

*JORNADAS UNIVERSITARIAS DE
ACTUALIZACIÓN EN SALUD SEXUAL
XV ANIVERSARIO DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN
SEXOLOGÍA (AEES)*

**VIII SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE SALUD SEXUAL DE
INSTITUTO ESPILL**

Madrid, 18 y 19 de Junio de 2011

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

José Díaz Morfa

Psiquiatra-Psicoterapeuta

*Presidente de la
ASOCIACIÓN*

ESPAÑOLA DE SEXOLOGÍA CLÍNICA.

*Consultor de la sección de Psiquiatría y Sexualidad Humana de la WORLD
PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)*

*Académico Permanente y Coordinador de la ACADEMIA INTERNACIONAL DE
SEXOLOGÍA MÉDICA (AISM)*

*Fundador y Vicepresidente de la ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DE LAS OFENSAS SEXUALES (APTOS)*

*Miembro Fundador de la FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE
PSICOTERAPEUTAS (FEAP)*

Miembro de la AMERICAN ASSOCIATION OF PSYCHIATRIC MEDICINE (AAPM)

Miembro del directorio psiquiátrico de Trastornos Límite de la Personalidad

Académico de la ACADEMIA ESPAÑOLA DE SEXOLOGÍA Y MEDICINA SEXUAL

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Agresores Sexuales

Contrariamente a la **creencia** social común pero **errónea** de que todos los ofensores sexuales se han creado igual y constituyen un grupo altamente homogéneo, **aquellos que cometen ofensas sexuales realmente comprenden una población extremadamente heterogénea**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Los ofensores sexuales se presentan clínicamente como un **grupo muy diverso**. La presencia de **enfermedad mental** en un perpetrador sexual, por ejemplo, puede servir o impulsar, **exacerbar**, **dificultar**, y/o **enmascarar** la conducta sexual desviada

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

The American Journal of Psychiatry. Vol. 156, nº 5. Mayo 1999

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LOS OFENSORES SEXUALES PEDOFÍLICOS

N.C. Raymond, M.D.; E. Coleman, Ph.D.; F. Ohlerking, M.A. ; G.A. Christenson, M.D. y M. Miner. Ph.D.

El noventa y tres por ciento de los sujetos (N=42) satisficieron los criterios para un trastorno del axis I además de la pedofilia. La prevalencia de la vida del trastorno del ánimo en este grupo fue del 67%. El sesenta y cuatro por ciento de los sujetos satisficieron los criterios de trastorno por ansiedad, el 60% de trastorno por uso de sustancias psicoactivas, el 53% de otro diagnóstico de parafilia, y el 24% de diagnóstico de disfunción sexual.

Las tasas de comorbilidad para el axis I y axis II fueron altas en esta población. Los trastornos psiquiátricos comórbidos no tratados pueden jugar un papel en el fracaso del tratamiento y recidiva.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

The American Journal of Psychiatry. Vol. 156, nº 5. Mayo 1999

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LOS OFENSORES SEXUALES PEDOFÍLICOS

N.C. Raymond, M.D.; E. Coleman, Ph.D.; F. Ohlerking, M.A. ; G.A. Christenson, M.D. y M. Miner. Ph.D.

Los trastornos de la personalidad que eran comunes en estos sujetos eran, por ejemplo, trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva, antisocial, evitadora, narcisista, y paranoide. Los trastornos de la personalidad, particularmente el trastorno de la personalidad antisocial, han sido ofrecidos como una explicación para la conducta pedofílica

En esa población de pedófilos, 51% (N=23) satisfacían los criterios para una historia de toda la vida de trastorno por uso del alcohol, y el 44% (N=20) satisfacían los criterios de trastorno por uso de sustancias además del alcohol

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Los trastornos de personalidad más frecuentes encontrados en un estudio reciente (2.011) con paidófilos homo y heterosexuales incluyen:

1. Trastorno de personalidad del Grupo C:
 - a) Trastorno de la personalidad **por evitación**
 - b) Trastorno de la personalidad **obsesivo-compulsivo**

2. Trastorno de personalidad del Grupo B:
 - a) Trastorno de la personalidad **narcisista**
 - b) Trastorno de la personalidad **antisocial**

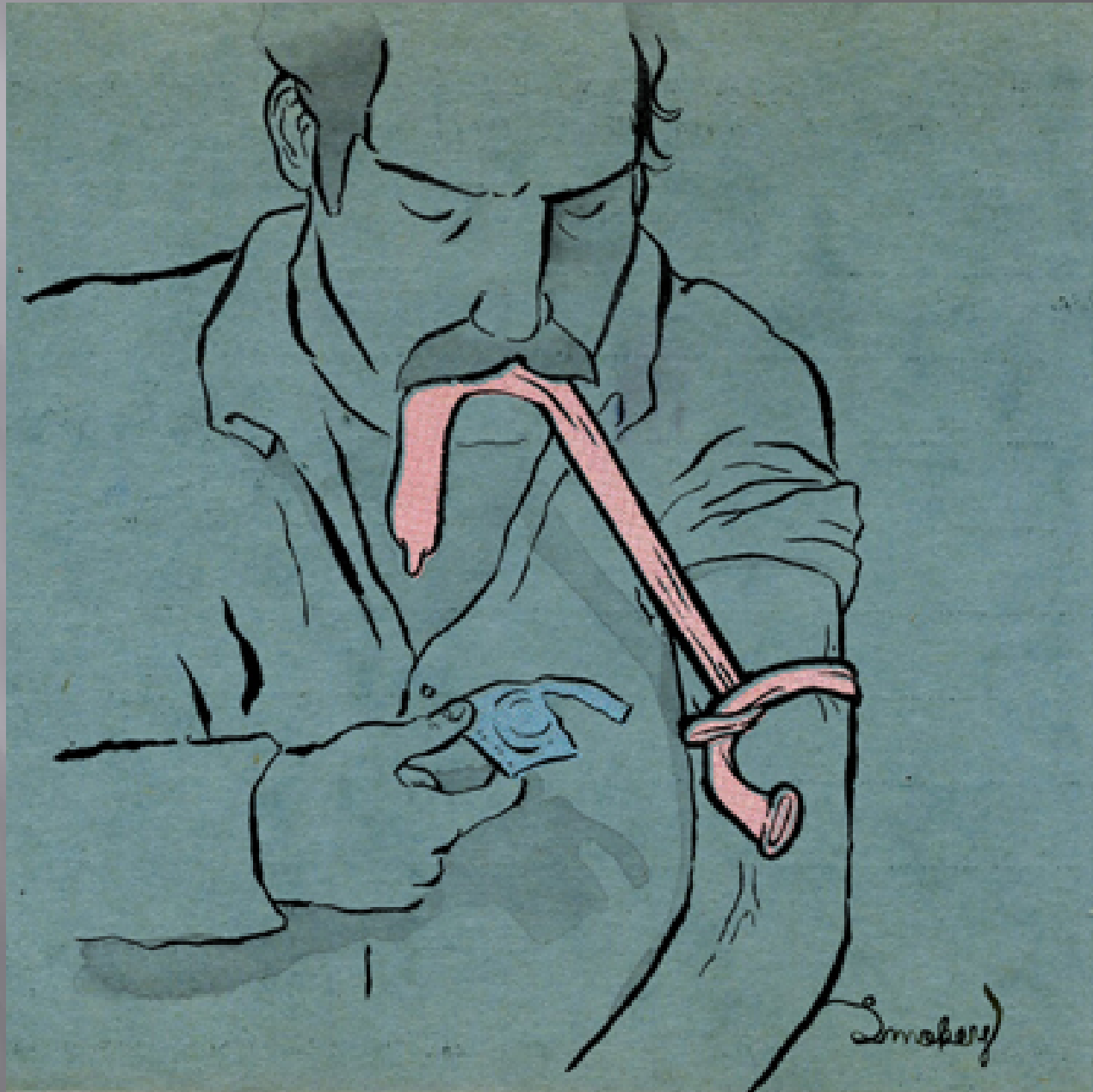
Tillmann and cols., Neurocognitive and Personality Factors in Homo- and Heterosexual Pedophiles and Controls. J. Sex Med. 2011; 8:1650-1659

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Hay otros perpetradores que **no están mentalmente enfermos**, pero que pueden cometer ofensas sexuales mientras están deteriorados y bajo la influencia del **alcohol y/o las drogas**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

En algunos sujetos la **hipersexualidad** puede estar asociada con el **estado de ánimo**, el impulso y el **trastorno compulsivo**, y con factores biológicos tales como el **daño cerebral** que involucran el núcleo septal y la **demencia**. También se puede informar hipersexualidad en la terapia con **agonistas de la dopamina** para la enfermedad de Parkinson, crisis e **infarto del lóbulo temporal**





QUÉ ES LA ADICCIÓN

Hipótesis del proceso patológico adictivo subyacente

Apoyo neurobiológico

Apoyo epidemiológico

Apoyo clínico

ADICCIÓN SEXUAL

Soporte teórico: desarrollo del proceso adictivo; fallo en las funciones de

Auto-cuidado

Auto-regulación del afecto

Auto-gobierno

Evaluación de condiciones concurrentes

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

Tratamiento de la conducta sintomática

Tratamiento psicoterapéutico

Tratamiento farmacológico

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ADICCIÓN SEXUAL

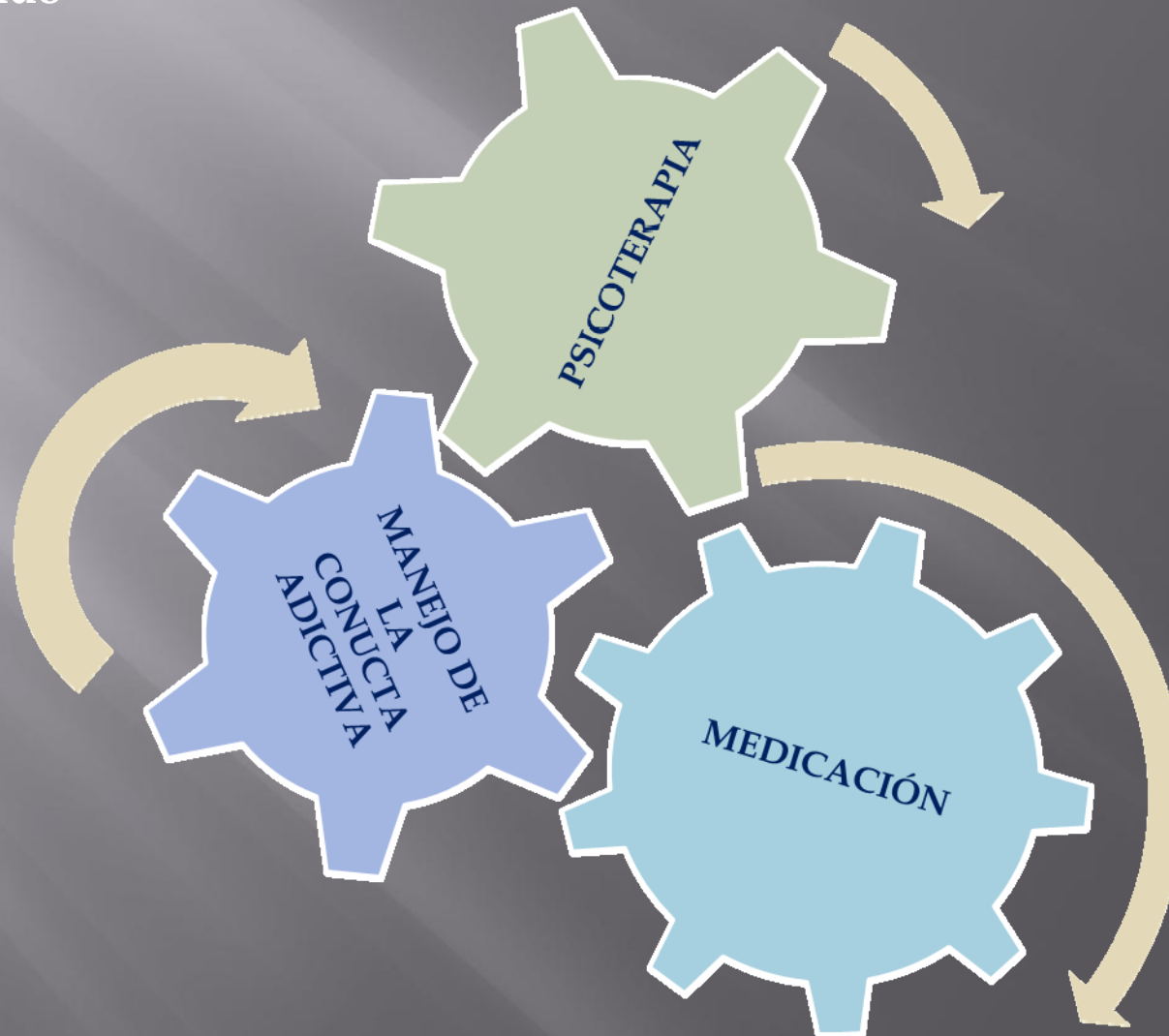
“Un daño progresivo de la intimidad...”

Diagnostico diferencial con:

- ▣ **Trastorno bipolar.** F. maniaca, hipomaniaca con conducta sexual
- ▣ **Trastorno obsesivo-compulsivo** con contenidos sexuales
- ▣ **Trastorno por estrés postraumático por trauma sexual** (con conducta hipersexual, en algunos casos)
- ▣ **Abuso de sustancias** por ejemplo anfetaminas
- ▣ **Síndrome del lóbulo frontal/ Foco epiléptico lóbulo temporal**
- ▣ **Cuadro depresivo** que se manifiesta con conducta hipersexual

Tratamiento de la Adicción Sexual

Si la persona es una unidad orgánica (un sistema integrado) el tratamiento deber integrar diferentes puntos de vista terapéuticos a modo de sistema integrado



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Adicción sexual con trastorno depresivo mayor

ISRS

- Sertralina 100-200 mg./ día
- Paroxetina 20-60 mg./ día
- Fluoxetina 20-60 mg./ día

Antidepresivos tricíclicos, etc.

Eutimizantes

- No uso de Benzodiacepinas

Goodman, A., Sexual Addiction Update Assessment, Diagnosis, and Treatment. Psychiatry Times, mayo de 2009

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

**Adicción
sexual
con
trastorno
obsesivo-
compulsivo**

ISRS

- Sertralina 100-200 mg./ día
- Paroxetina 20-60 mg./ día
- Fluoxetina 20-60 mg./ día

- No uso de Benzodiazepinas

Goodman, A., Sexual Addiction Update Assessment, Diagnosis, and Treatment. Psychiatry Times, mayo de 2009

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Adicción sexual

ISRS

- Uso de **bupropión** o de un **psicoestimulante** cuando **no responde con otros antidepresivos** a los síntomas depresivos o cuando hay síntomas de **trastorno por déficit de atención**

Goodman, A., Sexual Addiction Update Assessment, Diagnosis, and Treatment. Psychiatry Times, mayo de 2009

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

A este respecto, un importante **subgrupo clínico** de individuos que ofenden sexualmente es aquel en que se les puede diagnosticar como **parafílicos**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Los trastornos neuropsiquiátricos del Axis I están generalmente **asociados** con una **disfunción cortical prefrontal**, que repercute en capacidades como la empatía, el control de impulso, el juicio social y la introspección, que están comúnmente afectadas en estos trastornos. Si ciertos trastornos neuropsiquiátricos específicos del Axis I están consistentemente identificados en los ofensores sexuales masculinos y si el tratamiento de tales enfermedades mejoran la función cortical frontal y prefrontal (o mitigan la sobre activación límbica), entonces **tales tratamientos podrían afectar a los juicios “morales”** y **mejorar la impulsividad sexual antisocial**

Tratamientos farmacológicos para pacientes parafílicos y ofensores sexuales. Peer Briken; Martin P. Kafka. Curr Opin Psychiatry, 2007; 20(6): 609-613

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Los tratamientos farmacológicos efectivos empíricamente establecidos para los trastornos unipolar y bipolar, el TDAH y la impulsividad están bien documentados. **Estas enfermedades afectan al funcionamiento ejecutivo prefrontal prefrotal/orbital frontal y están asociadas con la impulsividad;** por consiguiente, **aliviar** tales enfermedades podría ciertamente afectar, si no **mejorar marcadamente, la propensión a ser sexualmente impulsivo.**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Las características heterogéneas de la población de ofensores sexuales, por lo tanto, demandan que **las opciones terapéuticas** sean consideradas teniendo en cuenta también las características **biopsicosociales** **sanas** encontradas en ellos, **no sólo** lo patológico.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

DIAGNÓSTICO DE LAS PARAFILIAS SEGÚN EL DSM-IV-TR

Prevalencia

Las alteraciones que se observan más habitualmente en los centros especializados en el diagnóstico de parafilias son la **pedofilia**, el **voyeurismo** y el **exhibicionismo**. El masoquismo y el sadismo sexual se observan con menos frecuencia. Aproximadamente la mitad de los individuos que presentan parafilias están casados.

En general, las parafilias **parecen ser patologías claramente masculinas**. Aunque la parafilia ocasionalmente se diagnostica en mujeres, por ejemplo, el masoquismo sexual, el 95% de los casos son hombres. La mayoría de las mujeres vistas con parafilia, originalmente buscan ayuda para otros problemas, tales como depresión, promiscuidad o problemas de relación (Levine, Risen y Althof, 1990).

Más del 50% de las parafilias comienzan antes de los 18 años. Los pacientes parafílicos suelen presentar con frecuencia tres o cinco parafilias a la vez, o bien se han ido alternando a lo largo de sus vidas. Este es el caso del exhibicionismo, fetichismo, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo travestista, voyeurismo y zoofilia.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

DIAGNÓSTICO DE LAS PARAFILIAS SEGÚN EL DSM-IV-TR

Curso

Algunas fantasías y comportamientos asociados con las parafilias pueden iniciarse en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, pero **su desarrollo se define y elabora mejor durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta**. La elaboración y la revisión de las fantasías pueden continuar a lo largo de toda la vida del individuo. Por definición, las fantasías e impulsos asociados a estos trastornos son recurrentes. Muchos pacientes explican que siempre tienen fantasías, pero a veces existen períodos de tiempo en los que su frecuencia e intensidad varían de modo sustancial. Estas alteraciones tienden a cronificarse y a durar muchos años, pero **tanto las fantasías como los comportamientos disminuyen a menudo con el paso de los años**. Sin embargo, los comportamientos pueden incrementarse en respuesta a estímulos psicosociales estresantes, en relación con otros trastornos mentales o con la oportunidad de poder practicar la parafilia

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

NEW DIRECTION IN SEX THERAPY. INNOVATIONS AND ALTERNATIVES

Edited by Peggy J. Kleinplatz, 2001. Charles Moser, Ph.D., M.D.

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

“La creación de la categoría diagnóstica de *parafilia*, de la medicalización de las conductas sexuales no estandarizadas, es un intento pseudocientífico para regular la sexualidad.”

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

- Es notable que el texto del *DSM* afirma, “el diagnóstico especificará,” consiguiendo vincular la conducta específica con la psicopatología. Este error inicial ha sido continuado en todas las ediciones subsecuentes del *DSM*. Simplemente, ¿porqué el clínico debería especificar la conducta?. No hay razón para ello. El *DSM* enumera el trastorno obsesivo-compulsivo, pero no diferencia entre los que se lavan las manos compulsivamente y los contadores de palabras compulsivos.
- El especificar la conducta señalaría un único aspecto del diagnóstico.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

- ❑ Tres subtipos de conductas son especificados en el *DSM-IV*: El interés debe involucrar a **no humanos o compañeros que no consienten o involucrar sufrir humillación**. Las parafilias con “no humanos” enumeradas incluyen el fetichismo y el fetichismo trasvestístico, pero no la zoofilia. La racionalidad para esta omisión no está clarificada.
- ❑ “Sufrir humillación” se refiere al sadismo y al masoquismo, pero **¿qué es lo que constituye humillación y desde qué perspectiva?**. Los masoquistas a menudo informan que la actividad de la “humillación” en la que ellos eligen comprometerse no es humillante para ellos, sino que es sexualmente excitante.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

Si el profesional que hace el diagnóstico considera la actividad humillante, esto habla de los valores políticos y sexuales del profesional más que de la salud mental de aquellos que se comprometen en la conducta. Similarmente, Freud informó que el coito heterosexual podría ser interpretado como un ataque hacia la mujer, aunque la mujer no percibe ningún ataque sino, más bien, una experiencia sexualmente excitante (Freud, 1905).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

- ▣ La selección de conductas sexuales específicas debe ser evitada
- ▣ **Es un defecto teórico patologizar una conducta. Una conducta en si misma no es necesariamente evidencia de psicopatología**
- ▣ Así que, el interés sexual per se no es el tema, sino si es o no la causa de la angustia o la disfunción en la vida del individuo
- ▣ **Evitar la denominación de la conducta y focalizarse en los déficits psicológicos que la conducta engendra es un aspecto importante de cualquier consideración diagnóstica propuesta**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

Si el interés sexual del individuo causa angustia o disfunción, las opciones terapéuticas incluyen la eliminación del interés o aprender a expresar el interés de una manera “más sana”.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

Alguna clasificación propuesta, como el **trastorno del interés sexual**, no sugiere que todos los intereses sexuales sean aceptables. **Algunos, claramente, no son aceptables.** Ni ello implica que a cualquier interés se le debería otorgar derechos o protecciones especiales. Se puede afirmar que esto es especialmente cierto para la heterosexualidad.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

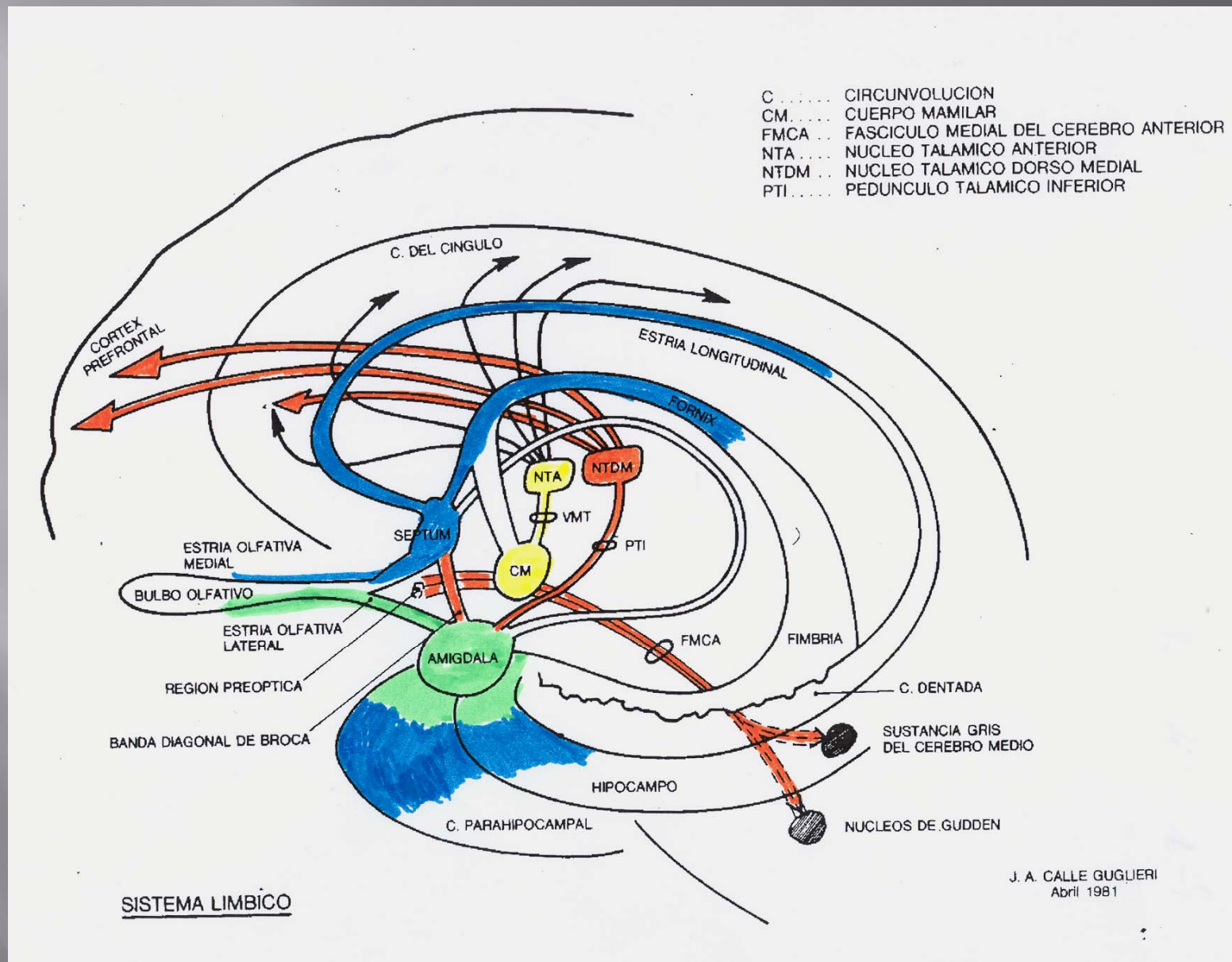
Cambiando el *DSM* influenciamos el pensamiento de los profesionales de la salud mental y a la sociedad más amplia. Fue cuando la homosexualidad fue eliminada del *DSM* cuando se progresaron los derechos civiles de las personas gays – no antes. Los derechos civiles de los parafílicos son rutinariamente limitados, y la discriminación contra estas personas está incontrolada. La institución psiquiátrica es cómplice en alentar esta discriminación por su especificación/condición abiertamente amplia de la conducta como patología.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PARAFILIA: CRITICA DE UN CONCEPTO CONFUSO

Para ser tolerantes, tendremos que aceptar las sexualidades no comprendidas. Eso no significa que renunciemos al derecho a proteger a las personas de los abusos de derechos sexuales. **Los niños no pueden consentir. Las personas no conscientes no pueden consentir. Si las personas son forzadas a comprometerse en sexo sin consentimiento, eso constituye una violación.**





Septum y amígdala como subsistemas orgásmico e inhibitor respectivamente, bajo el hipotálamo como "controlador"
 Notar la importancia integradora y jerárquica del cortex

CORTEZA CEREBRAL

(n. caudado – cingulo)



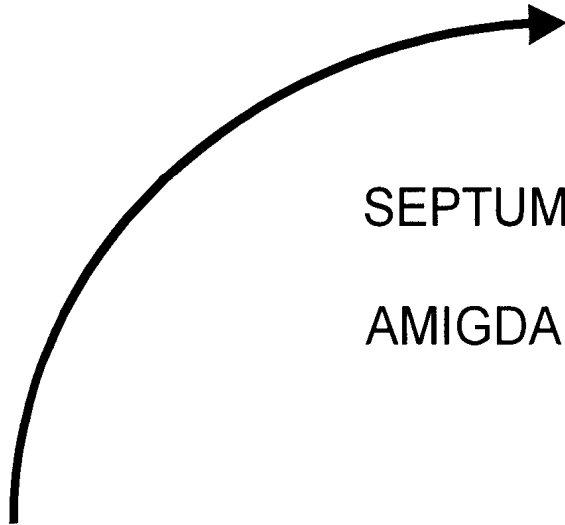
HIPOTÁLAMO



SEPTUM → “ CEREBRO ORGÁSMICO”

AMIGDALA → “CEREBRO INHIBIDOR”

INFORMACION
MÉDULA DORSAL



DOPAMINA → ↑ CONDUCTA SEXUAL.

SEROTONINA → ↓ CONDUCTA SEXUAL.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

El papel de los neurotransmisores en la sexualidad humana no está totalmente comprendido. La neuropsicofarmacología de diferentes agentes farmacológicos ha sido útil en proporcionar alguna comprensión de los papeles de la dopamina, la serotonina, y otros neurotransmisores sobre diferentes aspectos de la conducta sexual (Brancroft, 1989; Segraves, 1989). Hay una compleja interrelación entre las hormonas sexuales, los neurotransmisores, la predisposición genética, y la conducta sexual. Hay básicamente dos tipos de aminas cerebrales: las catecolaminas (por ejem., dopamina) y las indolaminas (por ejem., serotonina o 5-hidroxitriptamina [5-HT]). Existen receptores androgénicos en el área preóptica medial del hipotálamo así como receptores para otras hormonas esteroides. El hipotálamo también tiene sistemas aminérgicos cerebrales significativos. Diferentes estudios han demostrado que **la dopamina ejerce un efecto sobre diferentes aspectos de la conducta sexual. Los agonistas dopaminérgicos (por ejem., apomorfina), los inhibidores de la recaptación (por ejem., cocaína), y los precursores (por ejem., levodopa) en general estimulan la conducta sexual** (Segraves, 1989).

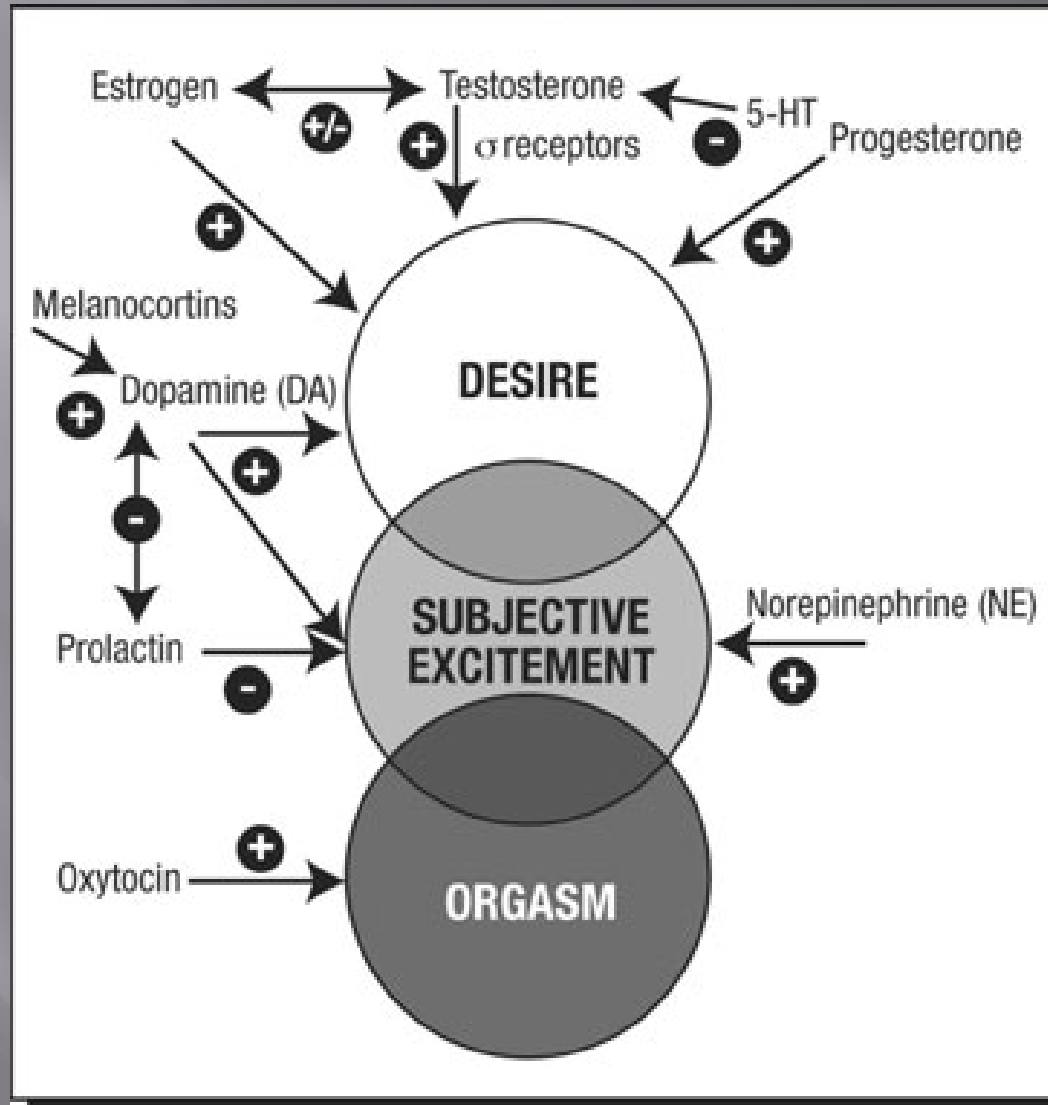


Figure 2 Central effects of neurotransmitters and hormones on sexual functioning (adapted from Munarriz et al. [28]). The symbols indicate a positive effect (+); negative effect (-); and unknown effect (?). (Adapted from Clayton [28])

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Estudios (con animales) in vitro y in vivo han revelado que:

INHIBEN la excitación sexual	ESTIMULAN la excitación sexual
<ul style="list-style-type: none">•serotonina•prolactina	<ul style="list-style-type: none">•norepinefrina (vía activación alfa (1) del adrenoceptor),•dopamina•acetilcolina (vía activación del receptor muscarínico)•encefalinas•oxitocina•hormona liberadora de la gonadotropina•hormona estimulante del folículo, hormona luteizante•testosterona/dihidrotestosterona a estrógeno/progesterona

Caminos de la dopamina

Corteza frontal

Funciones:

- Recompensa (motivación, placer, euforia)
- Función motora
- Sueño
- Cognición
- Compulsión
- Perseverancia

Caminos de la serotonina

Striatum

Sustancia negra

Funciones:

- Humor
- Procesamiento de memoria
- Sueño
- Cognición

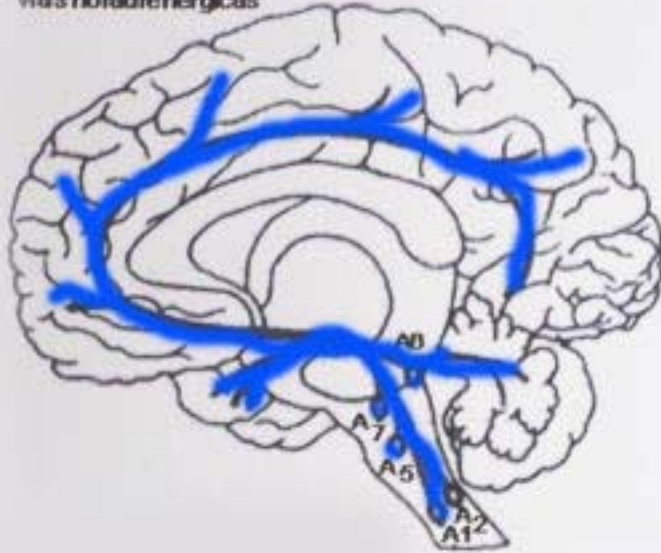
Sus
nubens

VTA

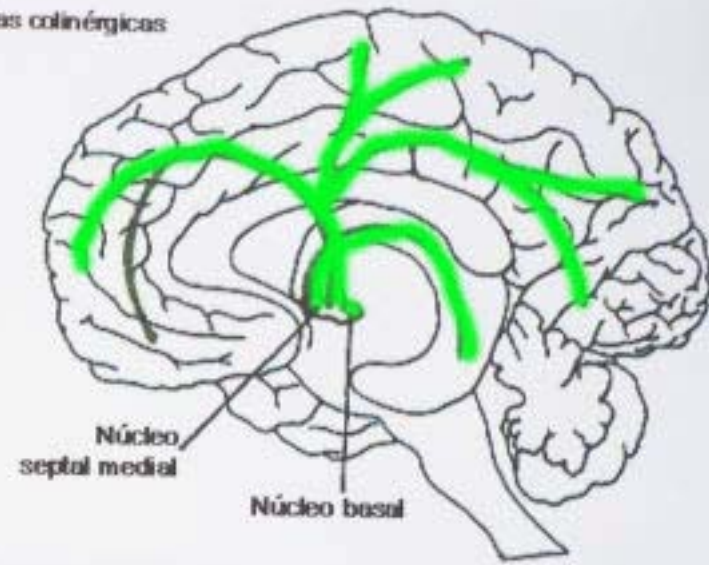
Hipocampo

Raphe nucleus

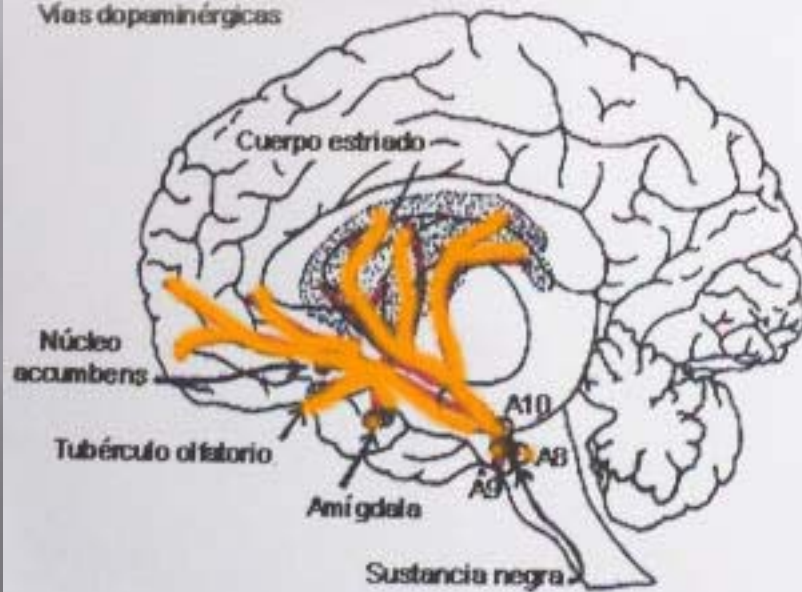
Vías noradrenérgicas



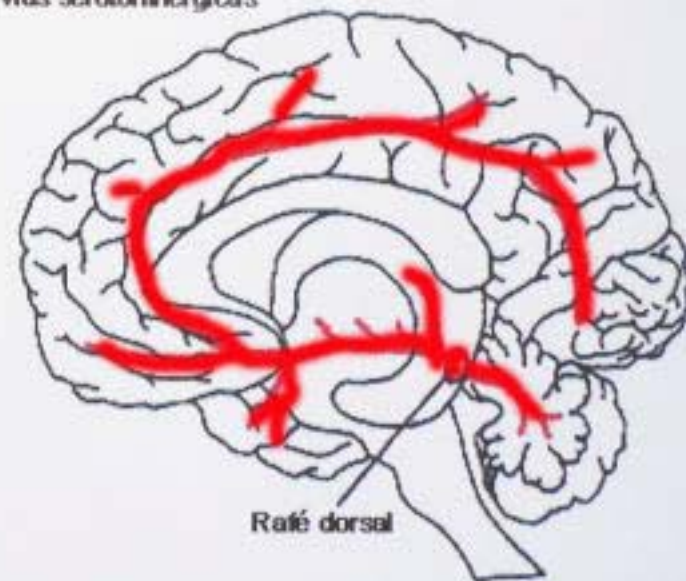
Vías colinérgicas



Vías dopaminérgicas



Vías serotoninérgicas

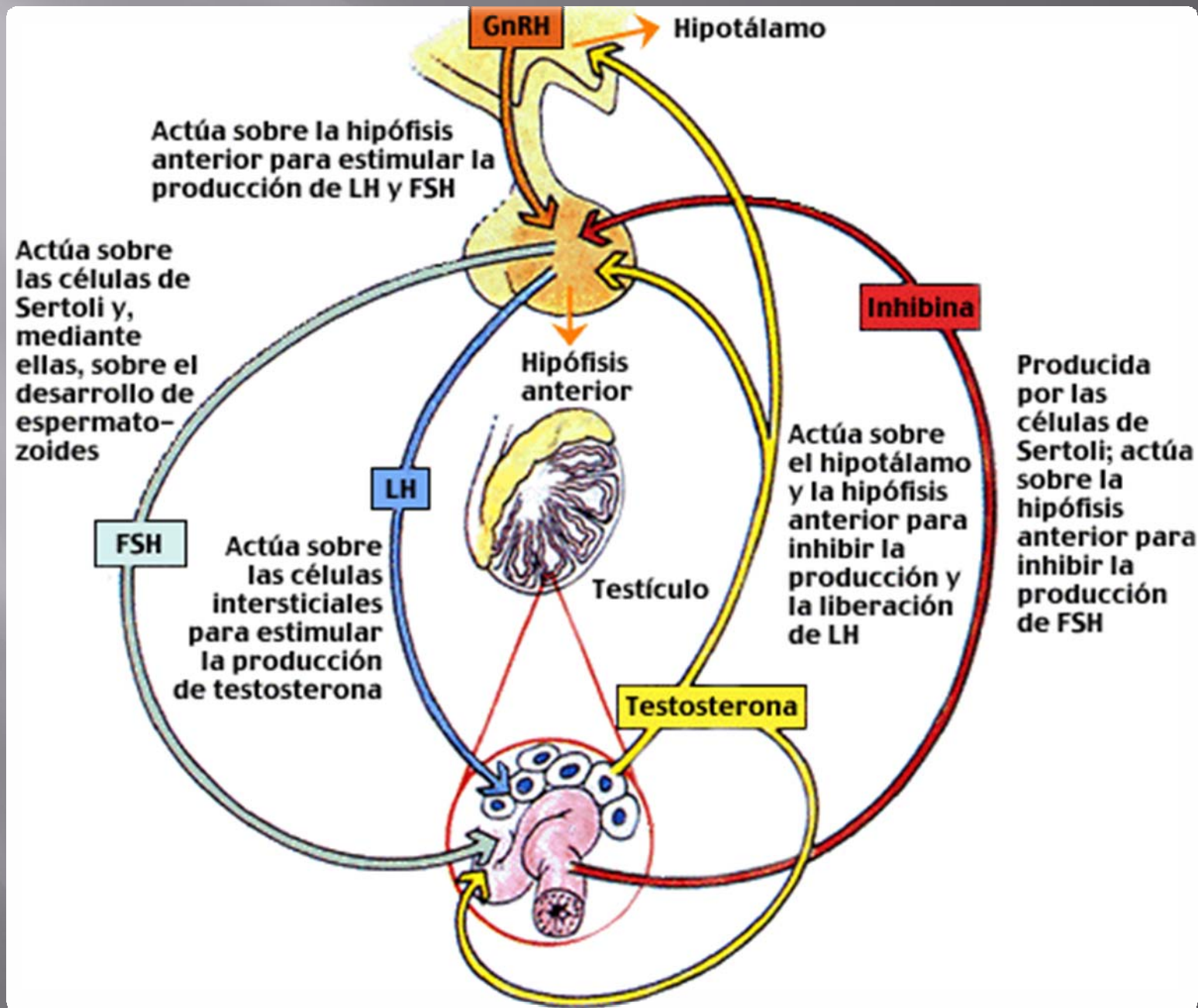


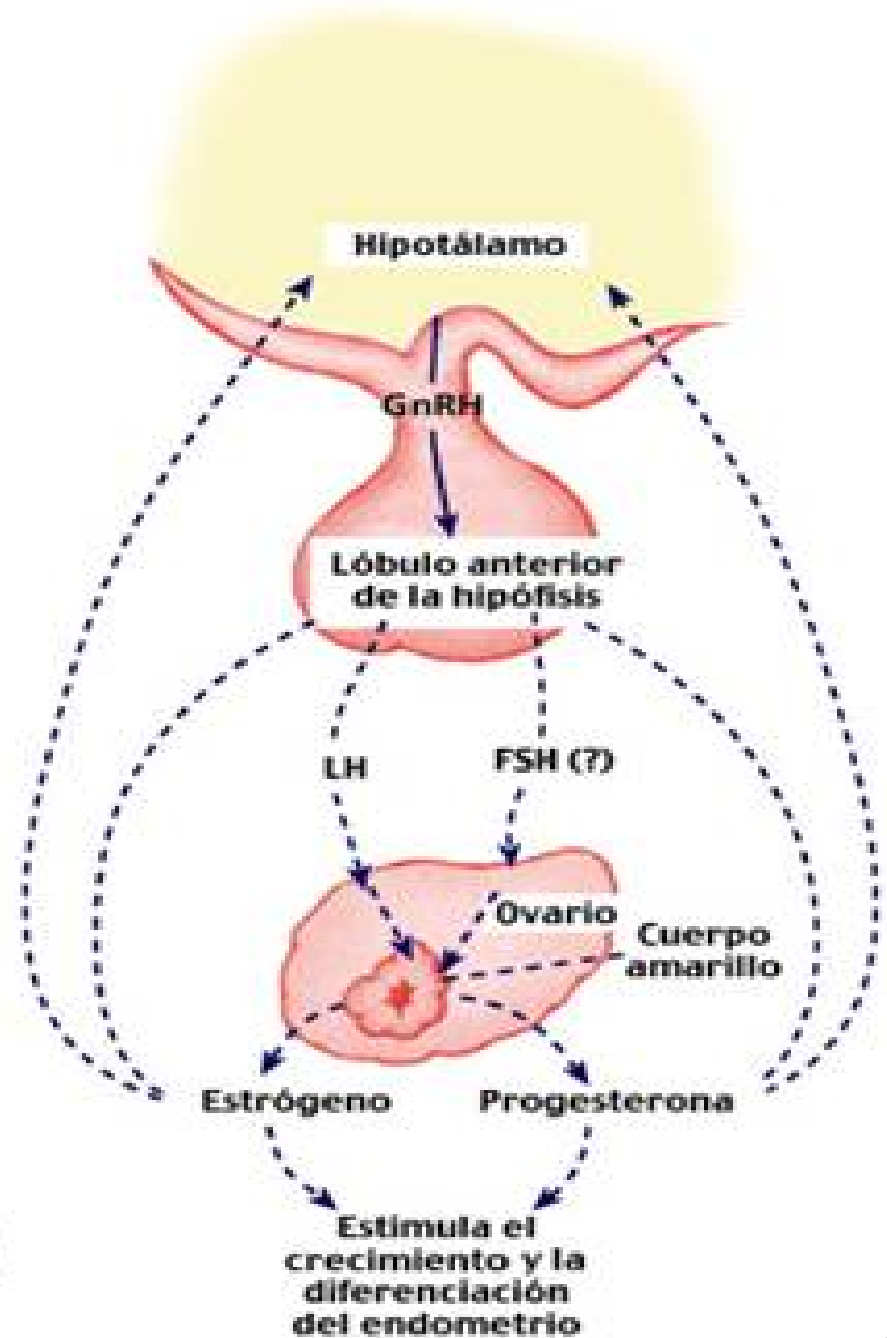
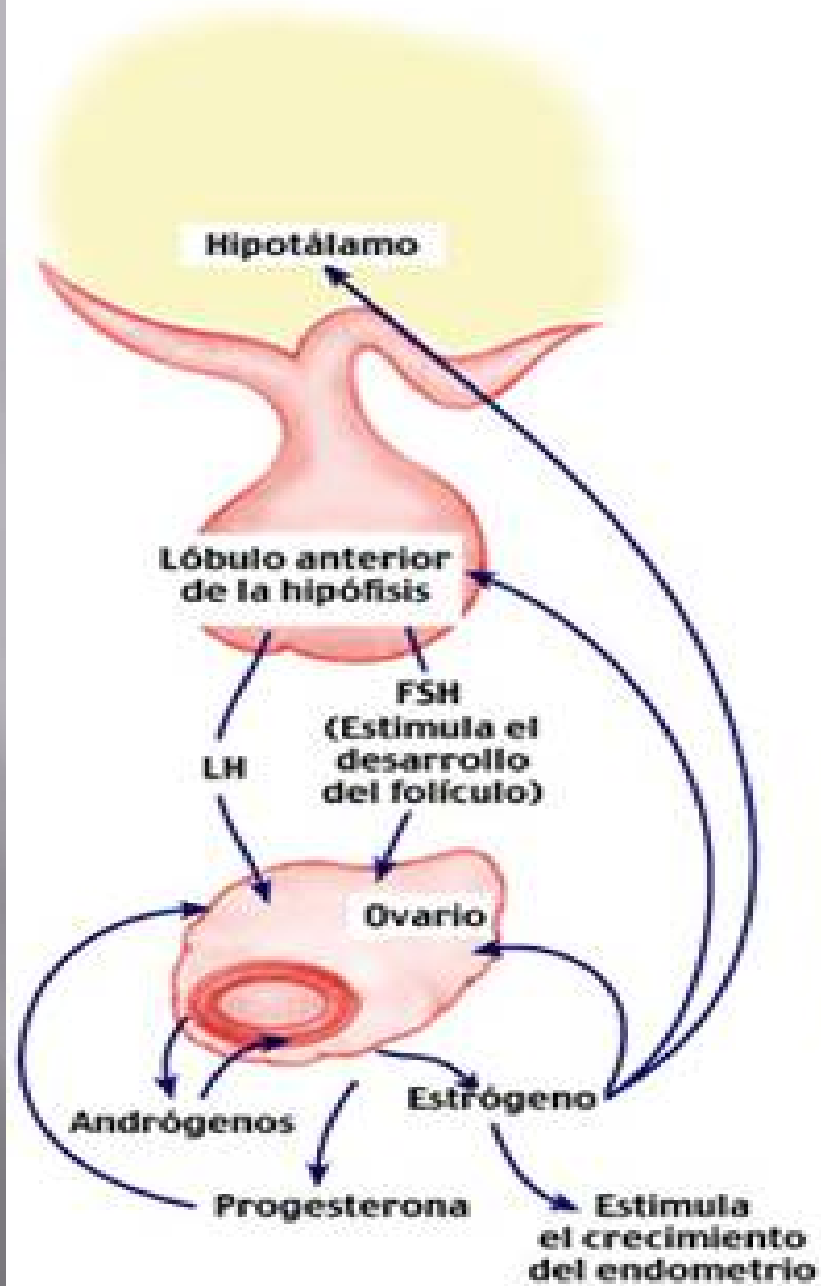
OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Se requieren **niveles normales de andrógenos** en adultos:

1. para la salud ósea,
2. un gran número de funciones metabólicas,
3. para el estado de ánimo,
4. la eritropoyesis,
5. la actividad de la glándulas sebáceas de la piel
6. y varias otras funciones.

La deficiencia severa de andrógenos está asociada con patologías de estos sistemas biológicos





OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
DE LAS PARAFILIAS

*Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta
Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.*

La importancia del tratamiento médico en el tratamiento de las parafilias es que **puede ser utilizado para cualquier tipo de parafilia independientemente de cómo estas se presenten.**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Las parafilias múltiples se manifiestan frecuentemente en individuos que se presentan para la evaluación y tratamiento de la desviación sexual (Abel y col., 1987; Bradford, Boulet, y Pawlak, 1992). Por lo que se deduce que una **aproximación terapéutica que pueda tratar simultáneamente más de una parafilia es lo adecuado**. El tratamiento farmacológico ofrece esta posibilidad.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

*Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta
Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.*

Además, hoy sabemos que **existe una gran comorbilidad de las parafilias con otros trastornos del Axis I y II del DSM-IV-TR, lo cual es otra ventaja del tratamiento farmacológico para tratar simultáneamente los otros trastornos psiquiátricos comórbidos** (Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, y Miner, 1999).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Estudios recientes sobre ofensores sexuales, hombres con parafilias y expresiones no parafílicas de "hipersexualidad" sugieren que:

1. los **trastornos del estado de ánimo** (el trastorno distímico, la depresión mayor y el espectrum de los trastornos bipolares),
2. ciertos **trastornos por ansiedad** (especialmente el trastorno por ansiedad social y el trastorno por estrés post-traumático de comienzo en la infancia),
3. los **trastornos por abusos de sustancias psicoactivas** (especialmente el abuso de alcohol),
4. el **TDAH** y
5. las **enfermedades neuropsicológicas** (por ejem., la esquizofrenia, el síndrome de Asperger y el daño cerebral)

*Tratamientos farmacológicos para pacientes parafílicos u ofensores sexuales. Peer Briken; Martin P. Kafka
Curr Opin Psychiatry, 2007; 20(6): 609-613*

pueden suceder más frecuentemente de lo esperado en hombres sexualmente impulsivos incluyendo a los ofensores

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Otra ventaja del tratamiento farmacológico para las parafilias, es que **reduce significativamente la alta tasa de recidivas de estos pacientes** (Bradford, 1985), cuando se abordan solamente desde un formato psicoterapéutico. A su vez, es necesario también complementar el abordaje farmacológico, con otras técnicas psicoterapéuticas, que van desde las estrategias para la prevención de las recaídas, la terapia de pareja y familiar (en los casos necesarios) y la psicoterapia individual desde diferentes enfoques teóricos (cognitiva, psicoanalítica, grupal, etc.) (Díaz Morfa, 1999).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

A la vez se desarrolla cada vez más el concepto de la naturaleza compulsiva, tanto de los trastornos parafílicos como de los trastornos sexuales no parafílicos. Esto ha conducido **a considerar a las parafilias como parte de un espectrum de trastornos obsesivos-compulsivos** (Bradford, 1991, 1994; Stein y col., 1992). Este concepto tiene sus raíces en la fenomenología del TOC, y la historia natural del TOC y en el desarrollo del tratamiento farmacológico que utilizan los inhibidores de la recaptación de serotonina para una variedad amplia de trastornos que incluyen las parafilias.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Los principios que descansan detrás de los tratamientos farmacológicos para las parafilias, están basados en las manipulaciones hormonales por agentes farmacológicos selectivos, o más recientemente, por el uso de agentes farmacológicos que modifican los neurotransmisores, lo cual tiene un efecto sobre la conducta sexual a nivel intracerebral. Ambas intervenciones están basadas en ver la sexualidad como un impulso biológico; **el objetivo del tratamiento médico es reducir el impulso a través de una intervención farmacológica.**

**OFENSORES SEXUALES.
POSIBILIDADES DE
INTERVENCIÓN
TERAPÉUTICA**

Table 21.1 Pharmacological agents discussed in this chapter

Generic	Brand	Route	Dose (mg/day)
Antiandrogens and Other Hormonal Preparations			
cyproterone acetate (CPA)***		PO IM*	50–150 300–600
leuprolide acetate	Lupron Depot Lupron Injections	IM IM	3.75–7.5 monthly ?
	Trenantone***	SC	11.25/3 months
medroxyprogesterone acetate (MPA)	Provera Depo-Provera	Oral IM*	20–150 100–800
	Premphase	Oral	
	Prempro	Oral	
triptorelin***	Decapeptyl	IM	3.75/month
Antidepressants—Heterocyclic			
clomipramine	Anafranil	Oral	50–250
desipramine	Norpramin	Oral	25–250
Antidepressants—Selective Serotonin Reuptake Inhibitors			
citalopram	Celexa	Oral	10–50
fluoxetine	Prozac	Oral	10–80
fluvoxamine	Luvox	Oral	50–300
paroxetine	Paxil	Oral	10–60
sertraline	Zoloft	Oral	50–200
Antidepressants—Atypical			
nefazodone	Retirado de mercado Serzone	Oral	50–400
Anxiolytics—Azaspiroines			
bupirone hydrochloride	BuSpar	Oral	20–30
Antipsychotics			
benperidol***		Oral	0.5–1.0
chlorpromazine	Thorazine	Oral	50–125
clozapine	Clozaril	Oral	50
fluphenazine enanthate***	Prolixin enanthate	IM	25 mg**
fluphenazine decanoate	Prolixin decanoate	IM	?
oxyprothepine decanoate***		IM	12.5–25/2–4 weeks
risperidone	Risperdal	Oral	6
quetiapina		Oral	600-800 mg/dia
Mood Stabilizers			
carbamazepine	Tegretol	Oral	1200++
lithium carbonate	Eskalith	Oral	600–1800++
valproic acid	Depakote	Oral	?2000 mg++
Others			
cimetidine	Tagamet	Oral	600–1600

* Administered once every 1–3 weeks.

** Administered every 2 weeks.

*** Not available in the United States.

++ Level monitoring recommended.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La mayoría de los **tratamientos farmacológicos** para las parafías actualmente utilizados tienen la **serotonina** y la **testosterona/dihidrotestosterona** como sus objetivos

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

El constructo teórico es que la reducción del impulso sexual resultará en una disminución de la conducta sexual desviada, según hay una reducción global del interés sexual, una reducción en las fantasías sexuales, una reducción en la excitación fisiológica, y la posibilidad de que pueda haber un efecto diferencial sobre los intereses sexuales incluyendo el interés sexual desviado, estando este más reducido comparado con los intereses sexuales no desviados.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Como con todos los tratamientos farmacológicos, **la elección de que fármaco utilizar** estaría basada

1. en los síntomas que presentan,
2. las enfermedades psiquiátricas concomitantes ,
3. y una revisión rigurosa de la historia médica y psicosexual del paciente.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El tratamiento médico final, debería incluir como mínimo:

1. Un examen físico,
2. Estudios de laboratorio del estado basal (incluyendo un recuento sanguíneo completo, monitoreo de los electrolitos, nivel hormonal de estimulación del tiroides, y un test de embarazo en pacientes femeninas).
3. Antes de iniciar el tratamiento, especialmente con los agentes disminuidores de la testosterona, se deberían obtener varias pruebas neuroendocrinas específicas (por ejem., LH, FSH, y niveles de testosterona libre y en suero).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Basadas en su propiedad farmacodinámica predominante, estas medicaciones pueden ser categorizadas en **dos grupos** principales:

1. los **agentes disminuidores de la testosterona** (por ejem., derivados de la progesterona y las hormonas liberadoras de la gonadotropina [GNRHs])
2. y los **antidepresivos serotoninérgicos** (los inhibidores específicos de la recaptación de la serotonina).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

- ▣ Se ha encontrado que **los niveles más altos de testosterona** en suero están **asociados** con crímenes sexuales más invasivos en ofensores sexuales masculinos adultos condenados, y la testosterona en suero también **predice** la reincidencia sexual

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

- ▣ **La terapia de privación de andrógenos** puede resultar en:
 1. osteoporosis,
 2. ganancia de peso con un incremento de la adiposidad visceral,
 3. daño de la tolerancia a la glucosa,
 4. dislipidemia,
 5. perturbaciones emocionales.

- ▣ **Algunas** de estas **características se combinan** en el síndrome metabólico que también está frecuentemente asociado con el uso de medicaciones psicotrópicas en general.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Esto conduce a:

1. un moderado incremento del riesgo de fracturas
2. diabetes mellitus (del 40-50%)
3. a un pequeño incremento del riesgo de morbilidad cardiovascular
4. depresión (del 10-20%).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El manejo efectivo y seguro de los ofensores sexuales tratados con la terapia de privación de la testosterona **debería incluir** una cuidadosa monitorización de los efectos secundarios y su prevención y tratamiento

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Evaluación clínica recomendada de los hombres antes del comienzo de la Terapia de Privación de Andrógeno y durante el seguimiento

Evaluación del riesgo antes del inicio de la TPA:

Toma de la historia: fracturas anteriores, hechos cardiovasculares anteriores, historia familiar de osteoporosis y enfermedad cardiovascular, consumo de alcohol, hábitos tabaquistas

Excluir o tratar trastornos afectivos

Aconsejar una modificación en el estilo de vida, incluyendo ejercicio con pesas, un patrón de dieta saludable, y abstinencia del tabaco y de excesiva ingesta de alcohol

Examen físico: especialmente peso, altura, presión sanguínea

Pruebas completas de laboratorio, con nivel de glucosa en ayunas (para detectar la incidencia de diabetes), perfil de lípidos, hemoglobina, y nivel de hematocrito

DEXA

Evaluación clínica después del inicio de la TPA:

Toma de la historia y examen físico (cada seis meses): evaluar especialmente señales y síntomas de ganancia de peso, hipertensión, sofocos, depresión, perturbaciones emocionales, y otros síntomas constitucionales.

Examen de laboratorio: nivel de glucosa en ayunas, perfil de lípidos, hemoglobina, y nivel de hematocrito

DEXA (cada uno o dos años)

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

Un antiandrógeno se define como una droga que tiene una acción específica sobre los receptores androgénicos intracelulares en el organismo. El principal antiandrógeno farmacológico es el acetato de ciproterona (ACP). El ACP tiene efectos antiandrógenicos, antigonadotrópicos y algún efecto progestágeno (Bradford, 1983).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

El efecto progestágeno del ACP es importante. En otros antiandrógenos que no tienen este efecto progestágeno, ellos realmente causan un incremento en la testosterona plasmática. Con el ACP hay un equilibrio con el efecto antiandrogénico específico debido a la inhibición competitiva y los efectos antigonadotrópicos resultando en una reducción en la testosterona plasmática, la dihidrotestosterona. Además, el ACP bloquea o reduce la liberación de la hormona liberadora de la hormona luteizante (LHRH; Neumann y Scleusener, 1980). El ACP es bien absorbido por vía oral y es cien por cien disponible con una vida media plasmática aproximadamente de 38 horas. También está disponible en vía inyectable que es administrada cada dos semanas y alcanza los niveles plasmáticos máximos a los tres días y medio.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

La dosis habitual oral es de 100 mg/día. Habitualmente una tableta de 50 mg cada 12 horas. La dosis puede variar de una a cuatro tabletas al día.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Su mejor acción se obtiene a través de vía intramuscular más que por la vía oral, aunque la administración oral también es efectiva en las dosis adecuadas. El ACP es utilizado en dosis relativamente bajas de 50 a 100 mg por día cuando el foco del tratamiento no es asexualizar al paciente sino la reducción de sus fantasías sexuales desviadas y de su excitación medidas por la plestismografía peneana. Esto le permite al individuo continuar siendo activo sexualmente con un nivel más bajo de impulso sexual con la oportunidad de desarrollar intereses sexuales no desviados teniendo relaciones sexuales con personas adultas, por ejemplo, si es un pedófilico, o estableciendo actividades sexuales no desviadas en caso de otras parafilias, es decir el ACP puede reducir la excitación sexual desviada mientras tiene un impacto menor sobre la respuesta excitatoria no desviada (Bradford y Greenberg, 1998). El ACP también puede ser discontinuado gradualmente después de doce a quince meses de tratamiento y en algunos individuos indefinidamente sin mostrar recurrencia de sus conductas parafilicas. El mecanismo de esta "cura" es desconocido, aunque puede ser debido a un descenso en la sensibilidad en los receptores de los andrógenos. En otros casos hay un retorno gradual de los intereses sexuales desviados después de un periodo de tiempo variable que va desde los seis meses a los tres años después de la disminución del tratamiento. No es posible identificar a aquellos individuos que tendrán la recaída de aquellos que no.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

Los análogos de la LHRH inhiben la producción de testosterona por una sobre saturación del circuito de retroalimentación a través de una estimulación constante. La ocupación de los receptores agonistas de la LHRH provoca la liberación de gonadotrópinas, alterando el metabolismo de los receptores en si mismos, y estimulando la biosíntesis de gonadotropinas. Esto conduce a la formación y liberación de nuevas gonadotropinas, así subsecuentemente disminuye la responsividad de estas (Briken y col. 2001).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

La administración de los agonistas de acción prolongada de la LHRH inhibe la función pituitaria gonadal, esto inicialmente incrementa la liberación de LHRH, lo cual, por lo tanto, incrementa los niveles de testosterona sérica las primera cuatro a seis semanas de tratamiento. Es de esperarse que los pensamientos y las conductas parafílicas se incrementarán durante este periodo donde se incrementan los niveles de testosterona. Un antiandrógeno como la ACP podría compensar un incremento agudo en la secreción de la testosterona así también como la flutamida, otro antiandrógeno.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

De hecho para contrarrestar la elevación de la hormona luteizante y de la hormona folículo estimulante, por tanto de la testosterona, lo adecuado es que estos pacientes sean tratados con flutamida, a dosis de 250 mg por vía oral 3 veces al día durante el primer mes de tratamiento, empezando el día de la inyección del acetato leuprorelina depot, pasado este tiempo la flutamida es suspendida. Se puede administrar el acetato de leuprorelina a una dosis de 7,5 o de 3,75 mg intramuscularmente con un intervalo mensual (Krueger, 2001).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Se encontraron **efectos secundarios** menores que incluían ráfagas de calor persistente en el 20% de los pacientes, disminución del bello facial y corporal en el 10% de los casos, y una astemia y dolor muscular difuso en el 6,6% de los casos. Aunque todos los hombres informaban estar muy satisfechos con el resultado de la terapia, **muchos hombres informaban de un fallo eréctil progresivo después de 6 a 12 meses de tratamiento. Todos los hombres sobre 35 años de edad y algunos más jóvenes informaron de una falta de interés sexual en las mujeres y una incapacidad para alcanzar o mantener una erección. La densidad mineral ósea disminuyó significativamente en muchos de los hombres de estos estudios.** Consecuencias de la disminución ósea es el desarrollo de la osteopenia y de la osteoporosis, de ahí la importancia de la evaluación periódica de estos efectos secundarios.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

La práctica de evaluar periódicamente los minerales óseos se debe hacer cada seis meses o anualmente para evaluar la densidad ósea en pacientes con tratamiento con leuprorelina. Rösler y Witztum (1998) afirman que esta pérdida podría probablemente ser prevenida **por la administración concomitante de calcio o vitamina D.**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Los **efectos antireproductivos (azoospermia)** del análogo de la GnRH aparecieron rápidamente después del comienzo del tratamiento (a los tres meses de tratamiento). Debido a la profunda atrofia testicular después de 24 meses de tratamiento con el análogo de GnRH, los efectos reproductivos no fueron completamente reversibles al cesar el tratamiento.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA EL ACETATO DE CIPROTERONA Y LOS AGONISTAS DE LA LHRH

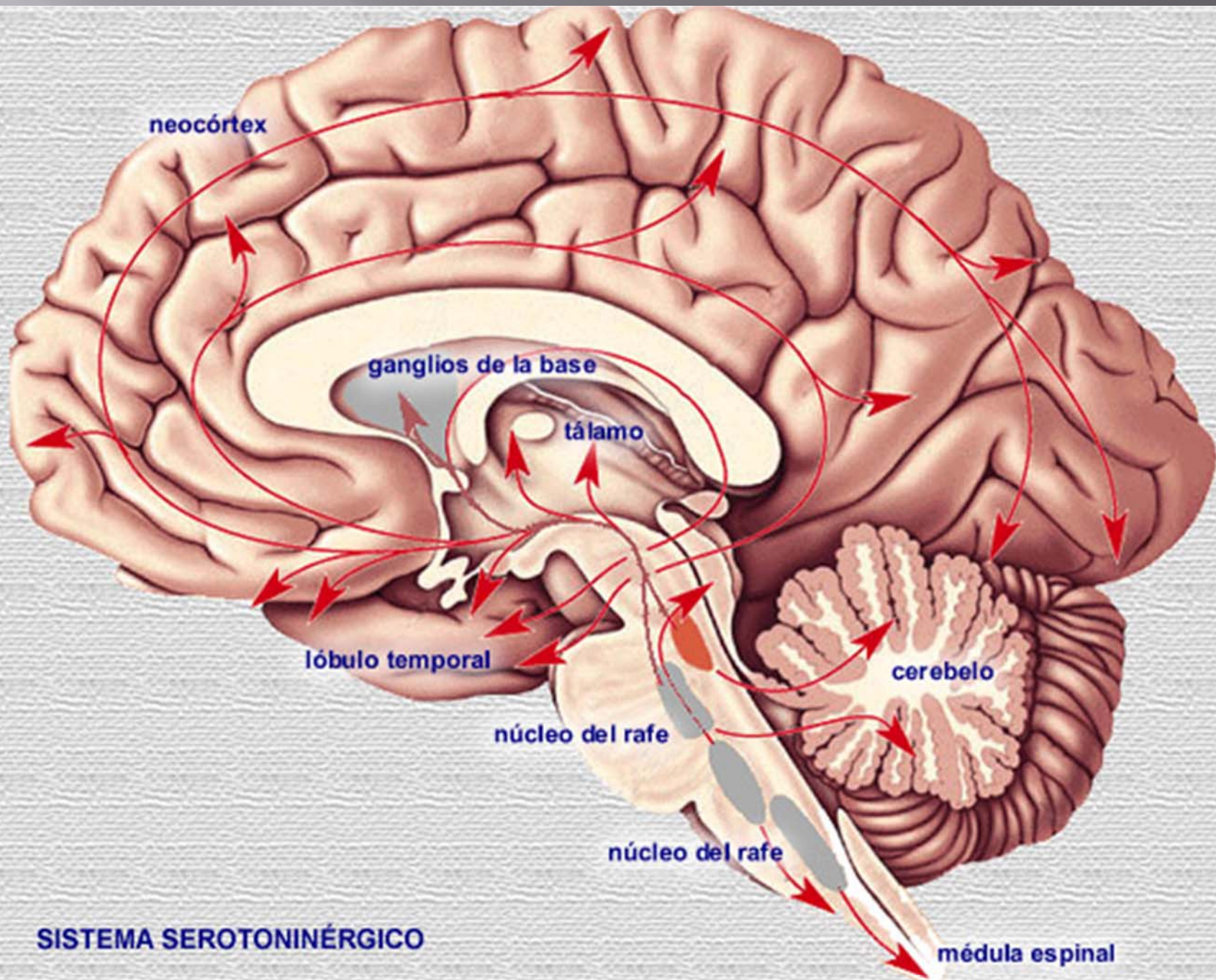
<i>Item</i>	<i>Acetato de ciproterona</i>	<i>Agonistas de la LHRH</i>
Efectos secundarios	<p>Cambios en la presión sanguínea, isquemia, deterioro de las enfermedades cardiacas.</p> <p>Tromboembolismo</p> <p>Osteoporosis (posible incremento del riesgo bajo los agonistas de la LHRH)</p> <p>Hipogonadismo</p> <p>Ginecomastia (posible incremento del riesgo bajo CPA)</p> <p>Sofocos, sudores fríos</p> <p>Ganancia de peso</p> <p>Cambios en los niveles de glucosa en sangre</p> <p>Anemia</p> <p>Sequedad de piel, pérdida de pelo,</p> <p>Estados de ánimo depresivos</p> <p>Fatiga, dolores de cabeza, perturbaciones del sueño</p> <p>Náuseas, dolores de cabeza, estreñimiento</p>	
	Daño hepatocelular (↑enzimas del hígado)	Disfunción renal temporal Fallo pituitario
Contraindicaciones	<p>Alergia a los fármacos</p> <p>Patología pituitaria activa</p> <p>Historia de tromboembolismo</p>	
	Disfunción hepática severa, Tumores del hígado	Osteoporosis
Pretratamiento	FSH, LH, testosterona, prolactina	
Evaluación	<p>Calcio en suero, fosfatasa</p> <p>Glucosa en sangre, enzimas del hígado (AST, ALT, GGT)</p> <p>Nitrógeno en urea, y creatinina en sangre</p> <p>Recuento celular en sangre</p> <p>Peso corporal, presión sanguínea, ECG</p> <p>Escáner de la densidad ósea</p>	
Monitorización durante el tratamiento	<p>Testosterona, enzimas del hígado (CPA), nitrógeno en urea y creatinina en sangre (agonistas de la LHRH), y recuento celular mensualmente durante los primeros 4 meses, y luego cada 6 meses.</p> <p>LH, FSH, glucosa en sangre, calcio, fosfatasa, peso corporal, y presión sanguínea cada seis meses,</p>	

Si se sospecha que hay osteoporosis: escáner de la densidad ósea

Escáner de la densidad ósea cada año

NOTA: LHRH=Agonistas de la hormona liberadora de la hormona luteizante. CPA= Acetato de ciproterona; AST= aspartato-aminotransferasa; ALT=alanina-aminotransferasa. GGT= gamma-glutamil transferasa. ECG= electrocardiograma. LH= hormona luteizante. FSH= hormona estimulante del foliculo

*International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, Vol. 47, nº 4, August 2003. **Tratamiento farmacológico diferencial de las parafilias y los ofensores sexuales.** Hill, A.; Briken, P.; Kraus, C.; y col.*



OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La **disminución** de la **serotonina** y de la **noradrenalina** y el **aumento** de la **dopamina**, parecen estar relacionados con características de la conducta antisocial, como son las dificultades para inhibir la conducta impulsiva, para evitar el daño, la indiferencia ante la gratificación social y la necesidad de una constante búsqueda de sensaciones (Mata, 1999)

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

La serotonina parece ser el neurotransmisor más importante en la modificación de la conducta sexual por métodos farmacológicos. Hay evidencia de que la vía central de 5-HT son inhibitorias de la conducta sexual. Una comprensión completa del papel de la 5-HT en los humanos es complicada por la falta de antagonistas y agonistas puros basados parcialmente sobre el hecho de que ellos actúan en un número de sistemas de subreceptores (Segraves, 1989). **Los antagonistas de los receptores de la 5-HT (por ejem., la metisergida) estimulan la conducta sexual, mientras los agentes que incrementan los niveles de la 5-HT, tales como los precursores y los inhibidores de recaptación de serotonina, inhiben la conducta sexual.**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Segundo, los datos de la investigación que describen la conducta sexual de los mamíferos masculinos y los neurotransmisores monoaminérgicos sugieren que la disminución de serotonina en el cerebro (5-hidroxitriptamina) y el incremento de la neurotransmisión dopaminérgica pueden desinhibir o promover la conducta sexual, incluyendo la producción de hipersexualidad. Inversamente, el aumento de la actividad serotoninérgica central o la inhibición de los receptores dopaminérgicos en el hipotálamo, pueden inhibir la conducta sexual en algunas especies de mamíferos masculinos (Lorrain y col., 1999; Mas, 1995). Estos efectos monoaminérgicos son de particular interés ya que uno de los efectos de la testosterona, en la mediación de la conducta sexual en los mamíferos masculinos, es tanto el enriquecimiento de la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y la inhibición de la sensibilidad de los receptores serotoninérgicos en los núcleos hipotalámicos asociados con la conducta sexual (Baum y Starr, 1980; Bitran y Hull, 1989).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

Tercero, los hombres (y presumiblemente las mujeres) con parafilias y con trastornos relacionados con las parafilias (TRP) presentan una alta comorbilidad con trastornos del humor, de la ansiedad, y con trastornos del impulso, en el Axis I del DSM-IV-TR (Kafka y Prentky, 1994; Black y col., 1997; Kafka y Prentky, 1998). **Los trastornos de la ansiedad, del estado de ánimo y del impulso, pueden ser mitigados por agentes farmacológicos que aumentan la neuroregulación serotoninérgica cerebral** (Meltzer, 1990; Kavoussi y Coccaro, 1993). En el estudio de Raimond y col. la comorbilidad más alta en un grupo de ofensores sexuales pedofílicos fue para los trastornos del estado de ánimo en el 67% de los casos (Raimond y col., 1999).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Desde 1989 ha habido informes que sugieren que los antidepresivos serotoninérgicos, incluyendo los inhibidores de recaptación de serotonina, pueden disminuir las parafilias y los trastornos relacionados con las parafilias (TRP), incluso en ausencia de un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo concurrente (Greenberg y Bradford, 1997). De los agentes serotoninérgicos informados, la fluoxetina y la sertralina han recibido la mayor atención y parecen efectivos en informes de casos y en ensayos clínicos abiertos en pacientes ambulatorios (Greenberg, y col. 1996). Los inhibidores de la recaptación de serotonina pueden ser prescritos a la dosis "antidepresiva" habitual, para los trastornos hipersexuales. **Cuando son efectivos, los ISRS usualmente mitigan selectivamente las parafilias y los trastornos relacionados con las parafilias (TRP), pero preservan el deseo sexual "normal", y las conductas asociadas con la actividad afectiva recíproca** (Kafka y Prentky, 1992). Un efecto particular sobre la conducta sexual así como sobre los síntomas depresivos aparece usualmente a partir de la cuarta semana de iniciar el tratamiento (Bradford, 1995). **Además, la farmacoterapia antidepresiva podría disminuir la baja auto-estima y la vulnerabilidad a los "estados afectivos negativos"** (por ejemplo, irritabilidad, ansiedad, humor depresivo), **condiciones que comúnmente se informa que preceden a la actuación de las conductas hipersexuales no parafilicas así como a las parafilicas** (Carnes, 1983).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Primero: En los casos de **parafilias** y otros ofensores sexuales, que requieren un tratamiento farmacológico, los agonistas de la LHRH, como el **Acetato de Leuprorelina depot**, son una alternativa terapéutica efectiva, al igual que lo es el **Acetato de Ciproterona (ACP)** y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (**ISRS**).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Segundo: El Acetato de Leuprorelina depot puede ser **inyectado cada tres meses o cada mes**, en contraste con el ACP que debe ingerirse diariamente o inyectarse cada siete o diez días.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Tercero: Los agonistas de la LHRH parecen tener menos efectos secundarios que los obtenidos con el ACP.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Cuarto: Los agonistas de la LHRH parecen ser más efectivos en la reducción de los efectos de la testosterona, o tienen efectos directos sobre el sistema nervioso central (la administración intracerebral ventricular suprime la agresión en ratas macho, lo cual sugiere que pueda actuar como un neuromodulador).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

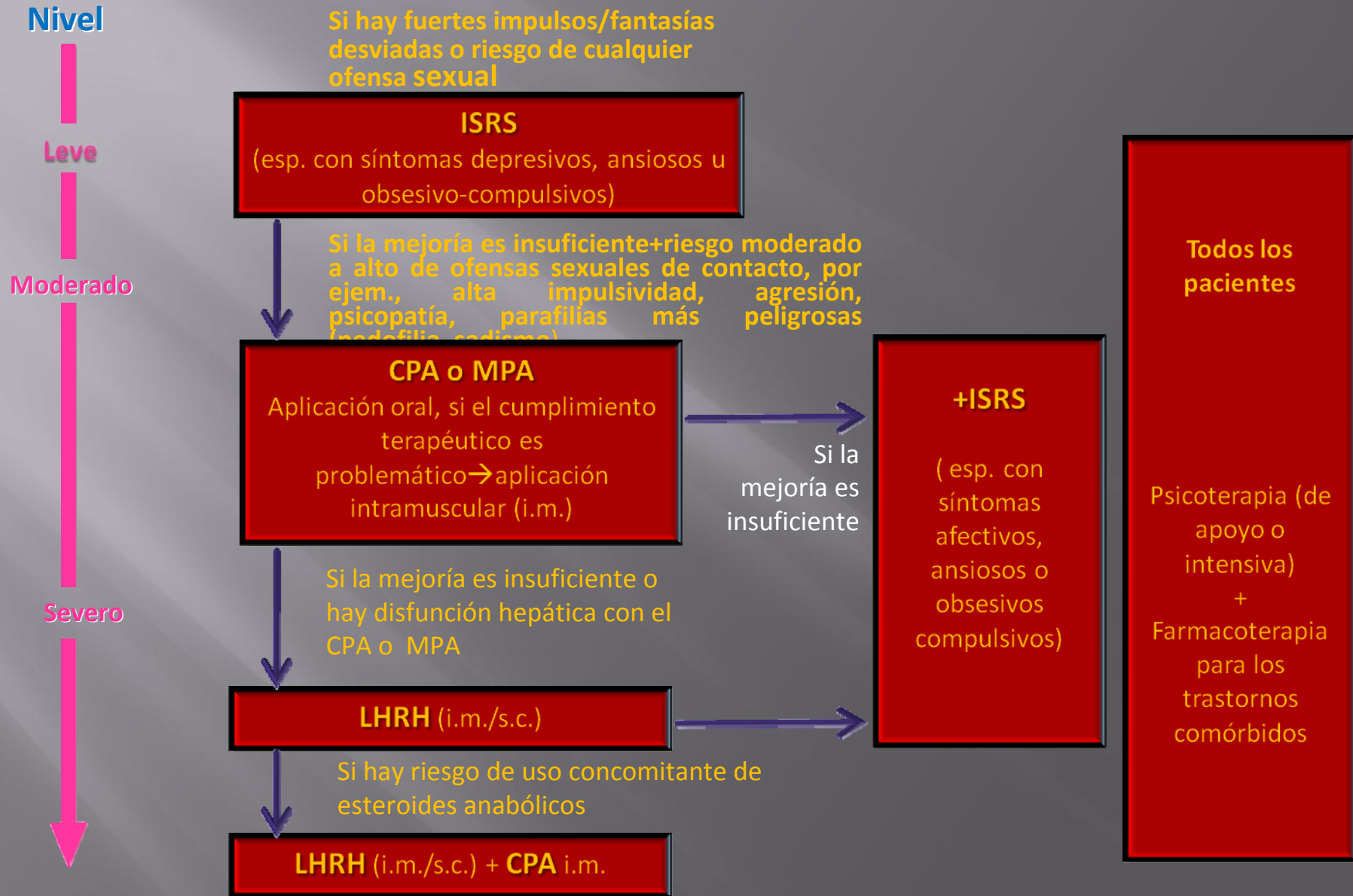
ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Revista de Terapia Sexual y de Pareja, nº 13, Septiembre 2002.

Cinco: La mayor desventaja de los agonistas de la LHRH parece ser que el **tratamiento probablemente debe ser continuado durante muchos años o toda la vida**, lo cual podría tener consecuencias negativas (reducción de la conducta sexual normal, fallos eréctiles, disminución de los minerales óseos, azoospermia, etc.).

ALGORITMO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFÍLIAS



Nota: **LHRH**= Agonistas de la hormona liberadora de la hormona luteizante. **CPA**= Acetato de ciproterona. **ISRS**= Inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina. **MPA**= Acetato de medroxiprogesterona

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PARAFILIAS

Dr. José Díaz Morfa. Psiquiatra-Psicoterapeuta

Psiquiatría Biológica, Vol. 9, nº 2, Marzo-Abril, 2002.

Medicación	Dosis	Efectos secundarios más frecuentes o graves
<p><i>ISRS</i></p> <p>Fluoxetina Sertralina Paroxetina</p>	<p>20-60 mg 100-200 mg 20-60 mg</p>	<p>Eyaculación retardada</p>
<p><i>Agonistas LHRH</i></p> <p>Leuprolerina</p>	<p>7,5 o 3,75 mg intramuscular/mes 11,25 mg intramuscular/3 meses Conjuntamente con flutamida 250mg/3 veces al día durante el 1er. mes</p>	<p>Desmineralización ósea Disfunción erectiva Azoospermia</p>
<p><i>Acetato de Ciproterona (ACP)</i> <i>Acetato medroxiprogesterona</i></p>	<p>50-200 mg diarios vía oral 300-400 mg intramuscular/semana</p>	<p>Feminización Disfunción erectiva Disfunción hepática</p>

(AMP)

**OFENSORES SEXUALES.
POSIBILIDADES DE
INTERVENCIÓN
TERAPÉUTICA**

**RESUMEN DEL PROTOCOLO TERAPÉUTICO DE
LAS PARAFILIAS**

Ofensores sexuales: Diagnóstico y tratamiento

Dr. José Díaz Morfa, en prensa.

EVALUACIÓN

**Tratamiento de las
condiciones
comórbidas**

PSICOTERAPIA

Tratamiento cognitivo-
conductual (Prevención de
las recaídas)

Psicoterapia individual
Psicodinámica (otras)

Terapia de pareja

Terapia de grupo

Combinación de todas
las anteriores

FARMACOTERAPIA

ISRS

Análogos de la GN-RH

Antidrogenos

Combinación de las
anteriores

Quetiapina
Naltrexona

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ETIOLOGIA

ADQUISICIÓN DE LA OFENSA SEXUAL

Como se ilustra gráficamente en el estudio de Burges y col. (1986) sobre homicidios sexuales, en el que las entrevistas con 36 asesinos sexuales reflejaron relaciones de causalidad entre las experiencias tempranas, el desarrollo de la fantasía, y el eventual homicidio sexual. Se dan ejemplos sobre:

1. las relaciones entre el abuso sexual temprano,
2. el desarrollo de las fantasías agresivas (de venganza contra otros)
3. la escenificación de dicha venganza (por ejem., cortar las cabezas a las muñecas de una hermana cuando se enfadaba con ella, haciendo después lo mismo con sus víctimas)
4. la temprana sexualización de objetos que figurarán posteriormente en los asesinatos (ropa interior femenina, zapatos, cuerdas, etc.)
5. agresiones sexuales contra niños más pequeños y finalmente
6. la comisión de asesinatos sexuales motivados

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ETIOLOGIA

ASPECTOS CLÍNICOS DE PATOLOGÍA GRAVE DEL SUPERYÓ

Los dos indicadores pronósticos son:

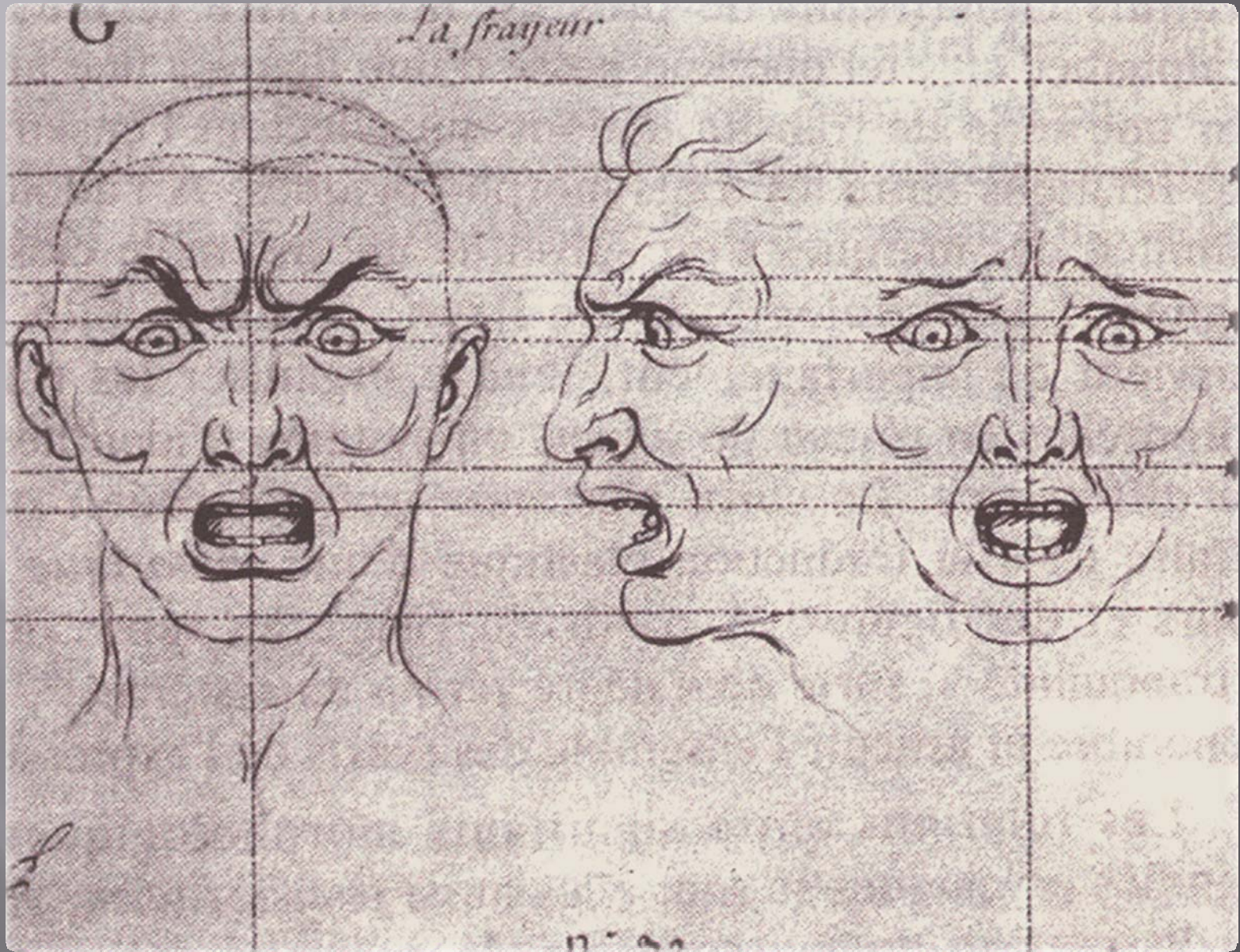
- **La calidad de las relaciones objetales**
- **la calidad de las funciones del superyó**

La calidad de las relaciones objetales se refiere a las relaciones internas del paciente con los demás significantes, no sólo a la naturaleza de sus intercambios interpersonales. Si el paciente, a pesar de su psicopatología grave, es todavía capaz de relacionarse en forma profunda con otra persona, de preservar una relación duradera, no explotadora, no parasitaria, con una persona cercana a él, es capaz de mantener relaciones objetales.

Aquel que presenta sólo una capacidad mínima de darse cuenta de, o interés en las características, intereses, y deseos de los demás, todos ellos revelan un grave daño en el área de las relaciones objetales.

DISCÚLPEME DOCTOR
PERO... ¿DÓNDE SE INYECTA
EL COLÁGENO PARA RELLENAR
EL VACÍO EXISTENCIAL...?



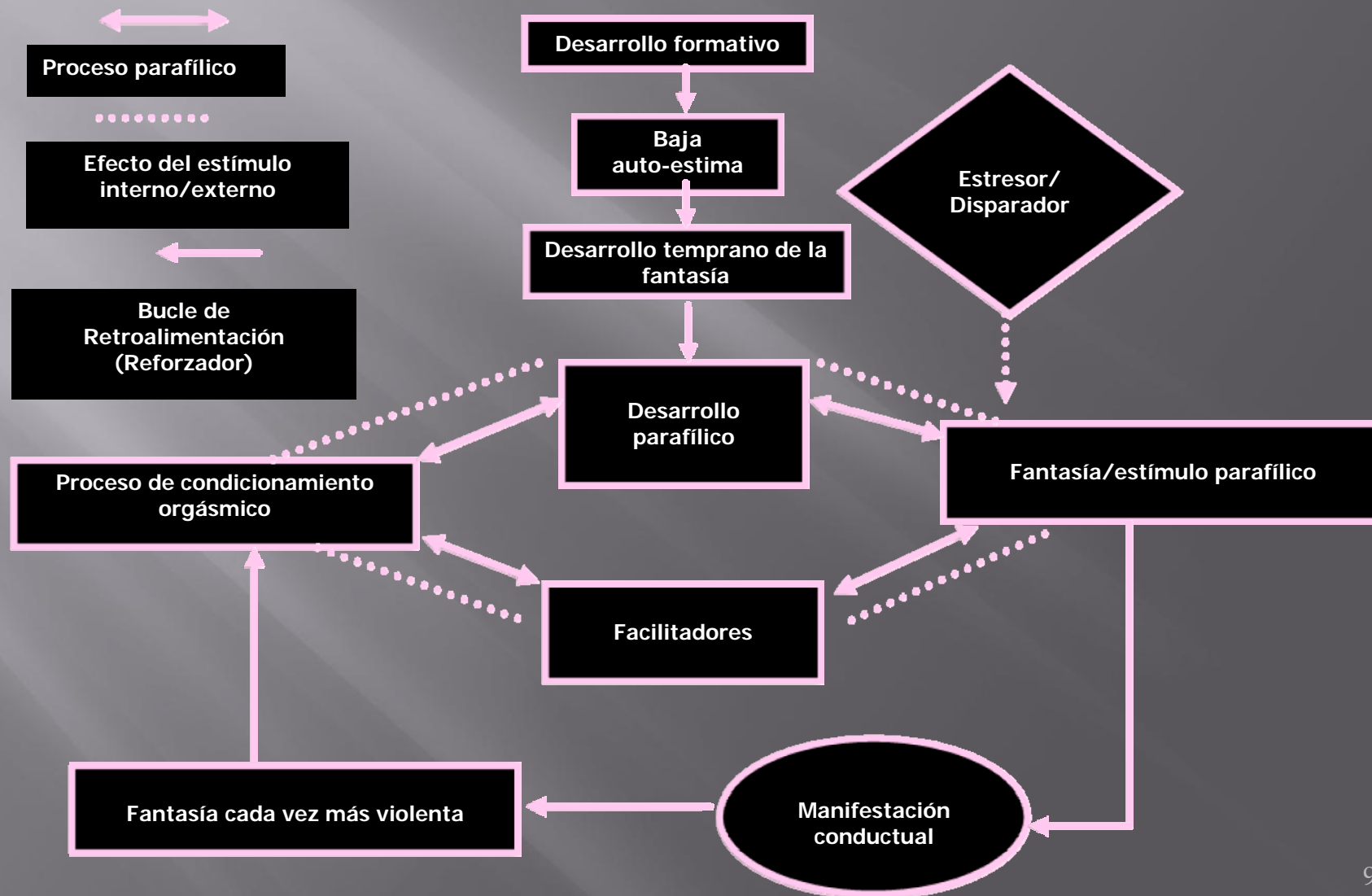


▣ **Pessoa**: *“Mi pasado es todo aquello que no conseguí ser”*.
“Libro del desasosiego”

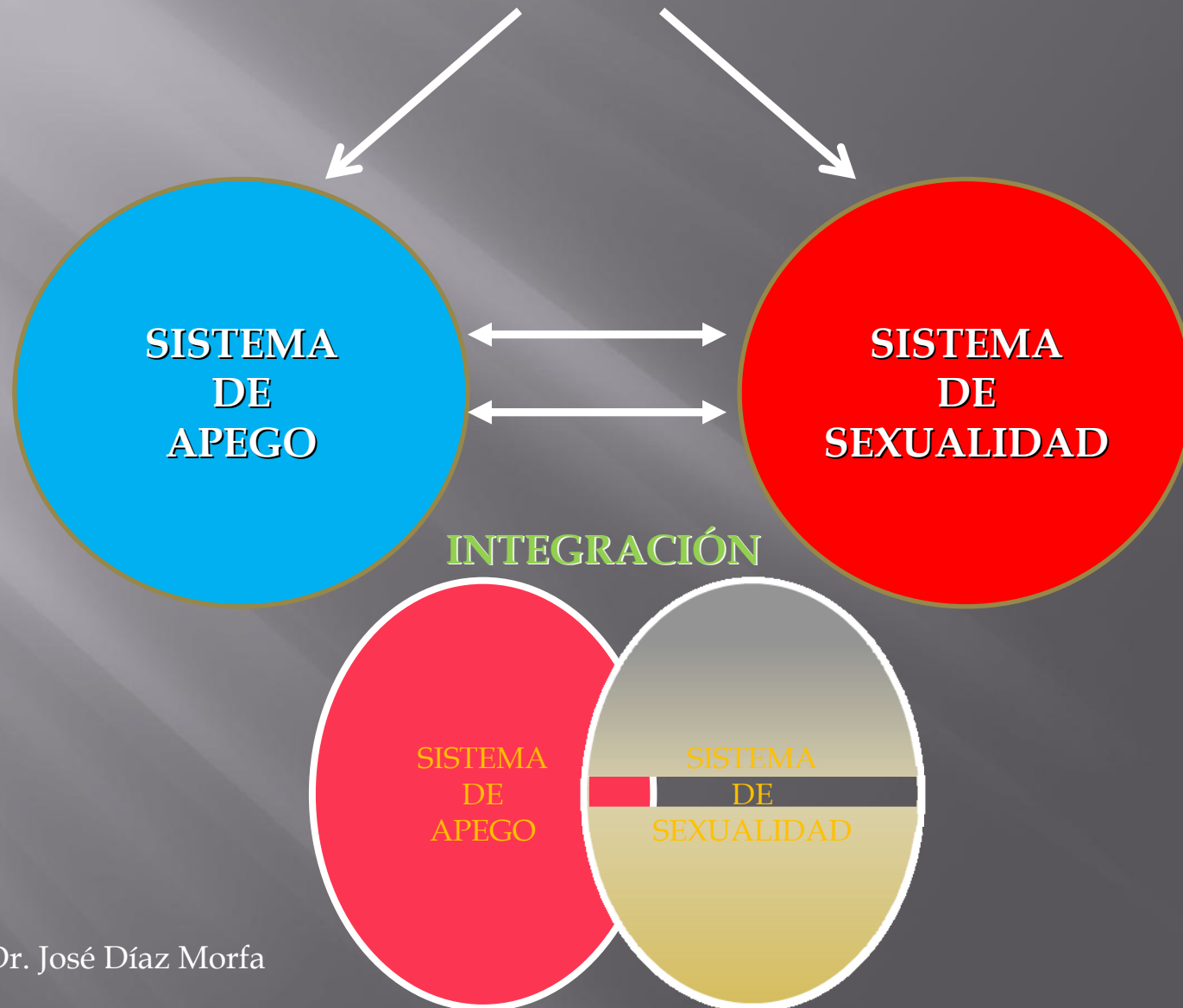
▣ **Cioran**: *“...La indestructibilidad del deseo...su situación es la de perpetua falta, por eso los estóicos lo definieron como un impulso trastornado hacia cosas ausentes”*.

“En las cimas de la desesperación”

Modelo teórico integrado Modelo del control del trauma y modelo motivacional



EL DESAFÍO PARA LOS INDIVIDUOS-PAREJAS ES INTEGRACIÓN



OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Agresores menores: Etiología de la delincuencia sexual de Marshall

Experiencias en la infancia

Una relación paterno filial pobre puede derivar en un comportamiento sexual delictivo. Los delincuentes sexuales han tenido problemas con sus padres cuando eran niños. Los adolescentes que se convierten en violadores viven en un contexto de abuso.

Los padres agresivos, alcohólicos y que tienen problemas con la ley, es probable que sus hijos acaben reproduciendo estos mismos comportamientos.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Agresores menores: Etiología de la delincuencia sexual de Marshall

Los violadores, los abusadores sexuales de niños, los ofensores incestuosos, y , finalmente, los exhibicionistas muestran déficit significativos en sus relaciones interpersonales y se sienten solos.

Agresores menores: Etiología de la delincuencia sexual de Marshall

- ▣ El sexo, según Marshall, acaba convirtiéndose en un modo habitual de afrontar todo tipo de dificultades, incluido el malestar emocional. Marshall dice que su grupo ha demostrado que los **agresores sexuales utilizan el sexo como principal mecanismo de afrontamiento** .

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS

En un estudio reciente hubo una relación clara entre el estilo de apego, el trauma psicológico temprano, y la presencia del trastorno de la personalidad del *DSM-IV* (APA, 1994), particularmente el Trastorno de Personalidad **Borderline** (Fonay, y col., 1996).

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS

El riesgo de una confrontación temprana es el despertar de una respuesta antigua de la infancia hacia los adultos que podría tener serios efectos negativos para la alianza terapéutica y el tratamiento. No se está diciendo que la confrontación nunca deba ser utilizada como una herramienta terapéutica, sino que el mensaje en relación a los individuos dañados es claro: elegir un tópico apropiado y un tiempo y no utilizar la confrontación como herramienta terapéutica primaria.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS

Una conclusión es que la confrontación durante el tratamiento podría ser contraterapéutica sino antiterapéutica con el pedófilo y que **son necesarias otras aproximaciones más empáticas y de apoyo, al menos al comienzo del proceso de tratamiento.** Las ideas presentadas en este artículo sugieren el desarrollo de una alianza terapéutica que proporcionaría una plataforma para el tratamiento de la pedofilia y las conductas asociadas.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS

Reconociendo el esquema interpersonal de los pacientes es posible evitar la resistencia del paciente y la resistencia al terapeuta. También, **el conocimiento ayuda al terapeuta a evitar la repetición involuntaria de algunas de las conductas de las figuras de apego anteriores del paciente y a anticiparse a las respuestas negativas pasadas a esa figura de apego.**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS. EMPATÍA

Una premisa básica de este artículo es que la conducta sexualmente ofensora es un síntoma de dificultades significativas de la personalidad que resultan de los apegos tempranos perturbados, más que simplemente ser la conducta sexual desviada preferencial.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPÉUTICA CON LOS PARAFÍLICOS. EMPATIA

Se pone mucho énfasis en el concepto de la empatía como un déficit emocional en los ofensores sexuales con la idea concurrente de que el entrenamiento de la empatía es un componente necesario del tratamiento.

La empatía está positivamente relacionada con la conducta prosocial y es un inhibidor de la agresión.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS. EMPATÍA

Se considera que la falta de empatía hacia la víctima es la marca del ofensor sexual, que le permite reofender. Si esto es así, la empatía puede ser un factor importante en la reducción de la victimización

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS. EMPATÍA

La empatía es la capacidad de compartir, o interpretar cognitivamente, la experiencia emocional de otra persona. Requiere tener la capacidad de tomar el papel y discriminar la experiencia emocional específica del otro, y ser capaz de experimentar libremente la propia gama de emociones.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS. EMPATÍA

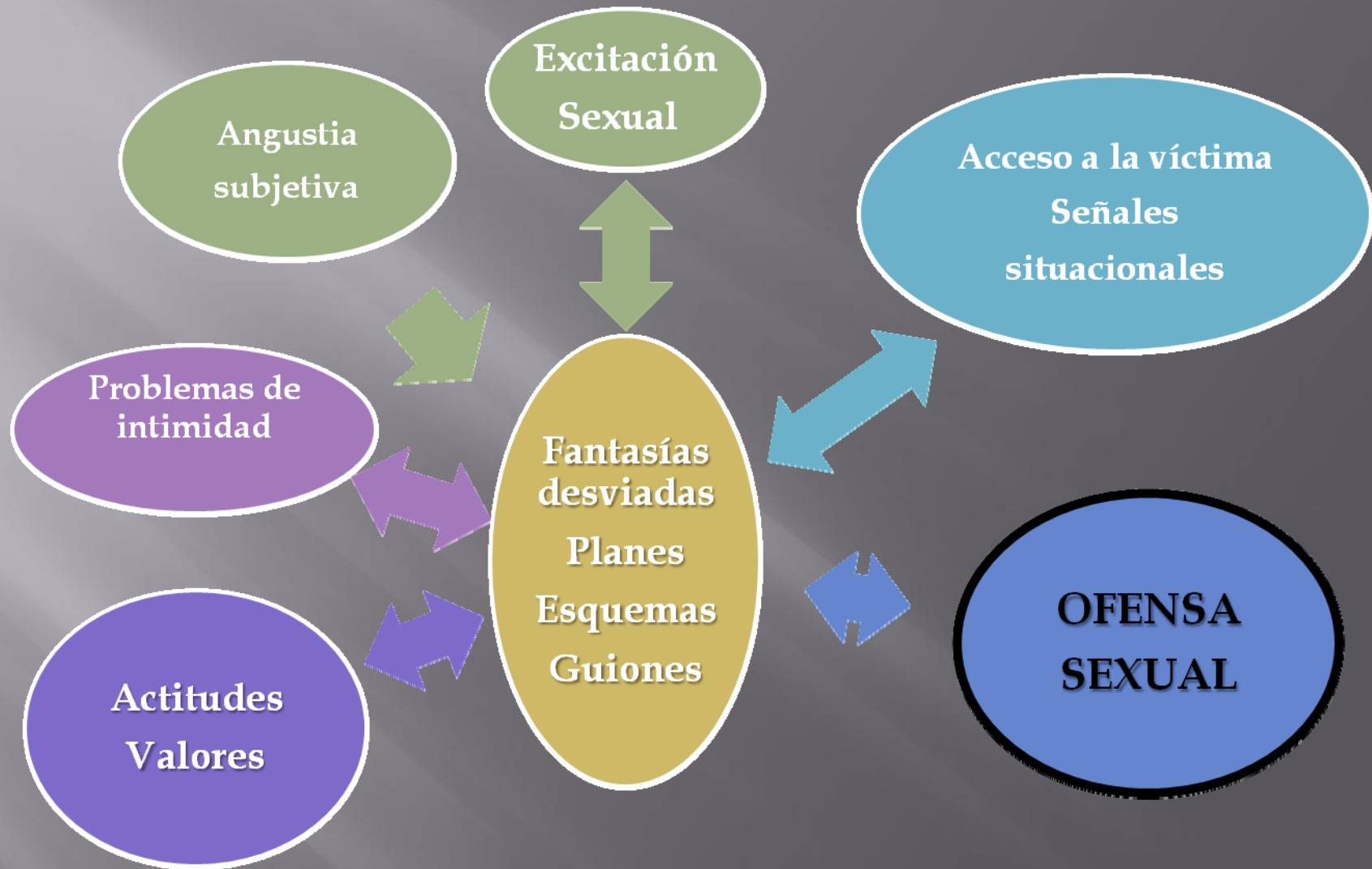
El conocimiento desarrollado en años recientes en el estudio de las emociones de auto-consciencia tales como la empatía, condujeron al reconocimiento de que hay una importante distinción entre la empatía “orientada hacia el otro” y una respuesta angustiosa personal más “auto-orientada”.

En la empatía “orientada hacia el otro”, el individuo se imagina como podría sentir algo si estuviera en esa situación y extrapola esa emoción hacia la situación individual del otro. Podría ser expresada como “se que sentiría eso y pobrablemente tú sientes de esa forma también, así que experimento tu dolor, tu pena...”

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

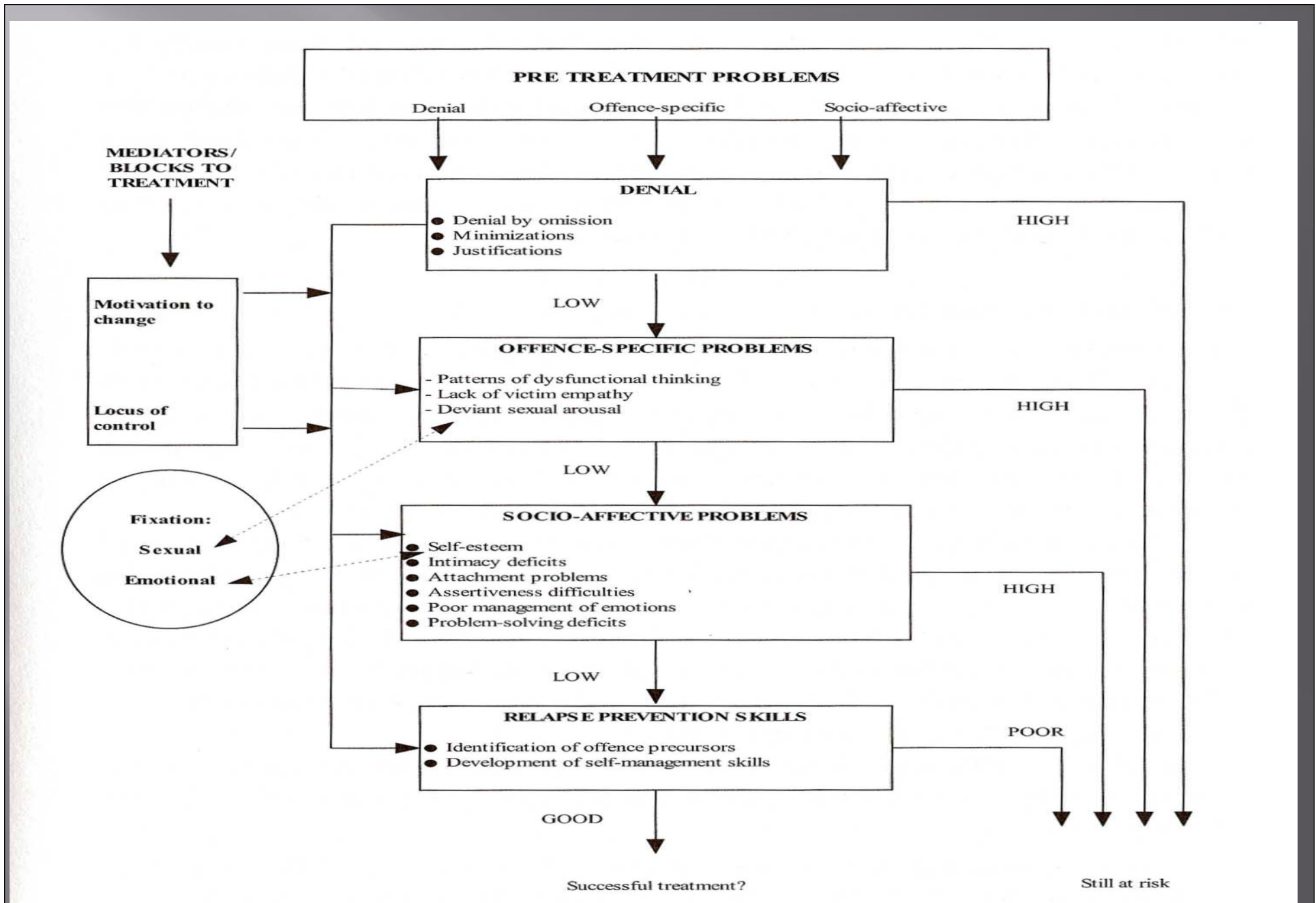
RELACIÓN TERAPEÚTICA CON LOS PARAFÍLICOS. EMPATÍA

Las respuestas de angustia personal “**auto-orientadas**” involucran un foco primario en las necesidades y experiencia del que empatiza. El foco inicial en los sentimientos del otro se desvía y se focaliza en lo mal que le afecta la emoción, “sé como me sentiría y **me** hiere mucho verte de esa manera”. La corriente egoísta surge, y la conexión empática es desconectada como respuesta personal angustiosa, dispara la necesidad emocional del empatizador.



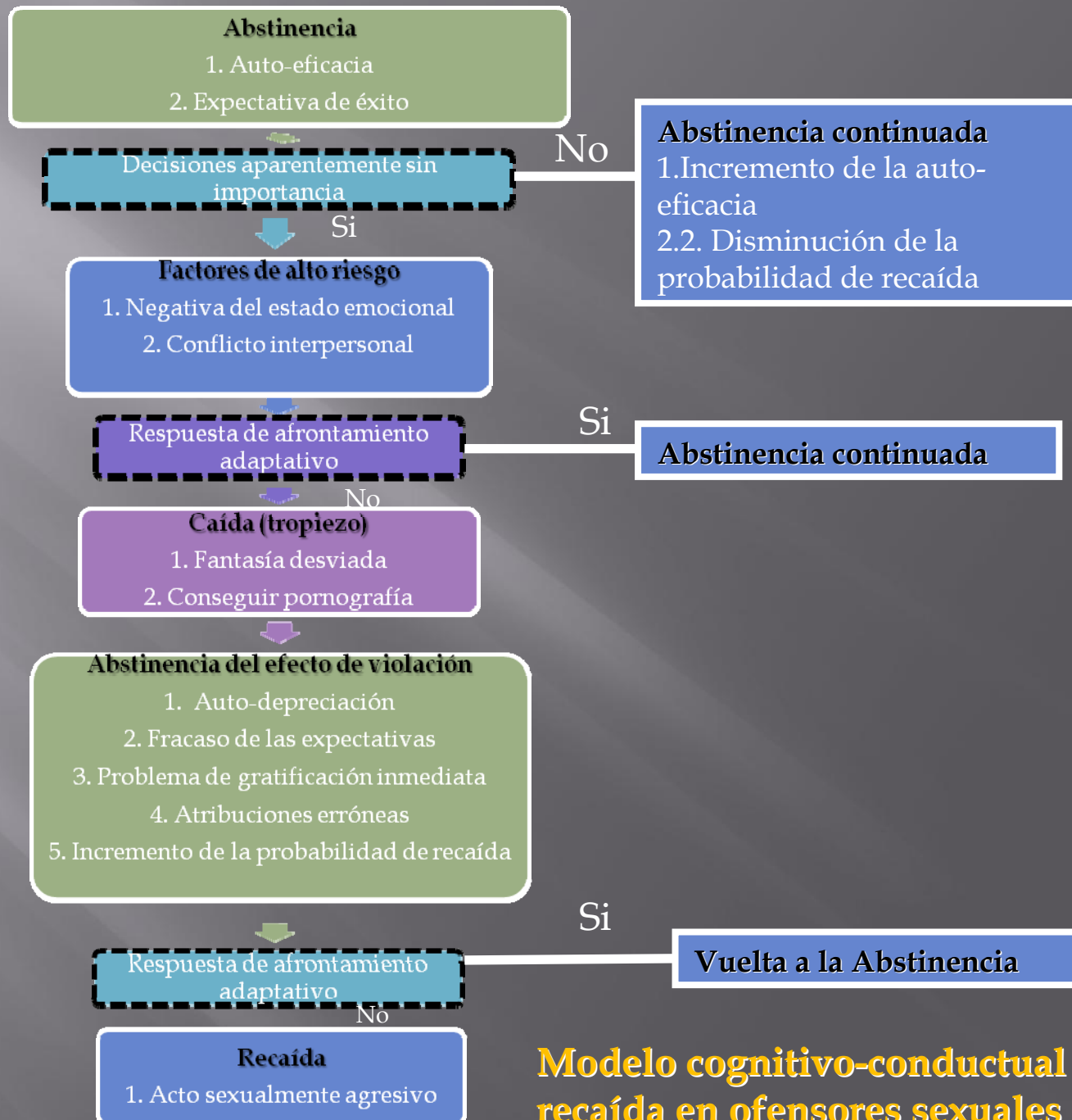
AUTO-MANEJO/ MOTIVACIÓN PARA CAMBIAR
Modelo de riesgo de recaída entre los ofensores sexuales

Hanson, R.K., Stability and Change: Dynamic risk Factors for Sexual Offenders en Sexual Offenders. Controversial Issues.



Modelo de tratamiento para los ofensores sexuales infantiles

Adapt. De Ficher and Beech (2002) en Kemshall and McIvor, Managing Sex Offender Risk. London, 2004



Modelo cognitivo-conductual para la recaída en ofensores sexuales (2.006)

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Terapia cognitivo-conductual

- Prevención de las recaídas
- Detectar distorsiones cognitivas

Distorsiones cognitivas de los abusadores sexuales a menores

▣ Las distorsiones cognitivas son los elementos desinhibidores más importantes en las agresiones sexuales a niños. Las distorsiones cognitivas más frecuentes son:

1. Las caricias sexuales no son realmente sexo y por ello no se hace ningún mal
2. Los niños no lo cuentan debido a que les gusta el sexo
3. El sexo mejora la relación con un niño
4. Cuando los niños preguntan sobre el sexo significa que desean experimentarlo
5. El sexo práctico es una buena manera de instruir a los niños sobre el sexo
6. La falta de resistencia física significa que el niño desea el contacto sexual
7. El menor disfruta con la relación sexual
8. Los contactos sexuales son una muestra de cariño
9. Si no hay violencia el menor no va a desarrollar trastornos

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Esquemas hipotetizados relacionados con la ofensa sexual

Hanson (1998) propuso que los ofensores sexuales tienen esquemas de la “ofensa sexual” que contienen los siguientes elementos:

1. Auto percepción egocéntrica
2. Sexo sobrevalorado en la búsqueda de la felicidad (incluyendo un vínculo entre el sexo y el poder),
3. Capacidad para justificarse a si mismo que algunas personas merecen ser victimizadas.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Esquemas hipotetizados relacionados con la ofensa sexual

Ward y Keenan (1999) analizaron los items de un cuestionario utilizado para medir las cogniciones en los ofensores sexuales y propusieron “cinco” teorías implícitas (un concepto similar a un esquema) que parecen ser comunes en los ofensores de niños:

1. Los niños como objetos sexuales
2. Autorización
3. Mundo peligroso
4. Mundo incontrolable
5. La creencia de que la actividad sexual con niños no es dañina.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Abordaje terapéutico de los esquemas en los ofensores sexuales

- ▣ El énfasis está en la importancia del darse cuenta y de la reestructuración cognitiva.
- ▣ Esto incluye generalmente cuatro etapas:
 1. Explicación del concepto de esquema
 2. Reconocimiento de los esquemas
 3. Aprendizaje de técnicas para el manejo cognitivo relacionado con los esquemas
 4. Role-playing para el manejo de los esquemas en el contexto de situaciones ambiguas o amenazantes

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Terapia de aversión

- ▣ La **terapia de aversión**, en cuyo material se pintan imágenes desviadas o pensamientos sexuales incitantes, se asocia con consecuencias desagradables.
- ▣ La **terapia de aversión de la vergüenza**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Sensibilización encubierta

- ▣ Aquí se ayuda a que el ofensor se imagine una escena en relación a su ofensa
- ▣ También de consecuencias positivas para alternativas imaginadas a la ofensa (Salter, 1988). Salter describe cómo las consecuencias positivas imaginadas sobre no ofensas pueden ser **cognitivas** (“Yo lo hice. Puedo controlarme”), **sociales** (“Estoy en casa con mi mujer y mi familia. No tengo miedo de que alguien toque a mi puerta con algo que contarles. No tengo nada que esconder”) o **materiales** (“Estoy cenando en un restaurante y pienso no más comida de prisión para mi”).
- ▣ Todos estos procedimientos de aversión tienen el fin de modificar el potencial de excitación de pensamientos particulares, actos o imágenes a las cuales el ofensor se expondrá tras el tratamiento y sin el cual caería en su re-ofensa.

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

▣ Recondicionamiento orgásmico

El ofensor reemplaza las fantasías de masturbación desviadas por fantasías de masturbación no desviadas

▣ Entrenamiento en saciación

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Conducta socio-sexual

- Habilidades sociales
- Habilidades sexuales

DINAMICA DE LA RELACION DE PAREJA

ORIENTACIÓN

TEORIA

TÉCNICA

GESTALT

POLARIDADES-
CONTRATO NECESIDADES

Juego del dibujo de la casa
Padres hablando de sus hijos, etc
Perro arriba/Perro abajo, silla vacía, etc

PSICODRAMA

ROLE/CONTRA ROLE-
ESCENA INTERNA

ESCULTURAS → REAL

- TEMIDA
- DESEADA
- De los padres
- De relación del paciente con los padres
- Sugerida por el terapeuta

Soliloquio
Cambio de roles
Doble
Espejo
Dramatización
Multiplicación dramática

SISTEMICA

ABSOLUTO DE LA PAREJA

ESCULTURAS

- (1) VIVIENTE (Ritual-comportamiento)
- (2) MITICA (Ensueño)
(Representación de lo singular en la pareja)

PSICOANÁLISIS

COLUSIÓN-
PROGRESIVO-REGRESIVO

TERAPIA INDIVIDUAL. TERAPIA DE PAREJA

TEORÍA DEL APEGO

TIPOS DE APEGO: Seguro
Inseguro (Evit., ans., desor.)
Modelo de funcionamiento interno
Repetición del tipo de apego

TERAPIA INDIVIDUAL
TERAPIA DE PAREJA

INTEGRACIÓN (EQUIVALENCIAS) DE CONCEPTOS NUCLEARES

COLUSIÓN= ABSOLUTO DE LA PAREJA = ESCENA INTERNA= TIPOS DE APEGO (MODELO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO)

PROGRESIVO REGRESIVO

Polaridades/
Role-Contrarole

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Terapia de grupo en ofensores sexuales

Según el modelo, se pueden incluir los siguientes temas:

- 1.Revelación de la ofensa**
- 2.Historia de su vida**
- 3.Temas de intimidad y de apego**
- 4.Baja auto-estima**
- 5.Soledad, celos.**

- A.Abordaje de las distorsiones cognitivas
- B.Descripción de cómo superan la resistencia de la víctima
- C.Como crean la oportunidad para ofender
- D.Técnicas de afrontamiento
- E.Manejo del estado de ánimo

- I.Temas de género**
- II.Temas del control y el poder**

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

POTENCIALES PREDICTORES DINÁMICOS DE LA RECAÍDA SEXUAL

Desviación Sexual

- Cualquier interés sexual desviado
- Interés sexual en niños (falométrico)
- Intereses parafílicos
- Preocupaciones sexuales

Orientación antisocial

- Problemas generales de auto-regulación
- Trastorno de la personalidad antisocial
- Impulsividad, imprudencia
- Inestabilidad laboral
- Hostilidad

Actitudes

- Actitudes tolerantes hacia el crimen sexual

Déficits de la intimidad

- Conflictos en las relaciones íntimas
- Identificación emocional con los niños

Fuente: De Hanson & Morton-Bourgon (2004). Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis. Corrections Policy User Report N° 2004-2. Ottawa: Corrections Policy; Public Safety and Emergency Preparedness Canada.

**OFENSORES SEXUALES.
POSIBILIDADES DE
INTERVENCIÓN
TERAPÉUTICA**

RESUMEN DEL PROTOCOLO TERAPÉUTICO DE LAS PARAFILIAS

Ofensores sexuales: Diagnóstico y tratamiento

Dr. José Díaz Morfa, en prensa.

EVALUACIÓN

Tratamiento de las condiciones comórbidas

PSICOTERAPIA

Tratamiento cognitivo-conductual (Prevención de las recaídas)

Psicoterapia individual
Psicodinámica (otras)

Terapia de pareja

Terapia de grupo

Combinación de todas las anteriores

FARMACOTERAPIA

ISRS

Análogos de la GN-RH

Antidrogenos

Combinación de las anteriores

Quetiapina
Naltrexona

OFENSAS SEXUALES FEMENINAS

- ▣ Los mujeres cometen el 20% de las ofensas sexuales contra niños (ATSA, 1996)
- ▣ Estudios recientes relacionan agresión femenina con el trastorno premenstrual disfórico:

Actos agresivos: ▶ 33% en grupo control
▶ 62% en el grupo clínico

(Bond y col. *Aggressive Behavior*, Vol. 29 (3), Abril, 2003)

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

LA POBLACIÓN DE OFENSORAS FEMENINAS EN EL SISTEMA PENITENCIARIO DE FLORIDA HA AUMENTADO DRAMÁTICAMENTE

Mujeres encarceladas en Florida		↑ 442%
1978	798 mujeres encarceladas	
1998	3526 mujeres encarceladas	

Mujeres bajo supervisión del Estado de Florida		↑ 708%
1978	4556	
1998	32254	

Datos:

- ▣ **Más del 43% de las mujeres encarceladas** (pero sólo el 12% de los hombres) **dijeron haber sido física o sexualmente abusados antes de su ingreso en prisión.**
- ▣ Las mujeres en prisión usaron más drogas y con más frecuencia que los hombres. Cerca del 54% usó drogas el mes anterior a la ofensa, comparado con un 50% de los hombres.

(Florida Department of Corrections, Operacional Plan for Female Offenders, 1998-2003)

**OFENSORES SEXUALES.
POSIBILIDADES DE
INTRVENCIÓN
TERAPÉUTICA**

SOURCEBOOK OF TREATMENT PROGRAMS FOR SEXUAL OFFENDERS.
Ed. By W. Lamont Marshall, Y.M. Fernández, S.M. Hudson y T. Ward.
Plenum Press, 1998.

**UNA PERSPECTIVA DE TRABAJO DURANTE 11 AÑOS
CON OFENSORAS SEXUALES FEMENINAS.**
Jane Kinder Matthews

CARACTERÍSTICAS DE LAS OFENSORAS SEXUALES FEMENINAS

	Profesora-amante	Predispuesta	Coercionada por el hombre
Infancia caótica	X	X	X
Relación tenue con los miembros de la familia	X	X	X
Abusada emocionalmente/físicamente de niña	X	X	X
Miembro de bajo estatus en los grupos de compañeros en la infancia	X	X	X
Víctima de abuso sexual en la infancia dentro de la familia		X	
Víctima de abuso sexual en la infancia por un extraño	X	X	X
Necesidad desesperada de afiliación		X	X
Ajuste marginal de adulta	X		
Pobre ajuste de adulta		X	X
Se ve a si misma impotente en las relaciones adultas	X	X	X
Relaciones adultas tenues y difíciles	X	X	X
Abusada física y sexualmente por compañeros de adultas	X	X	X
Se aísla como forma de protegerse a si misma		X	
Severos problemas emocionales		X	
Muchas conductas de auto-derrota y auto-castigo		X	X
Auto-aborrecimiento		X	X
Problemas químicos de adulta			X
Baja auto-estima	X	X	X
Dependencia masculina			X
Se siente no amada		X	X
Fácilmente amenazada		X	X
Permanece en relaciones abusivas porque siente que nadie más la tendrá			X
Molestada por fantasías sexuales desviadas cuando se enfada por dolor o está sóla		X	
Abusa sexualmente de sus propios hijos		X	
Coercionada hacía el abuso sexual de otros			X
Eleva al adolescente al estatus de adulto en su mente	X		
Se enamora de su víctima y ve el abuso como una expresión de amor	X		

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Sexually aggressive Women. Lee Ellis

Ed. by Anderson y Struckman-Johnson. Guilford Press, N.Y., 1998

PROPORCIÓN DE ASALTOS SEXUALES EN LOS QUE LOS HOMBRES FUERON VICTIMIZADOS POR MUJERES

Estudio	Muestra o población	Descripción de las ofensas muestreadas	Proporción de víctimas masculinas
Anónimo (1989)	Residentes en Los Angeles	Auto-informaron haber sido forzados a tener relaciones sexuales	33% víctimas masculinas
Calderwood (1987, pág.... 53)	Llamadores a una línea caliente para crisis por violación en la Univ. De New Cork	Víctimas de sexo forzado	20% víctimas masculinas
Chadwick & Top (1993, pág. 62)	Adolescentes mormones de UTA	Presionados a tener relaciones sexuales en una situación de cita	50% víctimas masculinas
Ellis, Hoffman, & Burke (1990, pág...1210)	Estudiantes de la Univ. del Estado de Minot, Dakota del Norte	Lucharon hasta el punto de herir para tener relaciones sexuales con un miembro del sexo opuesto	9% de perpetradoras femeninas
Hartless y col. (1995, pág...119)	Adolescentes de Inglaterra	Víctimas de amenazas u hostigamiento sexual	25,8% víctimas masculinas
Muehlenhard & Cook (1988)	Estudiantes de la Univ. de Kansas	Coito sexual no deseado	57% víctimas masculinas
Rouse (1988, pág...316)	Estudiantes de la Univ. de Texas en Arlington	Desde presión verbal hasta tener relaciones sexuales hasta la agresión sexual abiertamente	48% víctimas masculinas
Sigelman, Berry, & Wiles (1984, pág...538)	Estudiantes de la Univ. Eastern Kentucky	Admiten cometer agresión sexual	14,3% perpetradoras femeninas
Departamento de Justicia de los EEUU	Población de los EEUU en general	Victimización auto-informada en una encuesta a nivel nacional (Nacional Crime Victimization Survey)	7% de víctimas masculinas

Mujeres sexualmente agresivas

- ▣ **1.** Para abordar el tema de las mujeres sexualmente agresivas, necesitamos **revisar** las teorías que están basadas únicamente en la **socialización de género**, en los roles de género y en el sexismo. Debemos considerar otras numerosas variables que puedan enriquecer nuestras teorías, como:
 - ▣ **Orientación sexual**
 - ▣ **Raza y etnicidad**
 - ▣ **Clase**
 - ▣ **Edad**
 - ▣ **Personalidad y psicopatología**

Mujeres sexualmente agresivas

- ▣ **2. Sin embargo, no deberíamos ignorar el género como una variable. Hay una abrumadora evidencia de que la agresión sexual no es neutral al género** respecto a su prevalencia , en las restricciones de la vida y el miedo que induce, o en sus significados y consecuencias.
- ▣ La investigación sobre mujeres sexualmente agresivas debería ser sensible a la influencia del género en todos los aspectos de las experiencias de los encuestados

Muehlenhard, C.L. The Importance and Danger of Studying Sexually Aggressive women, en Sexually Aggressive Women. NY, 1998

Mujeres sexualmente agresivas

- ▣ **3.** Hay que ser cuidadoso cuando se utilizan términos y conceptos paralelos para hombres y mujeres. Un término o concepto dado (por ejem., fuerza) puede tener diferentes significados para hombres y mujeres.
- ▣ **4. Recordar que los agresores y víctimas sexuales no son grupos monolíticos: Ninguna explicación nos permitirá comprender cada situación.**

Muehlenhard, C.L. The Importance and Danger of Studying Sexually Aggressive women, en Sexually Aggressive Women. NY, 1998

Mujeres sexualmente agresivas

- ▣ **5.** Los investigadores deberían ser sensibles al potencial de que sus resultados podrían ser utilizados para alimentar la reacción contra los programas antiviolencia. Los investigadores deberían ser cuidadosos acerca de cómo articular sus preguntas y los resultados, estando seguros de contextualizar sus hallazgos y comparar a mujeres y hombres no sólo con respecto a la frecuencia de los hechos sexualmente coercitivos, sino también respecto a los significados y consecuencias de estos hechos.

Mujeres sexualmente agresivas

- ▣ 6. Incluso cuando la investigación revela diferencias de grupo, **“a nivel de un caso individual, se debe conducir una cuidadosa evaluación para determinar si la situación entre manos se ajusta a la generalización o no”** (Hamberger & Potente, 1994)

Muehlenhard, C.L. The Importance and Danger of Studying Sexually Aggressive women, en Sexually Aggressive Women. NY, 1998

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

VIOLENCIA ENTRE PAREJAS LESBIANAS

<u>ESTUDIOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Loulan (1987)	17% de 1566 parejas lesbianas
Lockharty y col. (1994)	25% de 284 parejas lesbianas
Coleman (1990)	46% de 90 parejas lesbianas
Bologna y col. (1987)	40% de 36 parejas lesbianas (en parejas anteriores el 60%)
Lie y col. (1991)	50% de 1099 parejas lesbianas

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

VIOLENCIA ENTRE PAREJAS GAYS

Greenwood y col.

Battering victimization among a probability-based sample of men who have sex with men. Am. Journal of Public Health, Vol. 92(12), Dic. 2002

<u>ESTUDIOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Bologna y col. (1987)	18% de 34 parejas gays
Island y col. (1991)	Del 10 al 20% de las parejas gays
Greenwood y col. (Dic. 2002) 2881 hombres homosexuales	34% abuso psicológico 22% abuso físico 5% abuso sexual

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA FÍSICA EN PAREJAS HETEROSEXUALES, LESBIANAS Y GAYS. Gardner (1989)

<u>Número de parejas</u>	<u>% de Violencia física</u>
Parejas lesbianas (43)	48 %
Parejas gays (39)	38 %
Parejas heterosexuales (43)	28%

OFENSORES SEXUALES. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA FISICA EN PAREJAS HETEROSEXUALES, LESBIANAS Y GAYS.

Cameron y col. (Oct. 2003)

Domestic Violence among homosexual partners. Psychological Reports, Vol. 93(2). Oct. 2003.

The National Criminal Victimization Survey (1993-1999): Porcentaje anual de violencia doméstica según parejas heterosexuales, homosexuales y lesbianas.

- Mujeres heterosexuales casadas → 0,24%
- Hombres heterosexuales casados → 0,035%
- Hombres homosexuales en pareja estable → 4,6%
- Mujeres lesbianas en pareja estable → 5,8%

La violencia doméstica parece ser más frecuentemente informada en parejas del mismo sexo que en parejas heterosexuales casadas.

INCESTO ENTRE HERMANOS

Araji (1997) ; O'Brien (1991)

- Los ofensores de hermanos **perpetraron el mayor número de actos abusivos**. Un promedio de 18 incidentes, comparados con 4,2 por ofensores extrafamiliares.
- Los ofensores de hermanos era **más probable** que los otros ofensores, **que penetraran vaginalmente o analmente a sus víctimas**. El 46% comparados con el 28% de los ofensores extrafamiliares.
- La **tasa de abuso físico** entre los ofensores sexuales contra hermanos era del 61% comparados con el 45% de los ofensores extrafamiliares
- Los ofensores de hermanos **fueron abusados sexualmente más frecuentemente por sus padres** de lo que lo fueron otros ofensores
- **El 36% de las madres de ofensores de hermanos y el 10% de sus padres habían sido víctimas de abuso sexual de niños**, comparados con el 9,1% de las madres y el 5,5% de los padres de los ofensores extrafamiliares

¿Qué veis, enfermeras, qué veis?

Estáis pensando cuando me miráis:
una anciana decrepita y no muy sabia
De hábitos inciertos, con los ojos perdidos
que toma su comida y nunca responde
Cuando alzáis la voz diciéndome -“me gustaría que lo intentaras...”
Que parece no darse cuenta de las cosas que vosotras hacéis
Y siempre está perdiendo una media o un zapato.
Que, resistiendo o no, os permite que hagáis vuestra voluntad
Con el baño y la comida, para llenar el largo día.
¿Es eso lo que estáis pensando, es eso lo que veis?
Entonces, abrid vuestros ojos, enfermeras. **¡No me estáis mirando a mí!**

Os diré quién soy,
mientras permanezco aquí sentada, inmóvil,
mientras me levanto siguiendo vuestro mandato
y como, según vuestro deseo
Soy una niña de 10 años, con un padre y una madre,
hermanos y hermanas que se quieren los unos a los otros
Una joven de 16 años con alas en sus pies.
Soñando que pronto ahora encontrará un amante;
Pronto una novia de 20 años-cuando mi corazón da un salto,
recordando las promesas que juré cumplir.
Con 25 años ahora tengo mi propio bebé
que necesita de mí para construir un hogar seguro y feliz;
Una mujer de 30 años, mi pequeño ahora crece rápido.
Unidos el uno al otro con lazos que duraran.

A los 40, mis hijos pequeños han crecido y se han ido,
Pero mi hombre está a mi lado para ver que no me hace llorar
A los 50, una vez más, más niños corretean entre mis rodillas
Una vez más, mi marido y yo conocemos a los niños,
Pero se ciernen sobre mí con la muerte de mi marido, los días oscuros,
Miro al futuro y me encojo con temor.
Los jóvenes de mi familia están todos muy ocupados con sus vidas
Y pienso en los años de amor que he conocido
Ahora soy una anciana y la naturaleza es muy cruel-
"Es una broma hacer que la vejez parezca locura.
El cuerpo se resiente, la gracia y el vigor se han ido...
ahora sólo hay una piedra, donde antes había un corazón.

Pero dentro de esta vieja carcasa una joven adolescente aún habita
y ahora, de nuevo, mi castigado corazón renace
Recuerdo el placer, recuerdo el dolor,
y de nuevo estoy amando y viviendo la vida otra vez,
y pienso que los años son demasiado pocos,-han pasado demasiado deprisa
Y acepto el espantoso hecho de que nada puede perdurar
De modo, que abrid vuestros ojos, enfermeras, abridlos y mirad
No a una vieja decrepita, mirarme más de cerca, **vedme**.

Límites muy claros y flexibles. Un amor y aceptación que no generen dudas.

“Quiéreme cuando menos me lo merezco, que probablemente es cuando más lo necesito”



GRACIAS