas especializadas de sexología y al enterarse de que las fantasías formaban parte de la vida sexual humana y que, en principio, no tenían porque representar nada patológico, se sintió bastante aliviado, máxime cuando aún tenía la certeza de que nunca cometería tales actos en la realidad. El recurso al matrimonio le hizo confiar en que sus fantasías se extinguirían, pero comprobó que era necesario recurrir a fantasías desviadas para obtener una erección durante las relaciones sexuales. No obstante, la ansiedad evocada en el trato sexual hizo que experimentase una disfunción eréctil, que empeoró con el tiempo. Su mujer, que mantuvo con él siempre una actitud maternal, acabó alejándose cada vez más, hasta que le abandonó por los motivos indicados. La nueva situación de soledad y el tener que enfrentarse sólo durante un tiempo con los negocios y los trámites de separación, hicieron que sus problemas de ansiedad y depresivos se agravasen, acentuándose paralelamente sus deseos pedofílicos. Ahora dudaba de su capacidad de autocontrol, se excitaba enormemente ante cualquier niña de edad comprendida entre los ocho y diez años, especialmente con alguna vecina y su propia sobrina. La constatación de este hecho le perturbó grandemente, motivándole a buscar tratamiento de manera inmediata. La terapia estuvo encaminada a la reversión tanto de los problemas depresivos y ansiosos como de la pedofilia, si bien en este trabajo nos referiremos únicamente a este último trastorno.

2.3.1.2. Procedimiento

Se empleó un diseño de replicación intrasujeto con más de un componente: A-B,C,D... (N=1). Después de la fase de evaluación, con dos semanas de duración

determinando la línea base, se aplicó la estrategia de intervención conductual pensada para el caso, con siete meses de duración para el caso de la paidofilia, con sesiones semanales de 60 minutos, además de sesiones en la realidad y práctica en el hogar. Las evaluaciones de seguimiento se efectuaron al mes, dos meses y al año de haber finalizado la terapia.

2.3.1.2.1. *Evaluación*

En principio, indicar que el trastorno manifestado por el paciente se ceñía completamente a los criterios del DSM-IV, siendo la paidofilia de tipo exclusivo y limitada a la fantasía; por lo demás, de carácter no incestuoso. En lo concerniente a la evaluación conductual se utilizaron los instrumentos siguientes:

1. Entrevista.
2. Autoinformes:
 - 2.1. Inventario autobiográfico de Cautela (1977).
 - 2.2. Inventario de personalidad de Willoughby (v., Wolpe, 1958).
 - 2.3. Inventario de miedos de Wolpe y Lang (v., Wolpe, 1958).
 - 2.4. Inventario de depresión de Beck, (versión de Conde *et al.* (1976).
 - 2.5. Listado de situaciones aversivas (v., McKay et al., 1985),
 - 2.6. Escala de autoestima (Rosenberg, 1965).
 - 2.7. Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral, 1982).
 - 2.8. Escala de estrés y evitación social (SAD) (Watson & Friend, 1969) .

Estas medidas de autoinforme suministraron importante información complementaria. Además, para determinar las conductas problema y especificar las situaciones antecedentes y las consecuencias (análisis funcional) y trazar la línea base, se recurrió a la entrevista y a la autoobservación o autorregistro.

Desde un principio consideramos que el caso era de buen pronóstico, pese a la fuerte excitación sexual de las fantasías desviadas, debido a que el sujeto era capaz de experimentar excitación heterosexual normativa (si bien débil y decreciente), había tenido experiencias heterosexuales en el pasado, tenía menos de 35 años y mostraba una gran motivación ante el tratamiento. Aunque el paciente padecía ansiedad social moderada crónica, no mostraba un déficit severo en asertividad y se superaron satisfactoriamente sus dificultades a la hora de establecer relaciones sociales (y sexuales futuras) con mujeres adultas. A raíz de la exacerbación de la atracción paidofílica, la antigua atracción hacia las relaciones heterosexuales adultas simplemente había ido en decremento, si bien esta expectativa no creaba una especial ansiedad en el paciente ni se veía incapaz de hacerlo, dado el caso.

Con el debido aleccionamiento, Alexander anotó en un registro elaborado *ad hoc* la frecuencia de los deseos paidofílicos y de las conductas manifiestas que llevase a cabo (ni hubo en el pasado ni tuvo lugar en aquel momento). Del mismo modo, nuestro paciente tenía que anotar el lugar, el día, la hora, el tipo de actividad que estuviese realizando en ese momento y los pensamientos presentes antes, durante y después de la conducta problema. El Cuadro 3 muestra el tipo de au-

Cuadro 3. Autorregistro del deseo paidofílico		
ANTECEDENTES	RESPUESTA:DESEO	CONSECUENCIAS
Día: 11-7 Hora: 16 Actividad: paseo por la avenida, ver una niña y pensar en hacerle un cunnilingus	D (70)	Me siento muy excitado
Hora. 23 Actividad: ver anuncio TV sobre niños	D (60)	Excitación, masturbación, relajación y sentimiento de culpa, vergüenza

torregistro utilizado, con datos empíricos evocados en dos situaciones particulares.

Después de 2 semanas de autoobservación, se determinaron los valores de la línea base, que fueron éstos:

1. Nueve y diez (media= 9,5) deseos paidofílicos durante las dos semanas en que se valoró esta variable dependiente.
2. Ninguna conducta paidofílica o contacto sexual real.

Los referidos valores se ilustran en la Figura 1.

2.3.2. Intervención conductual

Con la terapia se pretendía alcanzar unos objetivos específicos: el principal objetivo señalado por el paciente consistía en eliminar la excitación desviada y lo que él denominaba «adicción» a los niños además de incrementar la conducta sexual adaptada desde el punto de vista social. De esta suerte, entre terapeuta y paciente establecieron unas metas concretas a conseguir tras el tratamiento; a saber:

1. Supresión total o reducción altamente significativa de la excitación sexual ante estímulos paidofílicos.
2. Suprimir lo que el sujeto denominaba «ansia» por acercarse a los niños y acariciarlos, con el objetivo de conseguir eliminar totalmente la atracción sexual relativa.
2. Incremento de la excitación heterosexual con personas adultas.
3. Reducción de los pensamientos intrusivos referentes a actividades sexuales inadecuadas.
4. Adquirir un nuevo estilo de vida, concretado en la adquisición de habilidades de autocontrol, enriquecimiento de la vida mediante actividades gratificantes y adquisición de habilidades personales para hacer frente a posibles dificultades. Todo ello tendente a evitar posibles recaídas en el futuro.

A fin de obtener los objetivos consignados, la terapia constó de una serie de etapas definidas, donde se aplicaron las técnicas terapéuticas pensadas para el caso.

2.3.2.1. Control de estímulos

Para la aplicación de la técnica del control de estímulos se comenzó elaborando una lista de lugares que quedaban prohibidos visitar, tales como ciertos colegios y parques; paralelamente se dieron instrucciones para realizar conductas alternativas (parada de pensamiento, distracción, evitación de situaciones, escapar de las mismas cuando sin premeditación se encontraba en las mismas (*time-out*), realización de actividades gratificantes, relajación, etc.) en ocasión de que el sujeto se encontrara con alguna situación evocadora de la conducta problemática al salir a la calle. También se eliminaron las revistas o recortes de prensa con niños que el sujeto guardaba en su casa para sus antiguas actividades masturbatorias.

2.3.2.2. Masturbación programada

Se comenzó aplicando esta técnica mediante la compra de revistas de desnudos y pornográficas en las cuales abundaban los desnudos femeninos y relaciones coitales de tipo heterosexual. A continuación se seleccionaron aquellas fotografías que resultaban más excitantes para el sujeto y también imágenes de situaciones coitales. Después ambos grupos de estímulos se jerarquizaron de menor a mayor según el grado de excitación que en Alexander provocaban las escenas o fotografías referidas. Posteriormente, ya en la propia utilización de la técnica del recondicionamiento orgásmico, nuestro paciente debía mirar las fotografías y masturbarse, intentando provocar fantasías relativas a las escenas que contemplaba, hasta conseguir eyacular. La meta final consistía en asociar en cada ocasión el orgasmo con una situación coital en la que él se viera implicado en fantasía.

Al mismo tiempo que se realizaba la práctica anterior, el sujeto comenzó a utilizar fantasías masturbatorias con mujeres potencialmente apetecibles hasta que lograra imaginarse en una relación sexual completa con las mismas, manteniendo dichas fantasías desde el inicio de la masturbación hasta el orgasmo. Con el tiempo logró sobradamente este objetivo, sin necesidad alguna de recurrir a imágenes desviadas y experimentando un buen nivel de excitación ante las imágenes heterosexuales y una atracción creciente hacia mujeres que veía por la calle. En este sentido, se le animó a salir con amigos a lugares de copas para conocer chicas y, si era el caso, intentar mantener relaciones más íntimas. Avanzada la terapia, sucedió en un par de ocasiones, manifestando Alexander que se sintió relajado en la relación y verdaderamente excitado. Al final de la última sesión de seguimiento, nuestro sujeto mantenía una relación estable, en la cual sus relaciones sexuales eran plenamente satisfactorias.

2.3.2.3. Condicionamiento encubierto y aversión por vergüenza

Anteriormente a la aplicación de la sensibilización encubierta (SE), elaboramos una lista de estímulos aversivos. Con este objetivo, Alexander confeccionó una lista de estímulos para él sumamente desagradables, repugnantes o aprensivos, toda

vez que se empleaba también la lista de estímulos aversivos que puede encontrarse en el libro de McKay *et al.* (1985). Así, los estímulos más aversivos para el sujeto fueron las aves, las cucarachas, las ratas, las serpientes, la sangre y la devaluación personal. Se introdujo posteriormente una variante de la sensibilización por vergüenza, donde el sujeto se imaginaba declarando su problema a sus familiares y amigos y recibiendo la burla, la crítica, el rechazo por parte de ellos y experimentando una profunda sensación de ridículo y vergüenza. Estas contingencias también se asociaban a situaciones imaginadas en las cuales se sorprendía al sujeto en situación de ir a cometer un acto censurable (sin llevarlo a cabo realmente).

Por otro lado, la SE consistió en presentar en imaginación escenas paidofílicas seguidas de estímulos punitivos, según el patrón clásico de 15'' - 30''. Se presentaba de 10 a 15 escenas por sesión, siendo éstas de escape y de evitación. En las escenas de escape el sujeto se imaginaba a punto de realizar una relación paidofílica (sin llegar a realizarla) en contextos excitantes para inducirse inmediatamente las emociones perturbadoras dimanantes de los estímulos punitivos, y eliminarlos cuando el sujeto escapaba del lugar sintiéndose tranquilo y relajado. Por su parte, en las escenas de evitación, el paciente se imaginaba en vías de realizar la actividad sexual inadecuada, pero se le presentaba el estímulo aversivo, momento en el cual el sujeto interrumpía la aproximación al estímulo, lo evitaba, decidía no intentarlo más y se autoreforzaba mentalmente por haberse podido controlar. Una presentación más pormenorizada de este tipo de escenas en un paciente homosexual egodistónico han sido presentadas por el autor en un trabajo anterior (Alario Bataller, 1993b). Como quedó dicho, con esta técnicas se persigue la eliminación o disminución significativa de la excitación sexual inadecuada y consolidar un comportamiento evitativo ante estímulos de naturaleza paidofílica.

Al mismo tiempo que se desarrollaba el programa arriba indicado, se llevaban a cabo tareas para el hogar y la aplicación del control encubierto en casos en que fuera menester su empleo. En este orden de cosas, el terapeuta grababa las escenas presentadas al paciente, escenas que visualizada éste en su casa siguiendo las instrucciones del clínico. Normalmente Alexander realizaba estas tareas una vez al día. Se le presentaban distintos estímulos paidofílicos así como diferentes estímulos aversivos. Además, cuando el sujeto se encontraba en la calle frente algún estímulo no anticipado, cambiaba su trayecto o su mirada y se presentaba automáticamente en imaginación los estímulos punitivos correspondientes, ejerciendo así control sobre su excitación: aplicaba, entonces, la técnica de control encubierto más la de control estimular. Para todo ello fue instruido pertinentemente por su terapeuta.

Una vez habían disminuido significativamente los pensamientos y los deseos paidofílicos, manteniendo la aplicación sistemática y diaria del paquete terapéutico diseñado para el caso, se procedió con la técnica de exposición a las situaciones evocadoras en vivo a fin de eliminar más completamente la ansiedad o las ganas de realizar actos inapropiados en situaciones naturales.

2.3.2.4. *Exposición*

Con la aplicación de las técnicas anteriores resulta obvio que el sujeto ha tenido ocasión de manifestar pocas conductas (ninguna) o fantasías con estímulos inapropiados porque no se le ha permitido entrar en contacto con situaciones evocadoras a no ser en el marco de la utilización de técnicas aversivas. El objetivo que se perseguía con la aplicación de la exposición con prevención de respuesta era que el sujeto llevase una vida normal, ver niños por la calle, sin desarrollar ninguna conducta relacionada con la excitación sexual -ni encubierta ni manifiesta- y, propiamente, sin sentirse atraído sexualmente por ellos. En otras palabras, el objetivo consistía en que Alexander pudiese ver niños en la realidad sin experimentar deseos de mantener relaciones sexuales con ellos. En este sentido, el paciente informó sentirse mucho menos excitado frente a los estímulos problemáticos, si bien experimentaba ocasionalmente la presencia de un ansia que le preocupaba respecto a acercarse a los niños, y acariciarlos y que, aunque lo considerase ahora como un «residuo» controlable, le agradaría dominar totalmente. Según dijo este fenómeno era para él como una especie de dependencia, de adicción, como un fenómeno «parásito» que, en ciertos momentos, temía que le sobrepasase.

Con el objetivo arriba indicado, se mantuvo el plan de tratamiento que se confeccionó para el caso, pero ahora el sujeto debía exponerse a situaciones especialmente diseñadas hasta que la ansiedad o el deseo sexual desapareciese completamente o de manera significativa. Para ello, además de no escapar de la situación evocadora (niños en parque, a la salida del colegio, por la calle, en la playa, etc) debía prevenir cualquier respuesta problemática que provocase excitación sexual (acercarse casi hasta el contacto, tocarse, masturbarse, fantasear, etc), para lo cual practicaba respiración profunda, relajación aplicada, presentación de algún estímulo punitivo y autoinstrucciones, pero implicándose emocional y físicamente en la situación. Las primeras sesiones de exposición las realizó con un coterapeuta (su hermano) y posteriormente sólo.

Siguiendo el plan establecido, Alexander y su hermano acudían a lugares antes frecuentados donde había niños y en los que anteriormente se excitaba (por ejemplo, manipulando el pene a través del bolsillo del pantalón). Debía exponerse a diario, a fin de que el programa de tratamiento tuviese éxito. Una vez en el lugar, no dejaría de mirar a los estímulos correspondientes, concentrándose en todas las sensaciones y emociones que experimentase, en sus pensamientos, en sus deseos sexuales. A continuación debía intentar controlar la ansiedad y los deseos que experimentase mediante las técnicas explicadas. Debía concentrarse en la tarea e implicarse en lo que estaba haciendo. Normalmente, al contrario que otros casos tratados por nosotros, permanecía en la situación menos de una hora, en ocasiones un poco más. Solamente cuando se sentía tranquilo y sin deseos sexuales podía abandonar la situación. El paciente llevaba un registro donde apuntaba diversos datos relevantes para esta etapa del tratamiento, como fecha, tarea a realizar. Lugar, compañía,

tiempo, ansiedad y deseo iniciales y finales (0-100: nada-nivel máximo), pensamientos y observaciones. Una vez superadas todas las situaciones de exposición en vivo, acompañado, se repetía el mismo proceso permaneciendo ahora el coterapeuta a cierta distancia, hasta que se lograra la eliminación completa de la incomodidad y del deseo existentes; posteriormente sería el sujeto, completamente solo, quien afrontara las situaciones desencadenantes, tomando siempre los datos pertinentes en su autorregistro. Hay que decir, que con más bien niveles leves (20-0, 15-0, 0-0 “USAs” durante la primera exposición y menos en las siguientes) al principio y nulos al final de cada subfase, Alexander superó totalmente la jerarquía de exposición en situaciones reales, a la vez que mantenía constante la aplicación de las otras técnicas integrantes de nuestro programa de intervención terapéutico. El próximo paso consistía en la prevención de recaídas, que es capítulo de gran importancia en el tratamiento de los problemas humanos, paidofílicos en este caso.

Cuando el paciente se sentía incómodo entre exposiciones, aplicaba el control encubierto para eliminar la excitación desviada, realizando actividades agradables, tanto en casa como en la calle, a fin de alcanzar un estado de relajación y eliminar cualquier tensión residual (leer, jugar al tenis, jugar en el ordenador, etc).

2.3.2.5. Programa de prevención de recaídas

Con el tratamiento no solamente se pretendía que el sujeto superara su parafilia (especificada en los criterios de cambio conductual determinados anteriormente), sino que los resultados se mantuviesen a lo largo del tiempo. Para ello se pergeñó un programa terapéutico, un programa de prevención de recaídas en efecto, que tenía por objetivo el arriba indicado. El programa de prevención de recaídas constaba de los siguientes componentes terapéuticos:

1. Identificación de situaciones de riesgo y aplicación de estrategias de afrontamiento.
2. Aplicación de actividades reforzantes alternativas.
3. Reestructuración cognitiva.
4. Aprendizaje de habilidades de afrontamiento.

En relación al primer punto señalado *supra* para prevenir una recaída es menester que, antes que nada, el paciente identifique las situaciones específicas de alto riesgo que, por definición, serán aquellas que precipiten la recaída por aumentar la probabilidad de la misma. Solamente en la medida en que el sujeto determine las situaciones peligrosas va a ser capaz de enfrentarse con eficacia a ellas. Adecuando algunos ítems a la problemática concreta que se estaba tratando, utilizamos el *Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento de en Juego Patológico* (Echeburúa *et al.*, 1996), con lo cual el paciente tomó conciencia de las circunstancias de riesgo, además de especificar las estrategias más eficaces para hacerles frente y superarlas. En relación con ello, dos fueron las situaciones de alto riesgo que se determinaron. La primera consistía en el recuerdo

de los momentos en que el paciente se excitaba con estímulos desviados; en este caso la estrategia de afrontamiento consistió en pensar en las consecuencias negativas de su anterior conducta, realizar actividades gratificantes, aplicar la sensibilización encubierta, ver a un amigo y participar en una charla interesante o distractora y jugar una partida de billar con el hermano. La segunda situación peligrosa era cuando se sentía aburrido o triste, ante lo cual debía vencer la inercia, combatir los pensamientos negativos, jugar al ordenador, jugar al billar con el hermano o leer una buena novela.

Independientemente del tipo de adicción, que es la patología que actualmente puede servir como marco de referencia para trabajar en la solución de recaídas y que nosotros, guiándonos por el buen juicio aunque un tanto libremente utilizamos en la resolución de la presente parafilia, se han detectado tres situaciones de alto riesgo: 1) estados emocionales negativos, 2) conflictos interpersonales y 3) presión social (Echeburúa & Corral, 1986; Fernández-Montaklvo & Echeburúa, 1997; Marlatt & Gordon, 1985). En este caso estaba presente solamente el primer factor. En consecuencia, a partir del análisis funcional, se enseñaron a Alexander las habilidades apropiadas para hacer frente a esta circunstancia, mediante su identificación primera y ulterior enfrentamiento de manera adecuada.

La programación de actividades reforzantes alternativas resulta importante para prevenir las recaídas. Constatamos que el paciente había dedicado una parte importante de su tiempo libre a satisfacer su tendencia sexual y había dejado de realizar actividades con las que, con anterioridad, había disfrutado considerablemente, como jugar al billar, conversar con conocidos, jugar al ordenador, etc. Por este motivo, hubo que enseñarle a ocupar su tiempo nuevamente en actividades agradables, tanto aquellas que lo habían sido en el pasado como otras que le resultasen atractivas y gratificantes. De esta manera, con la planificación y puesta en práctica del programa de actividades gratificantes, se pretendía que el sujeto volviese a tener una vida cotidiana satisfactoria, con la cual contrarrestar el potencial excitante que otrora tuvieron sus actividades sexuales desadaptativas. En suma, las actividades planificadas fueron de dos clases; por un lado, unas las desarrollaría dentro de casa (como estudiar, leer, jugar con el ordenador, etc) y, por otro lado, fuera del hogar se llevarían a cabo otro tipo de actividades (como hacer deporte, jugar al billar, tomar una copa con los amigos, etc.). Ambas actividades quedaban registradas por el sujeto a diario en el autorregistro correspondiente. Debe ponerse énfasis en el hecho de que estas actividades debía especialmente realizarlas Alexander en momentos donde se propiciase el aburrimiento, en tiempo de ocio, en situaciones de riesgo o en aquellos momentos en que recordase de forma positiva su antigua tendencia sexual.

En el tratamiento aplicado la reestructuración cognitiva estaba encaminada a combatir determinadas ideas irracionales y pensamientos negativos que podían interferir en la terapia o propulsar una recaída, antes que eliminar el ansia de

implicarse en sus antiguas actividades sexuales.

Alexander no hipervaloraba el potencial excitatorio de los estímulos paidófilos, más bien lo vivía con angustia y de manera egodistónica, aunque el deseo era vehemente y se limitase toda actividad a la fantasía. Empero, sí poseía sesgos cognitivos concretos relacionados con su parafilia (vbgr., quitar importancia al asunto debido a hallarse limitado a la fantasía, posibilidad de superar el problema por sí mismo, posible remisión espontánea del trastorno, etc.), que interferían claramente en la motivación hacia el tratamiento. Tras la detección de estos sesgos, se procedió a discutirlos racionalmente a fin de eliminarlos y sustituirlos por otros más positivos y realistas. Paralelamente a todo ello, pervivían determinadas creencias irracionales (vbgr., «*mi caso no tiene solución*», «*soy un perturbado*», «*acabaré en la cárcel de todas formas, por lo que no vale la pena luchar*», etc.) que se elicitan a partir de estados emocionales negativos y que conducen a una expectativas de baja autoeficacia e incrementan la probabilidad de una recaída. Asimismo, mediante reestructuración cognitiva se cambiaron las expectativas de nuestro paciente sobre las consecuencias de su problema. Con ello se informó claramente sobre los efectos reales de su parafilia. Resulta necesaria esta modificación puesto que algunos sujetos mantienen expectativas sesgadas que arrancan del recuerdo selectivo de experiencias positivas del pasado (no de las experiencias negativas), acerca de los efectos a corto plazo e inmediatos de la conducta parafilica (excitación instantánea y mantenida mediante el orgasmo y el deleite en los estímulos, junto a una falsa creencia de controlabilidad de su tendencia). La presentación de las consecuencias negativas asociadas a su conducta resulta importante, puesto que la expectativa de reforzamiento puede ser igual o más poderosa que el reforzamiento real. En este sentido, se sabe que la combinación de expectativas positivas, en las conductas adictivas por ejemplo, con el estrés evocado en una situación de alto riesgo es el factor de mayor riesgo para una recaída (Echeburúa, 1994; Hodgson, 1993).

También se enseñó a nuestro paciente habilidades específicas de afrontamiento, concretamente técnicas de autocontrol y de solución de problemas, tendentes a resolver posibles problemas personales e interpersonales con lo cual se reduciría la probabilidad de una recaída.

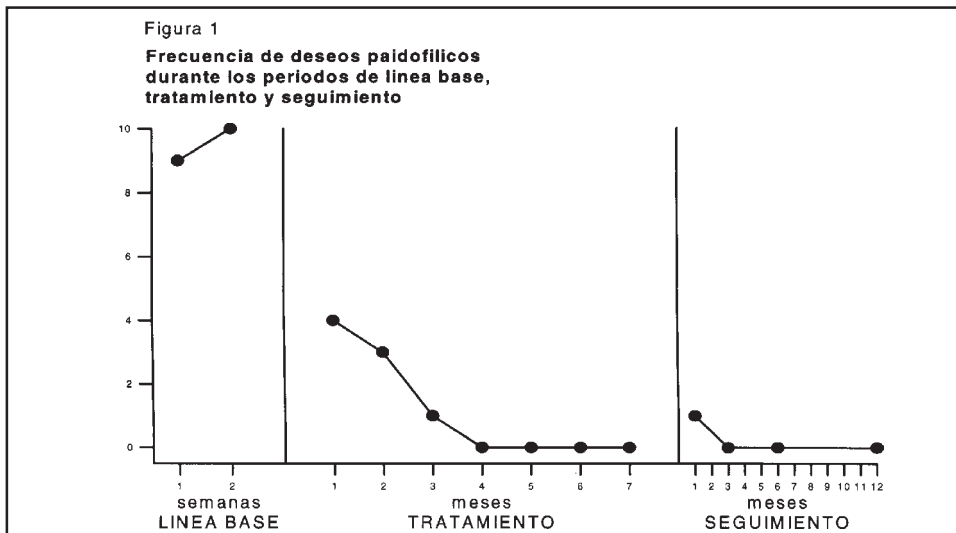
En el marco del autocontrol, Alexander aprendió a aplicar la técnica del *tiempo-fuera* (escapar de una situación tentadora) y de distracción cognitiva (pensar en otra cosa, mirar escaparates, buscar la compañía de su hermano, etc.) a fin de controlar los deseos enérgicos de volver a excitarse con estímulos inadecuados. De hecho no hubo necesidad de aplicar técnicas conductuales o cognitivas ante cualquier incumplimiento o fallo del sujeto en el programa de tratamiento. En estos casos, debe interpretarse el comportamiento como una *caída* y no como una *recaída*, en cuyo caso el sujeto suele desmoronarse debido al sentimiento de fracaso e incapacidad de control, mediados por pensamientos negativos, que pueden

generar un malestar tal que determine la precipitación de una recaída total.

Las técnicas de solución de problemas se utilizaron precisamente para resolver dificultades en la vida habitual del sujeto, como las salidas con los amigos o las relaciones con las chicas. Se programaron toda una serie de actividades a este respecto que, de paso, le servían en el tratamiento de la ansiedad social, comentada previamente.

2.3.3. Resultados

Con la aplicación del tratamiento, sin incidencias especiales que destacar, el sujeto informó de una gran indiferencia hacia los estímulos que tanto le domeñaran anteriormente. En la Figura 1 se muestran los resultados conseguidos con la intervención, donde se valoró el decremento de la excitación sexual inadaptada (concretada en pensamientos e imágenes de contenido sexual manifiesto asociados a la activación sexual). Como puede verse, durante las dos semanas en que se determinó la línea base, Alexander manifestó 10 y 9 deseos sexuales, que disminuyeron de manera notable a lo largo de los siete meses de terapia, controlándose completamente al final de la misma y en los respectivos controles de seguimiento. Efectivamente, cuando se realizaron dichos controles, durante las entrevistas nuestro paciente corroboró el mantenimiento de los logros conseguidos y su reciente relación sentimental con una mujer, con la cual disfrutaba de relaciones sexuales satisfactorias desde el primer momento.



En la Figura 2 se muestra el decremento de la excitación sexual desviada, a partir de la línea base y finalizando en el último seguimiento, tal como informó el propio sujeto; por otra parte, en la Figura 3 se ilustra el decremento del tiempo

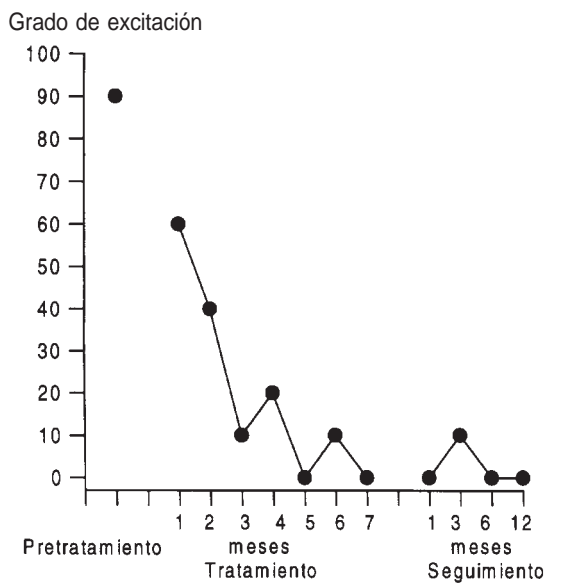
dedicado a la masturbación con fantasías inadecuadas en idéntico contexto que la gráfica anterior.

Debe reseñarse que con el tratamiento prescrito se intensificó satisfactoriamente la excitación heterosexual socialmente normativa, a la par que el tratamiento de la ansiedad social iba encaminado a la supresión de la ansiedad social evocada en situaciones de relación heterosexual, no solamente en el sentido sexual sino en su sentido interpersonal, más amplio. El encontrar una pareja estable y el mantener consiguientemente relaciones sexuales satisfactorias tuvo un efecto directo y

muy destacable en el aumento del interés por personas adultas del sexo contrario.

Figura 2

Disminución del grado de excitación inadecuado en el tratamiento y en el seguimiento, tal como fue informada por el paciente.



2.3.4. Discusión

No ha sido abundante la literatura especializada relativa a la paidofilia desde el estudio, ya clásico, de Barlow *et al.* (1969), muy posiblemente debido a la escasa atención que, por motivos diversos, recibe este tipo de trastorno.

Según la evidencia mostrada en estas páginas, la estrategia de intervención diseñada para el presente caso clínico condujo a la obtención de los resultados que se establecieron en un principio, los cuales se mantuvieron durante un tiempo razonablemente largo, donde se efectuaron los controles de seguimiento correspondientes. Evaluaciones futuras nos indicarán si dichos objetivos permanecen incólumes o si se ha producido algún cambio significativo, tanto en sentido positivo como en el negativo.

Debe hacerse mención también que la conducta sexual problemática era de tipo encubierto, lo que, presumiblemente, hace el caso de mejor pronóstico, dado que la práctica en situaciones reales es un reforzador intenso. No obstante, no deben desdeñarse las expectativas respecto a su potencial de reforzamiento. Lo anterior nada resta, en cambio, a la gravedad del caso clínico, dado que la excitación sexual parafílica puede ser problemática, por vehemente y por sus consecuencias, aunque se halle limitada al mundo de la imaginación. También constituyen factores de buen

pronóstico la motivación alta del sujeto, el haber tenido relaciones sexuales adultas en el pasado, su juventud, la inexistencia de un trastorno afectivo importante, los recursos personales, el apoyo familiar y la posibilidad de mantener una nueva relación adulta de carácter heterosexual.

Actualmente resulta impensable la aplicación de una técnica singular para la reversión de un problema complejo, siendo lo habitual la aplicación de programas multimodales (v., Alario Bataller, 1991, 1993b). Por otro lado, la existencia de problemas asociados, como una fobia social (de grado modera-

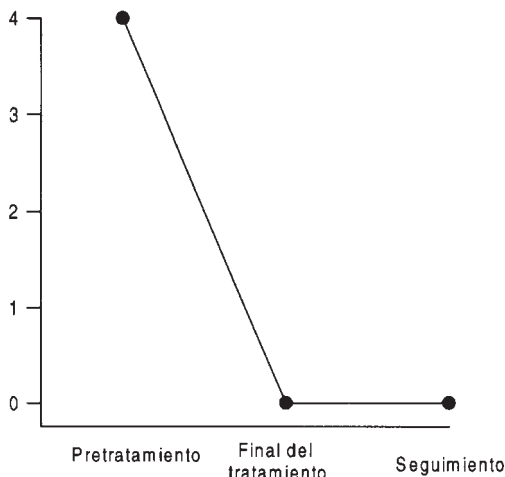
do) suelen dificultar el tratamiento, lo cual en nada obsta para la buena solución del caso: habrá de implementarse el programa terapéutico oportuno para la resolución de cuantos problemas tenga el sujeto.

Además, desearíamos resaltar la novedad de incluir la terapia de exposición en un caso con este diagnóstico, lo cual no es habitual en los escritos especializados y que tuvo por objetivo eliminar la ansiedad que el sujeto experimentaba ante la proximidad de estímulos parafilicos. Clínicamente su inclusión nos pareció relevante, si bien el peso real de esta técnica en el tratamiento de las parafilias habrá de determinarse con investigaciones controladas, más adecuadas metodológicamente que el estudio que el lector tiene en sus manos. En el mismo, cuestión a añadir y considerar, el diseño empleado no permite en modo alguno discernir el peso diferencial que tuvieron en el resultado final las diversas técnicas empleadas o si aquél se debió al efecto de un posible factor común a todas ellas, del mismo modo que tampoco permite determinar la inoperancia de alguna técnica utilizada, si es que existiera. Estas son también cuestiones a investigar y esperamos al futuro, por si aparece alguna investigación que nos ofrezca datos sólidos al respecto.

Figura 3

Disminución del tiempo dedicado a la masturbación con fantasías desviadas a lo largo del tratamiento

Promedio de horas diarias



En este artículo revisamos la paidofilia, sus posibles causas, las investigaciones sobre personalidad que correlacionan con algunas de las conductas paidofílicas y la terapia de tipo biológico y cognitivo-conductual. El presente trabajo presenta la intervención conductual en un paciente paidofílico. La terapia incluía control de estímulos, recondicionamiento orgásmico, sensibilización encubierta, exposición y terapia cognitiva. Presentamos los resultados que muestran una buena mejora al final del tratamiento y en los controles de seguimiento, realizados al mes, a los 3 meses, a los seis meses y al año, en los cuales se mantenían los objetivos conseguidos con el tratamiento.

Palabras clave: *Parafilias, paidofilia, abuso sexual infantil, personalidad, terapia conductual-cognitiva, terapia aversiva, exposición.*

Referencias bibliográficas:

- ALARIO BATALLER, S. (1991). *Análisis y modificación de conducta de la homosexualidad*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1992). *Aproximaciones teóricas en la investigación de la homosexualidad*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1993a). *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1993b). *Homosexualidad: Aplicación clínica de la evaluación y terapia de conducta en las homosexualidades egodistónica y egosintónica*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1993c). *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1995). *Estudio de casos en sexología*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1996). *Muerte y neurosis*. Valencia: Promolibro.
- ALUJA, A. *et al.* (1989). *Testosterone and personality in males: A study in incarcerated subjects*. Poster presentado en la IV ISSID Conference, Heidelberg.
- ALUJA, A. & FARRE MARTI, J.M. (1989). *Parafilias. Violencia sexual. Tercer Curso de Sexología Clínica*. Barcelona: Institut Dexeus.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, D.C.
- ANNON, J.S. (1971). The extension of learning principles to the analysis and treatment of sexual problems. *Dissertation Abstracts International*, 23, 6 (B), 3.627.
- ARRUABARRENA, M.I. & DE PAUL, J. (1996). *Maltrato a los niños en la familia*. Madrid: Pirámide.
- AVERY-CLARK, C.A & LAWS, D.R. (1984). Differential erection response patterns of sexual child abuses to stimuli describing activities with children. *Behavior Therapy*, 15, 71-83.
- BAITZMAN, R. & ZUKERMAN, M. (1980). Desinhibitory sensation seeking, personality and gonadal hormones. *Personality and Individual Differences*, 1, 103-110.
- BANCROFT, J.H.J. (1974). *Deviant Sexual Behavior*, New York, Oxford University Press.
- BARBAREE, H.E. & MARSHALL, W.L. (1989). Erectile responses among child molesters, father-daughter incest offenders and matched non-offenders. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 21, 70-83.
- BARLOW, D.H. & ABEL, G.G. (1976). Recent development in the assessment and treatment of sexual deviations. In W.E. Graighead *et al.* (Eds.), *Behavior modification: Principles, issues and applications*. Boston: Houghton Miffling.
- BARLOW, D.H. & ABEL, G.G. *et al.* (1972). The contribution of therapeutic instruction to covert sensitization. *Behavior Research and Therapy*, 10, 411-415.
- BARLOW, D.H. & ABEL, G.G. *et al.* (1969). The experimental control of sexual deviation through the manipulation of the noxious scene in covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 596-601.
- BOUDREAU, L. & GRANGER, I. (1987). Problemas de orientación sexual. En R. Ladoceur *et al.* (Eds.), *Principios y aplicaciones de la terapia de conducta*. Madrid: Debate.

- BRIERE, J. & RUNTZ (1989). University males sexual interest in children: Predicting potential indices of pedophilia in a nonforensic sample. *Child Abuse and Neglect*, 13, 65-75.
- BRIERE, J. & RUNTZ *et al.* (1992). Attitudes toward sexual abuse; Sex differences and construct validity. *Journal of Research and Personality*, 26, 398-406.
- CANTON, J. & CORTES, M.R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.
- CANTON-DHATARI, A. (1976). Combines intervention for controlling unwanted homosexual behavior: Part 2. *Archives of Sexual Behavior*, 25, » 116-132.
- CALLAHAN, E.J. & LEITENBERG, H. (1973). Aversion therapy for sexual deviation: Contingent shock and covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 60-73.
- CARROBLES, J.A.I. (1987). Variaciones y ofensas sexuales. En J.A.I. Carrobles (Ed.), *Análisis y Modificación de Conducta 2*. Madrid: UNED.
- CARROBLES, J.A.I. & SANTACREU (1987). Tratamiento conductual de las variaciones y ofensas sexuales. En J.A.I. Carrobles (Ed.), *Análisis y Modificación de Conducta 2*. Madrid: UNED.
- CAUTELA, J.R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record*, 16, 33-41.
- CONDE LOPEZ V. *et al.* (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 140, 468-497.
- CONTE, J. (1985). The effects of sexual abuse on children: A critique and suggestions for future research. *Victimology: An International Journal*, 10, 110-130.
- COOPER, A.J. (1987). Medroxioprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 9, 368-370.
- DE VILLENA, L.A. (1992). *El libro de las perversiones*. Barcelona: Planeta.
- ECHEBURUA, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- ECHEBURUA, E. & CORRAL, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 11, 16-24.
- ECHEBURUA, E. & CORRAL, P. (1987a) : *Escala de inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- ECHEBURUA, E., & CORRAL, P. *et al.* (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 617-643.
- ELLIOT, M. *et al.* (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse and Neglect*, 19, 579-594.
- EYSENCK, H.J. (1976). *Sex and personality*. London: Open Books.
- EYSENCK, H.J. & WILSON, G. (1979). *The psychology of sex*. London: Dent & Sons.
- FARRE MARTI, J.M. *et al.* (1983). Abordaje actual de la cuestión homosexual. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 139-160.
- FARRE MARTI, J.M. (1991). Parafilias: Psicopatología y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 17, 28-41.
- FARRE MARTI, J.M. *et al.* (1983). Abordaje actual de la cuestión homosexual. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 28-41.
- FERNANDEZ-MONTALVO, J. & ECHEBURUA, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico*. Madrid: Pirámide.
- FINKELHOR, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: The Free Press.
- FREUND, K. & BLANCHARD, R. (1989). Phallometric diagnosis of pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 100-105.
- GLASGOW, D. *et al.* (1994). Evidence, incidence, gender and age in sexual abuse of children perpetrated by children. Towards a developmental analysis of child sexual abuse. *Child Abuse Review*, 3, 196-210.
- GLASSER, M. (1990). Paedofilia. In R. Buglass & P. Bowden (Eds.), *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Churchill Livingstone: Longman Group.
- GROTH, N.A. *et al.* (1982). The child molester: Clinical observations. En J. Conte & D. Shore (Eds.), *Social work and child sexual abuse*. New York: Haworth.
- HALL, G.C.N. (1989). WAIS-Rs and MMPIs of men who have sexually assaulted children: Evidence and limited utility. *Journal of Personality Assessment*, 53, 404-412.
- HALL, G.C.N. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 10, 229-245.
- HALL, G.C.N. *et al.* (1988). Validity of physiological measures of pedophilic sexual arousal in sexual offender population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 118-122.

- HAYES, S.C. *et al.* (1978). The use of self-administered covert sensitization in the treatment of exhibitionism and sadism. *Behavior Therapy*, 9, 283-89.
- HOGSDON, R.J. (1991). Substance misuse. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 80-87.
- HOGSDON, R.J. (1993). Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M. Casas & M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.
- HOWELLS, K. (1981). Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of etiology. En M. Cook & K. Howells (Eds.), *Adult sexual interest in children*. New York: Academic Press.
- HUGUES, R.C. (1977). Treatment of exhibitionism by covert sensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 177-179.
- KELLY, R.J. & LUSK, R. (1992). Theories of pedophilia. En *The sexual abuse of children: Theory and research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- KNIGHT, R.A. *et al.* (1985). Clasificación de sexual offenders: Perspectives, methods and validation. En R.A. Knight (ed.), *Rape and sexual assault*. New York: Garland Publishing.
- KOLODNY, R.C. *et al.* (1979). *Textbook of Sexual Medicine*. Boston: Little Brown.
- LALUMIERE, M.L. & EARLS, C.H. (1992). Voluntary control of penile responses as a function of stimulus duration and instructions. *Behavioral Assessment*, 14, 121-132.
- LANYON, R.L. (1986). Theory and treatment in child molestation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 2, 176-182.
- LOPEZ, F. *et al.* (1995). Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 77-98.
- MARKIS, J.N. (1970). Orgasmic reconditioning changing sexual object choice through controllably masturbatory fantasies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 263-271.
- MARLATT, G.A. & GORDON, J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.
- McKAY, M. *et al.* (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- MUSE, M. (1993). *Manual didàctic per al tractament de disfuncions sexual*. Girona: Mensana Publications.
- MARKS, I.M. (1981). *Cure and care of neurosis*. New York: John Wiley & Sons.
- McGUIRE, R. *et al.* (1965). Sexual deviations as conditioned behaviors. *Behavior Research and Therapy*, 2, 185-190.
- McKAY, M. *et al.* (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- MOHR, J.W. *et al.* (1964). *Pedophilia and Exhibitionism*. Toronto: University of Toronto Press.
- MONEY, J. (1986). Lovemaps, proceptive imaginery and paraphilia: Male heterosexual development and its pathology. *VI Curso de Andrología, Fundación Puigvert, Actas*, 149-159.
- ROSENBERG, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.
- SANTACREU, J. (1988). Tratamiento de un caso de homosexualidad con entrenamiento en habilidades sociales. En D. Macia & F.X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- SERBER, M. (1970). Shame aversion therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 213-215.
- STOLLER, R.J. (1977). Sexual Deviations. In F. Beach (Ed.), *Human Sexuality in Four Perspectives*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- TOLLISON, C.D. & ADAMS, H.E. (1979). *Love and Attraction: An International Conference*. London: Pergamon Press.
- ULLMAN, L.P. & KRASNER, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. New York: Prentice Hall.
- WATSON, D. & FRIEND, R. (1969). Measurement of Social. Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-447.
- WIKRAMASEKERA, I. (1976). A technique for controlling a certain type of exhibitionism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 207-210.
- WIKRAMASEKERA (1968). The application of learning theory to the treatment of a case of sexual exhibitionism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 207-210.
- WIKRAMASEKERA (1972). A technique for controlling a certain type of sexual exhibitionism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 10, 217-229.
- WIKRAMASEKERA (1976). Aversive behavior rehearsal for sexual exhibitionism. *Behavior Therapy*, 7, 167-176.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.