

Asfixia autoerótica: ¿placer secreto?, ¿resultado letal?

Daniel D. Cowell, MD, MLS, CPHQ

OBJETIVO: La asfixia voluntaria de los niños, los preadolescentes y los adolescentes, colgándose o con otros medios de inducción de la hipoxia/anoxia, para aumentar la excitación sexual no es infrecuente y puede conducir a la muerte accidental. Este estudio aborda la asfixia autoerótica (AAE) con la intención de aumentar el conocimiento del síndrome por los pediatras y que estén al tanto de su típica aparición en los pacientes jóvenes. La AAE es una práctica característicamente clandestina y elusiva. Dotados de la información relevante, los pediatras pueden identificar el síndrome, mostrar la propensión a debilitar las preocupaciones sobre él, aliviar el malestar y, posiblemente, prevenir una tragedia.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos publicados, fatales y no fatales, e incluyó comunicaciones personales, citas bibliográficas, experiencia clínica y formulaciones teóricas de la causa. Se presentan las manifestaciones características de la AAE, su prevalencia, grupo de edad, métodos de inducción de la hipoxia/anoxia y su ponderación por sexo. Todas las fuentes fueron utilizadas como base para las consideraciones adicionales de la etiología y las posibilidades de intervención.

RESULTADOS: La AAE puede considerarse como un drama biopsicosocial personalizado, ritualizado y simbólico. Parece ser una representación de intensos estados emocionales y sentimientos que implican una identificación y una relación sadomasoquista con una figura femenina. Los practicantes ineptos de la AAE pueden calcular mal el peligro de la situación que han urdido y, por numerosas razones, perder su partida con la muerte.

CONCLUSIONES: Los pediatras deben estar atentos a las manifestaciones más tempranas de la AAE. Se recomienda vivamente que todos los profesionales de la atención primaria conozcan los juegos asfixian-

tes en los jóvenes y, entre ellos, de un subgrupo que finalmente progresarán a una AAE potencialmente fatal, para poder interrumpir este comportamiento.

La asfixia autoerótica (AAE) es un síndrome clínico clasificado en el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision, fourth edition*, como una parafilia, sin otra clasificación¹. Se conoce desde hace siglos en muchas culturas, pero no apareció en la bibliografía médica hasta 1856² y 1866³. Poco se sabe con exactitud de su etiología o de cómo individuos muy dispersos aprenden esta práctica. Se estima que cada año mueren por AAE en Estados Unidos de 250 a 1.200 personas, aunque un estudio retrospectivo de Sauvageau, que cubrió una provincia canadiense durante 7 años, señaló una menor incidencia de muertes autoeróticas y un mayor porcentaje de muertes autoeróticas en mujeres y “atípicas” que lo previamente publicado en los estudios estadounidenses⁴. No obstante, las estimaciones son, casi con seguridad, inexactas, porque la práctica se realiza característicamente en secreto, la mayoría de los casos no tienen un final fatal (y por ello rara vez se notifican), la actividad suele ser conocida por la familia y los amigos y habitualmente no es reconocida por los profesionales médicos. La juventud atormentada, sin distinción de sexo, puede participar en la AAE con el objetivo de experimentar con el sexo. La perturbada familia del difunto puede insistir a las autoridades para que declaren la muerte como un suicidio, especialmente si han descubierto la escena de la muerte; Burgess y Hazelwood⁵ detallaron el impacto sobre la familia de los casos que exigen la atención profesional.

Las primeras manifestaciones de la AAE pueden ser los denominados “juegos de sofocación” de los niños escolares, que parecen ir en aumento. Estas actividades son conocidas por los maestros y educadores de los grados elementales al bachillerato (T. LeGrow, PsyD, comunicación verbal, enero de 2009), y también se producen “subidones” por la estimulación vagal mediante una maniobra similar a la de Heimlich (S. Lerfold, MD, comunicación verbal, febrero de 2009). Los antropólogos las han reconocido en estudios de la primitiva cultura celta, así como en algunos aborígenes americanos y en niños esquimales que participan en comportamientos de riesgo que implican sofocación, denominados “ahumado” (*smoke out*) y “enrojecimiento”⁶ (*red out*). Andrew y Fallon⁷ observaron un aumento de la letalidad en los adolescentes jóvenes con comportamiento de riesgo que par-

Departments of Psychiatry and Behavioral Medicine and Graduate Medical Education, Marshall University, Joan C. Edwards School of Medicine, Huntington, West Virginia, Estados Unidos.

Correspondencia: Daniel D. Cowell, MD, MLS, CPHQ, Departments of Psychiatry and Behavioral Medicine, and Graduate Medical Education, Marshall University, Joan C. Edwards School of Medicine, 1600 Medical Center Dr, Suite 3414, Huntington, WV 25701, Estados Unidos.

Correo electrónico: cowell@marshall.edu

tiparon de forma creciente en estos juegos de asfixia o estrangulación, utilizando ligaduras en circunstancias solitarias. Estos juegos tienen descripciones sugerentes: agujero negro, oscurecimiento, electrocardiograma plano, pollo auténtico, mono del espacio, ruleta de sofocación, boqueada, hormigueo y fuera de combate, entre otros⁸. La serie de los autores, de 24 casos fatales en niños de 9 a 16 años de edad, indica que, cuando estos jovencitos ven que la actividad puede realizarse sin drogas, creen falsamente que pueden crear un subidón “seguro”.

Se desconoce el número de practicantes adultos que participan en la AAE, y mucho más el número de niños y adolescentes implicados en juegos de asfixia. La AAE ha alcanzado notoriedad en series y programas de entrevistas de la televisión. Existen informes de muertes por AAE relacionados con esta programación⁹. Estas descripciones no son útiles, porque otorgan sensacionalismo a la práctica y no la tratan como un trastorno médico poco conocido, pero peligroso. Por estas razones es importante que los profesionales de la atención primaria, especialmente los pediatras, estén informados de la AAE, sus manifestaciones y las posibles intervenciones.

La tabla 1 describe los impedimentos para revelar las prácticas sexuales (habituales o insólitas), y la tabla 2 enumera los hallazgos que deberían levantar sospechas. Sería recomendable que los pediatras estuvieran familiarizados con las parafilias y especialmente con el fenómeno de la AAE para aplicar un abordaje acrítico, de asunto real, al preguntar por él. Es útil el desarrollo de tolerancia y respeto por la gran variedad de experiencias, pensamientos y comportamientos sexuales, a menudo condicionados culturalmente, por parte de los pediatras y de los padres. Incluso cuando no se reconozca un tipo de AAE, el paciente se sentirá aliviado por la naturaleza de las preguntas, lo que indica que el pediatra está informado del problema, abierto al debate y no se siente repelido por una actividad frente a la que él mismo puede sentir curiosidad, preocupación o autocondena; con el tiempo, puede desvelar su singular historia. La AAE es un buen ejemplo del principio que los pacientes tienen más probabilidades de revelar lo que es importante para ellos cuando crean que el médico es capaz de tolerar la información sin arriesgarse al rechazo, la desaprobación o la condena. Así sucede con muchos problemas que preocupan a los padres, de los que los mejores ejemplos son los relacionados con la espiritualidad, la sexualidad o la muerte. La práctica de la AAE puede implicar estos tres aspectos.

MÉTODOS

En la búsqueda en Medline de PubMed encontré 112 artículos sobre la AAE entre 1950 y 2008, la mayoría en inglés, y algunos en otros idiomas. La gran mayoría describe casos fatales (a menudo considerados inicialmente, de forma errónea, suicidios) y están publicados principalmente en revistas de medicina/anatomía patológica legal y de toxicología. Tuve en cuenta los raros informes de supervivientes de la AAE; los clásicos mundiales de la literatura y el drama; los debates con colegas de Pediatría general, urgencias y medicina familiar, psiquiatría y psicología infantil; las citas bibliográficas, y la bibliografía psicoanalítica relevante. La siguiente muestra representativa de casos clínicos ilustra el grupo de edad, la ponderación por sexo, las manifestaciones clínicas, el curso y la distribución geográfica.

Sauvageau y Racette¹⁰, en Canadá, utilizando Medline y todas las posibles palabras clave en su búsqueda bibliográfica entre 1954 y 2004, encontraron 408 casos fatales publicados, cuya

TABLA 1. Impedimentos para la identificación de la AAE

1. Turbación/vergüenza del paciente
2. Previsión de que la revelación provocará la molestia, el prejuicio, la repugnancia, la condena o el rechazo del médico (en parte, esto puede significar una proyección de su propia autocondena sobre el médico)
3. El paciente experimenta pensamientos/comportamiento parafilicos ocasionales pero en sintonía con su ego, por lo que no lo considera un problema
4. La incomodidad del médico al tomar la historia sexual puede derivar de preocupaciones sobre su propia sexualidad o sus pensamientos o comportamientos parafilicos, lo que resulta en el distanciamiento de un comportamiento similar en el paciente
5. La opinión del paciente de que el comportamiento que otros consideran como una desviación (“anormal”), tanto si lo experimenta como aceptable o inaceptable, es un tema privado que no tiene nada que ver con sus consultas a los médicos por lo que ellos consideran razones puramente médicas (o incluso psiquiátricas)
6. El médico desconoce las parafilias y sus manifestaciones, curso y opciones preventivas y terapéuticas
7. El comportamiento sexual de los juegos de sofocación o la AAE puede considerarse (erróneamente) como “no nocivo” o “sin víctimas” por el practicante de la AAE o por el médico

TABLA 2. Claves para sospechar una AAE

1. Los hematomas en el cuello o los episodios sincopales recurrentes en un niño o adolescente deben mover al pediatra a preguntar por “juegos de sofocación” o por el más elaborado síndrome de AAE. (Los médicos pueden no conocer que la sofocación puede engendrar sensaciones de placer, erección e incluso orgasmo)
2. Las respuestas dubitativas/tangenciales a la historia sexual (en un adolescente) no confirman la AAE, pero pueden merecer preguntas adicionales (p. ej., “¿Has jugado alguna vez con la muerte?” “¿Has experimentado alguna vez vértigo o estimulación sexual al estar temporalmente privado de oxígeno, de forma voluntaria o accidental, al jugar a pelear, al inhalar una sustancia o al jugar a un juego de sofocación?” “¿Participas en un comportamiento de riesgo relacionado con la estimulación o la conducta sexual?”)
3. ¿Hay pruebas en la exploración física de la reiterada inserción de un cuerpo extraño en un orificio?
4. ¿Existen lesiones urogenitales, vaginales o anales insólitas e inexplicables?
5. ¿Expresa el niño o el adolescente preocupaciones sobre temas sexuales?
6. ¿Se encuentran abrasiones en las extremidades, las muñecas, los tobillos o el tronco que sugieran actividades de sumisión o de ataduras durante prácticas masoquistas? ¿Existe un *piercing* ornamental de partes íntimas?
7. ¿Existen marcas eritematosas o de ligadura en el pene o en la base del escroto?
8. ¿Expresan preocupación los miembros de la familia por juegos de sofocación que han observado u oído hablar, tanto en su hijo adolescente como en sus amigos?

AAE: asfixia autoerótica.

edad osciló entre 9 y 77 años. Shields et al¹¹ encontraron 40 muertes accidentales en Hamburgo, Alemania, entre 1993 y 2003, todos varones, de 13 a 79 años de edad. Jones et al¹², en Edimburgo, Escocia, informaron de 30 fallecimientos entre 1984 y 1988, todos por asfixia con una bolsa de plástico, de 13 a 81 años de edad. Byard et al¹³ estudiaron 8 muertes de mujeres, de notificación rara, y encontraron diferencias distintivas respecto a los varones. En la somera bibliografía de niños y adolescentes, Friedrich y Gerber¹⁴ tomaron historias exhaustivas de los médicos de 5 varones adolescentes; todas demostraron experiencias infantiles de sofocación asociadas con horribles abusos físicos y sexuales. El terror padecido por los niños y los adolescentes, con pérdida gradual de la consciencia, al darse cuenta repentinamente de que los mecanismos de escape han fallado y que la muerte es inminente es inimaginable.

Herman Melville describió la erotización al colgarse en “Billy Budd”, del mismo modo que Heinz Ewers en “Alraune”. En “Esperando a Godot”, de Thomas Beckett, Vladimiro y Estragon debaten sobre formas estimulantes de aliviar su aburrimien-

TABLA 3. Características de los casos de AAE fatal

<p>Asfixia parcial o completa bastante frecuente, pero no siempre implicada en la actividad masturbatoria</p> <p>Constricción del cuello por ligaduras o ropa, asfixia por bolsa de plástico y máscaras, a menudo con sustancias inhaladas (óxido nítrico, tricloroetano, butano, cloroformo y otras)</p> <p>Desnudez parcial o completa</p> <p>Atadura de la cabeza, el tronco, las extremidades o los genitales</p> <p>Introducción de vibradores u otros objetos por el recto (o la vagina)</p> <p>Dolor, real o simulado, asociado con pruebas ocasionales de automutilación</p> <p>Pornografía o literatura de sumisión</p> <p>Espejos colocados de forma que las "víctimas" puedan verse en el apuro en que se han metido (o en el que se colocan en sus fantasías eróticas)</p> <p>Elementos de travestismo, por lo general artículos fetichistas de vestimenta femenina (como ropa interior, sujetadores, vestidos)</p>

Adaptado de la referencia bibliográfica 19.

to colgándose mientras esperaban a Godot¹⁵⁻¹⁷. El marqués de Sade describió la AAE en el mismo material erótico que da nombre al sadismo¹⁸.

Curran et al¹⁹ afirman que cada individuo desarrolla sus propias técnicas de AAE, que se afiligranan y elaboran con el tiempo. Como otros investigadores, observaron que, en un grado u otro, los casos fatales presentaron un perfil característico o síndrome (tabla 3). Describieron las etapas entre el "juego sexual" temprano (juegos de asfixia) y las actividades de suspensión al final de la adolescencia y en la vida adulta, incluyendo la desnudez y, al contrario que las mujeres, con parafernalia consistente en espejos, pornografía, sumisión y travestismo/artículos fetichistas, como vestimenta femenina. Observaron rasgos atípicos en el 10% de los casos, que no necesariamente implican la asfixia, como la electrocución accidental (parada cardíaca), el vendaje de todo el cuerpo (hipertermia), la inserción de un cuerpo extraño (embolismo aéreo) y la inmersión acuática (ahogamiento). No consideraron los juegos de asfixia como forma frustrada de AAE sino como una actividad más sencilla, menos elaborada, no ritualizada, sin necesidad de mecanismos de escape, pornografía y travestismo, que son típicos de la AAE totalmente desarrollada, aunque su descripción de las etapas sugiere una posible relación entre las formas tempranas y las posteriores.

ANÁLISIS

Áreas de consenso

Los investigadores están de acuerdo en que el comportamiento autoerótico comienza en la infancia o la adolescencia; que los varones superan a las mujeres (hasta en 50:1) y que se trata de una práctica clandestina, a menudo solitaria, potencialmente letal, por lo general sin intención suicida entre los practicantes jóvenes. No se han identificado marcadores biológicos ni genéticos. Los hallazgos post mortem concuerdan con la anoxia cerebral y los hallazgos físicos relacionados con su inducción (como ropa, ligaduras, sofocación). Sin embargo, Money²⁰ sugirió que, como algunos medicamentos han obtenido modestos beneficios en el tratamiento de las parafilias, podría existir una base anatómica y neuroquímica de estos comportamientos.

Teorías etiológicas

Las ideas tradicionales sobre la AAE (y otras parafilias) se basan en los conceptos psicoanalíticos relacionados con la teoría del desarrollo psicosexual de Freud. Por ejemplo, Resnik⁶ describió la AAE como el "colgamiento

erotizado reiterativo", observando la falta aparente del deseo de muerte y los intentos por garantizar que no quedasen marcas visibles (lo que sugiere ocultación en lugar de un intento de suicidio). Revisó los casos clínicos de otros médicos y encontró puntos comunes que consideró "un desplazamiento hacia arriba de la ansiedad de castración" (es decir, del pene al cuello); otros incluyeron el sadismo oral²¹, conflictos sobre la incorporación oral por la madre y problemas de separación/individualización, conflictos sobre la bisexualidad²², identificación del ejecutor masculino con el agresor (madre o mujer sustituta) según Lowenstein²³ y conflictos o ansiedad de culpa acerca de la masturbación, con o sin fantasías incestuosas.

Resnik especuló que el neonato podría sentirse asfixiado durante una lactancia materna continua, así como durante los espasmos del llanto, pero asociar ambas situaciones con sensaciones placenteras. Opinó que éstos podrían ser los primeros determinantes de la búsqueda de sensaciones similares en la vida posterior (es decir, fomento de las experiencias sensuales inducido por la hipoxia/anoxia/hipercapnia mediante la compresión del cuello, la sofocación parcial u otros métodos). Es posible que las sensaciones placenteras del lactante/niño al ser arrojado al aire en juegos y recogido por un adulto (por lo general el padre) también pueda implicar una relación con la sexualidad posterior al estimular experiencias durante la suspensión y el colgado.

Resnik supuso que el lactante tiene un conflicto (vida y muerte virtual) entre las sensaciones placenteras de la lactancia materna continua y la amenaza de la sofocación, asociada también con sensaciones placenteras (un individuo me describió sueños infantiles recurrentes, perturbadores, de ser "asfixiado por velas blancas"). Resnik no abordó a los lactantes sin lactancia materna; no encontré referencias a la AAE en practicantes que habían sido alimentados con biberón.

Patología forense

Danto²⁴ observó que, hasta 1980, sólo había un informe de una mujer y sugirió que "la perversión recrea (de forma inconsciente) los sentimientos de la víctima masculina de la emasculación por su madre (o, por la vía del desplazamiento, por otra mujer aparentemente dominante) que se ve como una mujer poderosa que controla la masculinidad de su hijo: si 'muere' mientras lleva atuendo femenino, simbólicamente y en el plano de la fantasía, su (inconsciente) ligazón es que es su madre quien 'muere' (es decir, es ejecutada)". Según el punto de vista de Danto, el creador de la fantasía se identifica con la víctima. Estoy de acuerdo con Danto, y una elaboración de este marco es que, cuando la víctima sacrificial se convierte simultáneamente en el asesino de su despiadada seductora, el desvalimiento y la impotencia que él mismo sintió en alguna ocasión se infligen a ella. Westelius y Bally²⁵ describieron un caso en el que el odio/rabia contra ambos progenitores se combinó con asuntos varón-mujer, dominante-sumiso y sdomasochistas. ¡No es sorprendente que la complejidad y la persistencia de esta actividad sean inescrutables para los médicos y su etiología oscura para los investigadores! No se sabe si en las practicantes femeninas se produce una imagen especular de estos marcos, pero es importante observar que la mayoría de las estimaciones del comportamiento

autoerótico en las mujeres son escasas (~4% en una serie de casos fatales), aunque pueden estar sesgadas por tabúes culturales o sociales sobre el reconocimiento y la notificación del comportamiento autoerótico en las mujeres: sería un buen consejo para los médicos la inclusión de las mujeres, jóvenes o mayores, al contemplar la presencia de comportamiento autoerótico.

Dinámicas centrales

En la AAE totalmente desarrollada, el ejecutor masculino asume el papel voluntario (o no) de “víctima” sacrificial de una mujer que se percibe como tirana e indiferente a los esfuerzos de la víctima por cumplir con sus demandas fantaseadas. Así, la AAE puede considerarse una representación (o “actuación”) de poderosos estados de sentimiento inicialmente relacionados con una mujer (la madre o una sustituta). Esta “trama”, poco o nada comprendida por el actor, también puede representar una muerte simbólica por pensamientos lujuriosos y un comportamiento masturbatorio inductor de culpa (es decir, ¡el castigo antes que el placer!). Al “sobrevivir” al ritual de la representación de la muerte, el individuo emerge, una y otra vez, sexualmente gratificado y físicamente intacto, con una sensación de alivio, de triunfo y de rebeldía/resentimiento (es decir, “¡Creeías que había muerto por tí, pero en realidad te maté!”). La AAE también implica un deseo de control de la ansiedad de la vida frente a la muerte: cuanto más se aproxime el actor pero burle a la muerte, mayor la excitación sexual. Desde luego, es un curioso estado de cosas en el que el actor es el productor, el director, el coreógrafo, el juez, los actores y el testigo es su drama singular y personalizado. En resumen, la AAE representa una “historia vital” en traumas/conflictos infantiles no manejables. Según la opinión de Freud, la repetición sería un intento compulsivo, pero inútil, de resolver estos conflictos²⁶. El “desvalimiento aprendido” y la desmoralización también podrían eliminarse temporalmente por la euforia de la AAE²⁷.

Vicisitudes

El proceso normal del desarrollo de la separación-individualización de los padres puede ser difícil para el niño con una madre controladora, exigente o posesiva y con un padre o sustituto devaluado, ineficaz, pasivo, distante u hostil. En estas circunstancias, el niño varón es infeliz, su identificación inestable (inconsciente) es, a la vez, con una mujer poderosa, exigente e intimidante y un varón distante, amenazador o devaluado; si el niño varón es testigo del abuso a la madre, la identificación con ella será de protección. Estas identificaciones se reprimen, y el niño/adolescente queda con una sensación inestable de quién “es realmente”. La humillación y el envilecimiento también parecen importantes en la AAE, como ejemplifica la desnudez que expresa la pobre autoimagen del actor (acentuada en la adolescencia, pero que también refleja narcisismo y exhibicionismo) representada ante una mujer y un “testigo” fantaseado (¿el padre?). La tensión erótica se refuerza cuando el actor fantasea que su estado personal es superior o inferior a las de las imágenes femeninas (un escenario de dominancia-sumisión). Desde esta perspectiva personal, la pornografía no es sólo una ayuda para la excitación, sino que también

transforma un comportamiento ostensiblemente extravagante en una disimulada y mordaz repetición de relaciones muy conflictivas con figuras cruciales del pasado de esta persona. Si se practican durante un tiempo suficiente, las relaciones fantaseadas pueden erosionar, sustituir o evitar por completo la necesidad/el deseo de una relación madura de reciprocidad con una pareja real.

Opciones de intervención

Aunque no es realista esperar que los pediatras generalistas se conviertan en expertos en el tratamiento de trastornos biopsicosociales complejos como la AAE, la familiaridad con esta parafilia sería útil para identificar y desaconsejar los juegos de sofocación del niño/adolescente que pueden progresar a una AAE totalmente desarrollada. Por ejemplo, Uva²⁸ recomendó estrategias preventivas como la inclusión de la AAE en sistemas electrónicos nacionales o estatales de datos lesionales, incluyendo estas prácticas en los programas de educación escolar sexual para estudiantes y padres y desaconsejando a los productores de televisión que sensacionalicen la AAE. También enseñaría a las madres de neonatos cómo dar de mamar adecuadamente a los niños para evitar la asfixia parcial y el supuesto ciclo de sofocación (una técnica que se enseña habitualmente a las madres que están amamantando).

En algunos varones adultos parafílicos se ha utilizado con éxito la disminución del impulso sexual con un antiandrógeno, como el acetato de medroxiprogesterona²⁰ (para aminorar los valores de testosterona). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, el nitrato de amilo y el carbonato de litio se han utilizado con un modesto beneficio en algunos adultos parafílicos, quizá con mayor eficacia cuando existe un trastorno de deficiencia de la atención, un trastorno comórbido del estado de ánimo o un trastorno obsesivo/compulsivo^{27,29}. No se recomienda el empleo de alguno de estos tratamientos de la AAE en los niños o adolescentes, ya que no se han realizado estudios a gran escala, con doble ocultación, del empleo del medicamento con este objetivo.

Se debería incluir el contenido educativo sobre la AAE en los currículos médicos, de enfermería y de psicología y para los residentes en el terreno de la atención primaria, la psiquiatría y la medicina de urgencias. Se debe subrayar que las prácticas de ahogamiento pueden causar la inconsciencia al cabo de 7 s con una presión de tan sólo 0,5 kg/cm² sobre el seno carotídeo o las arterias carótidas³⁰. En la escuela se puede utilizar obras literarias como “Esperando a Godot” y “Billy Budd” como vehículos circunstanciales para debatir el peligro asociado con los juegos de asfixia (de forma que no se aliente la experimentación pero que no sea más “sugereente” que la instrucción sobre las “relaciones sexuales seguras” y el empleo del preservativo en los grados primarios). Cuando se presenten las oportunidades, se debe alentar a los pediatras a que hablen con los jovencitos, los padres y los maestros sobre los juegos de sofocación con motivo de la defensa de otras elecciones de estilos de vida saludables, como en la nutrición, las vacunaciones, el ejercicio, la evitación de sustancias adictivas y el empleo rutinario del casco y el cinturón de seguridad.

Las comorbilidades de los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad o el abuso de sustancias pueden “des-

enmascarar” las parafilias (AAE) y deben ser tratadas. Aunque el origen de la AAE se encuentra muy probablemente en conflictos incontrolables de la primera infancia que desvían y trastornan el curso habitual del desarrollo, pueden ser reprimidos por mecanismos inconscientes de defensa. Los factores de tensión intercurrentes, académicos, de los compañeros o de la familia (incluyendo la violencia y el abuso) y los cambios hormonales de la pubertad, junto con factores idiosincrásicos en el niño/adolescente, pueden superar a las defensas, y se manifestaría la AAE. Quizá éstas sean las razones por las que algunas personas que participan en juegos de asfixia desarrollan el síndrome completo de AAE y otras no.

Además de aumentar el conocimiento y de las oportunidades de formación, los pediatras deberían consultar con psiquiatras o psicólogos infantiles con experiencia en el tratamiento de trastornos sexuales si se considera necesario realizar intervenciones terapéuticas adicionales. La interrupción de la progresión de los juegos de sofocación a una AAE totalmente desarrollada puede necesitar no sólo de medicamentos para las comorbilidades, sino también de atención a las antes mencionadas dimensiones psicosociales de Burgess de temas para supervivientes y los que han observado un comportamiento autoerótico, pero no saben qué hacer en esta situación. El tratamiento a mayor plazo puede consistir en una psicoterapia individual del niño/adolescente, así como la psicoeducación y la psicoterapia familiar. Ésta está indicada cuando uno o ambos progenitores niegan el comportamiento, porque se sienten abochornados y a la defensiva al afrontar este molesto problema en sus hijos. Las intervenciones terapéuticas deben utilizarse habilidosamente para que el miedo y el rechazo de los padres no agraven el problema impulsando a que el practicante profundice en sus representaciones solitarias (o algo peor).

CONCLUSIONES

Creo que la AAE representa una compulsión a representar y, así, descargar (escenificar) estados de sensación intensa derivados de distorsiones del desarrollo muy temprano. Sea cual sea su origen, la excitación sexual producida por la hipoxia/anoxia/hipercapnia, la identificación con mujeres mediante el travestismo, los escenarios sadomasoquistas, la humillación y el envilecimiento, así como “tramar” ornamentos y parafernalia, parecen característicos de la AAE, especialmente en los varones, y más al avanzar la edad.

La momentánea excitación que ofrece la AAE a menudo conduce a una vida de vergüenza, desconcierto, autocondena, autoaislamiento y desesperación que puede acabar en suicidio. Al reconocer la AAE, y cuando sea posible interrumpir su curso, el pediatra puede salvar una vida joven o, al menos, aliviar una carga secreta. Se ha sugerido que los esfuerzos educativos para levantar el manto de silencio sobre estas prácticas no serían preventivos, sino que conducirían a una experimentación imitativa de niños o adolescentes con problemas, en busca de emociones. Esta asunción parece irreal, porque la AAE parece ser más frecuente que lo anteriormente sospechado y, como otras actividades de alto riesgo en este grupo de edad, debe ser desaconsejada por los profesionales de la medicina.

AGRADECIMIENTOS

Doy las gracias a Robert W. Williams, MLS, MA (Associate Professor of Libraries y bibliotecario de referencia, Joan C. Edwards School of Medicine, Marshall University) y Trudi F. Jamison (secretaria, Office of Graduate Medical Education, Joan C. Edwards School of Medicine) por su inestimable ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-TR. 4.^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. DeBoismont A. Du suicide et de las folie suicide. París, Francia: Germer Bailliere; 1856.
3. Von Krafft-Ebing R. Psychopathia Sexualis. Klaf F., trans. Nueva York, NY: Stein and Day; 1965.
4. Sauvageau A. Autoerotic deaths: a seven-year retrospective epidemiological study. *The Open Forensic Sciences Journal*. 2008;1:1-3.
5. Burgess AW, Hazelwood RR. Autoerotic asphyxial deaths and social network response. *Am J Orthopsychiatry*. 1983;53(1):166-70.
6. Resnik H. Eroticized repetitive hanging: a form of self-destructive behavior. *Am J Psychother*. 1972;26(1):4-21.
7. Andrew A, Fallon K. Asphyxial games in children and adolescents. *Am J Forensic Med Pathol*. 2007;28(4):303-7.
8. O'Halloran R, Lovell F. Autoerotic asphyxial death following television broadcast. *J Forensic Sci*. 1988;33(6):1491-2.
9. Dietz P. Television-inspired autoerotic asphyxiation. *J Forensic Sci*. 1989;34(3):528-9.
10. Sauvageau A, Racette S. Autoerotic deaths in the literature from 1954 to 2004: a review. *J Forensic Sci*. 2006;51(1):140-6.
11. Shields L, Hunsaker D, Hunsaker J 3rd. Autoerotic asphyxias: part I. *Am J Forensic Med Pathol*. 2005;26(1):45-52.
12. Jones L, Wyatt J, Busuttill A. Plastic bag asphyxia in southeast Scotland. *Am J Forensic Med Pathol*. 2000;21(4):401-5.
13. Byard RW, Eitzen DA, James R. Unusual fatal mechanisms in nonasphyxial autoerotic death. *Am J Forensic Med Pathol*. 2000;21(1):65-8.
14. Friedrich W, Gerber P. Autoerotic asphyxia: the development of a paraphilia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33(7):970-4.
15. Melville H. Billy Budd, Foretopman. En: Evans B, editor. *The shorter novels of Herman Melville*. Nueva York, NY: John Day Co, 1929.
16. Ewers H. Alraune. Nueva York, NY: John Day; 1929 17. Beckett T. *Waiting for Godot*. Nueva York, NY: Grove Press; 1954.
18. Sade, Marquis de. *Justine*. En: Lely G, editor. *The Marquis de Sade: A biography*. Nueva York, NY: Grove Press; 1962.
19. Curran W, McGarry A, Petty C. Autoerotic asphyxiation in modern legal medicine. Filadelfia, PA: FA Davies Co; 1980.
20. Money J. Paraphilias: phenomenology and classification. *Am J Psychother*. 1984;38(2):164-79.
21. Sterba R. On spiders, hanging and oral sadism. *American Imago*; 1950.
22. Newnam LE, Stoller RJ. Spider symbolism and bisexuality. *J Am Psychoanal Assoc*. 1969; 17(3):862-72.
23. Lowenstein R. A contribution to the psychoanalytic theory of masochism. *J Am Psychoanal Assoc*. 1957;5(2):197.
24. Danto B. A case of female autoerotic death. *Am J Forensic Med Pathol*. 1980;1(2):117-21.
25. Wesselius C, Bally R. A male with autoerotic asphyxia syndrome. *Am J Forensic Med Pathol*. 1983;4(4):341-5.
26. Freud S. *Collected Papers*. Vol V; Londres, Inglaterra: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis; 1950.
27. Cesnik J, Coleman E. Use of lithium carbonate in the treatment of autoerotic asphyxia. *Am J Psychother*. 1989;43(2):277-86.
28. Uva J. Review: autoerotic asphyxiation in the United States. *J Forensic Sci*. 1995;40(4):574-81.
29. Kafka M. Sertraline pharmacotherapy for paraphilia-related disorders: an open trial. *Ann Clin Psychiatry*. 1994;6(3):189-95.
30. Berlyne N, Strachan M. Neuropsychiatric sequelae of attempted hanging. *Br J Psychiatry*. 1968;114(509):411-22.