

PARAFILIAS: UN ESTUDIO DE CASO

Ms.C. Elvia de Dios, Prof. Celestino Vasallo, Lic. Juan D. Quintana, Dra. Dolores Carnero

Hospital Psiquiátrico de La Habana
cenesex@infomed.sld.cu

ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE CON MÚLTIPLES PARAFILIAS Y QUE ADEMÁS PRACTICA LA VIOLACIÓN, CON EL OBJETIVO DE SOCIALIZAR ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS, SOCIALES Y BIOLÓGICAS DE ÉSTE. CONCLUSIONES MÁS RELEVANTES EVALUADAS POR EL INVENTARIO MULTIFACÉTICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA: RASGOS PERSONOLÓGICOS, SOCIOPÁTICOS Y OBSESIVOS COMPULSIVOS. DISMINUCIÓN DE LA FRECUENCIA DEL COMPORTAMIENTO VOYEURISTA Y ABOLICIÓN DE LA VIOLACIÓN CON FLUVOXAMINA Y CARBAMAZEPINA.

Un caso concreto
esclarece más una cuestión
que complicados razonamientos.

JOSÉ MARTÍ

Las parafilias se caracterizan por impulsos, fantasías o comportamientos sexuales intensos, incontrolables y recurrentes que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales.¹ Es usual e históricamente admitido la práctica por un mismo paciente de varios tipos de parafilias, pero son escasos los estudios que relacionen la violación con las parafilias,² mucho más desde servicios de atención ambulatoria, pues no es frecuente el pedido de ayuda profesional por parte de los pacientes con parafilias y es excepcional la demanda de atención voluntaria de un individuo que practique la violación y múltiples parafilias. A causa de esas razones escogimos el presente caso que tiene esa particularidad, con el objetivo de socializar algunas de sus características psicológicas, sociales y biológicas.

Para conformar el estudio de caso, los instrumentos y las técnicas psicológicas aplicadas fueron: entrevista psicológica a profundidad, inventario

multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI) abreviado en la versión cubana, y el test de la figura humana de Machover.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de veintitrés años de edad, de la raza negra, soltero, sin hijos, noveno grado de escolaridad; trabaja como ayudante de carpintero. Acudió voluntariamente a consulta preocupado por sus actividades voyeuristas (excitación sexual al observar a escondidas a personas semidesnudas, desnudas o en actividad sexual en vivo). Posee el antecedente de haber cumplido una sanción de privación de libertad por violación. El paciente refirió:

Deseo continuamente *rescabuchear* [actos voyeuristas, en lenguaje popular cubano]; mis pensamientos permanecen revueltos entre ideas de mirar por los huecos y violar. Antes de dormir, pienso: Dios mío, ¿por qué me tocó a mí este tormento?

Este testimonio ilustra la similitud fenomenológica entre parafilias y trastornos obsesivo-compulsivos, teoría defendida por Coleman.³

El paciente procede de una familia monoparental, en la cual la madre desempeñó el rol parental. Al respecto, el padre expresó: «La madre cambiaba de marido como de vestido, y del tío se comentaba que era ladrón y mirahuecos.»

INFANCIA DEL PACIENTE

En mi casa las fajasones eran terribles; era mi tío el problemático,... sí, robaba, de eso vivíamos... A mi mamá la quería y la quiero mucho; no me gusta vivir con mi papá. Mi mamá era cariñosa y buena, aunque me daba una paliza todos los días.

Negó la promiscuidad de la madre y el voyeurismo del tío. Por el relato puede inferirse que el paciente fue víctima durante la infancia de agresividad física, lo cual se reporta para pacientes afectados de parafilias y para violadores.⁴

Los antecedentes patológicos familiares de trastornos mentales son: prima materna psicótica y otra retrasada mental; posible voyeurismo del tío, quien además posee un funcionamiento psicopático. La historia familiar podría apuntar a posibles factores constitucionales facilitadores del desarrollo de las parafilias.

En relación con el desarrollo escolar, el padre narró:

Era irrespetuoso con los profesores; se fajaba frecuentemente con los compañeros; repitió el tercer grado dos veces, por lo cual fue remitido a [consulta de] psicología y dictaminaron que podía continuar en la escuela normal. Durante la secundaria se fugaba.

Después de cumplir la sanción en la cárcel, ha mantenido de forma estable el trabajo de carpintero, con relaciones interpersonales aceptables. El paciente declaró: «No me gusta trabajar; lo hago por evitar problemas con mi papá.»

La historia del desarrollo escolar sugiere el posible antecedente de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, descrito para pacientes con parafilias.⁵

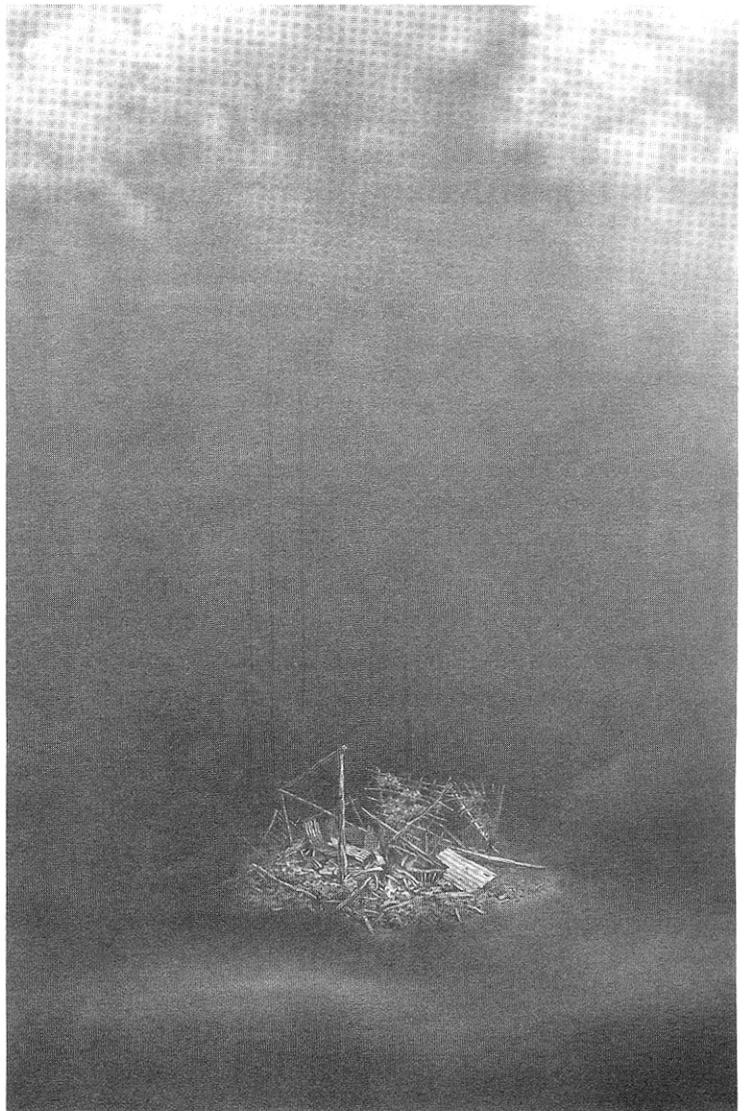
El paciente describe sus características de personalidad de la siguiente manera: «Soy

tímido, a veces impulsivo y violento, muy rencoroso.» Estas características fueron corroboradas por el padre.

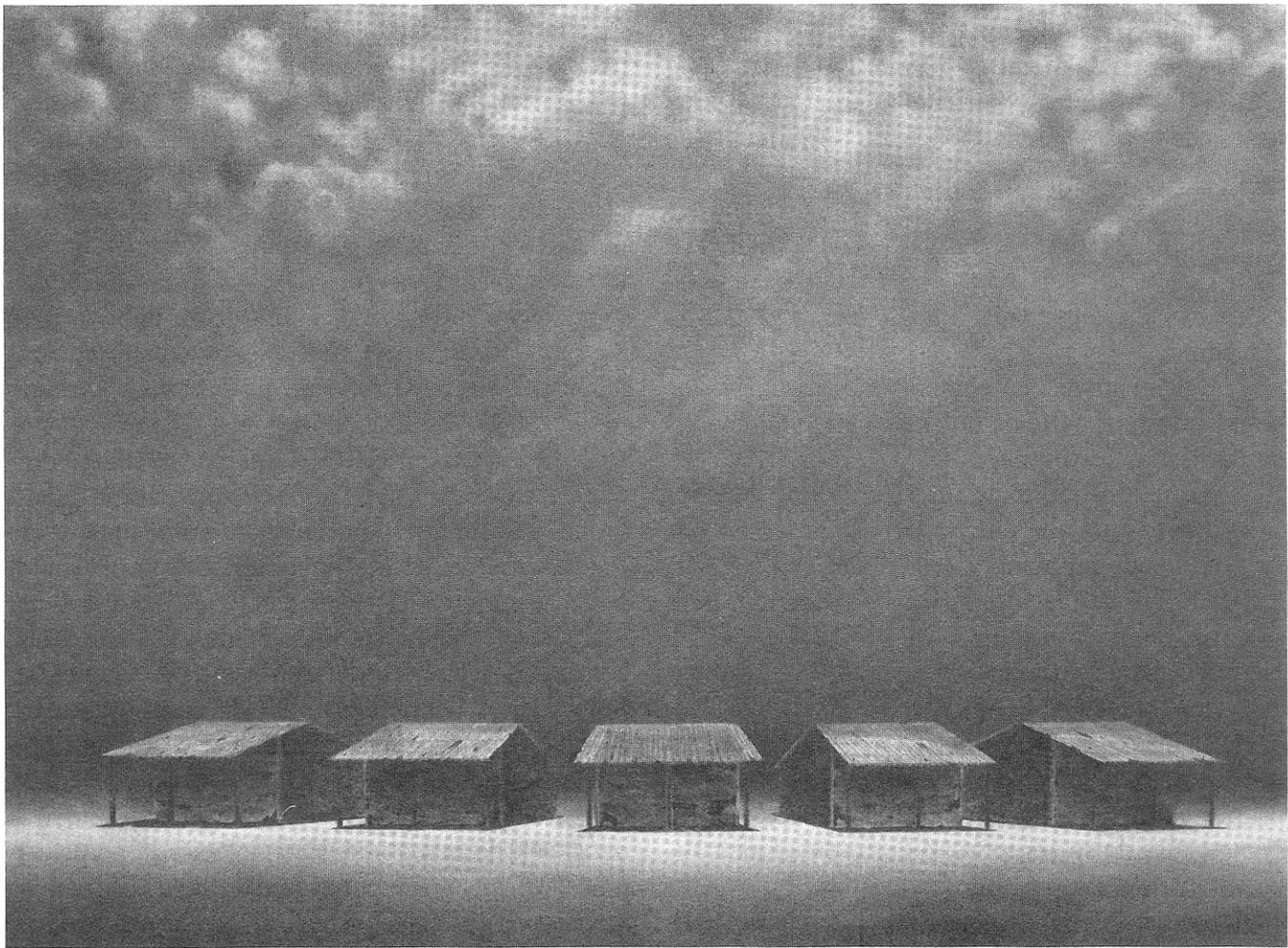
La timidez como rasgo de personalidad pudiera ser expresión de un déficit en las habilidades sociales, considerada un factor de riesgo para recidivas en pacientes con parafilias⁶ y también descrita para violadores.⁷

Los resultados de las pruebas psicológicas ayudaron a perfilar las características de personalidad y a establecer el diagnóstico clínico.

El MMPI arrojó desinterés, desprecio por las normas sociales, egoísmo, suspicacia, egocentrismo y desviación de la escala de psicastenia (ideas obsesivas y compulsiones).



Autorretrato VI (2004)
Grafito sobre lienzo, 70 x 120 cm



Las características de personalidad han sido el parámetro más estudiado para comparar los violadores con otros agresores sexuales. En una publicación utilizan el MMPI para evaluarlas en violadores de niños, violadores de adultos y ofensores sexuales no violadores, y obtienen para los tres grupos un desplazamiento similar en la escala de desviación psicopática; sin embargo, los violadores muestran hostilidad y resentimiento con mayor fuerza que los ofensores sexuales no violadores.⁸ Características similares fueron descritas para el presente caso: desprecio por las normas sociales y morales (escala de psicopatía) y adicionalmente egoísmo y suspicacia, los cuales no fueron constatados en pacientes con las parafilias tradicionales estudiadas en la tesis de maestría de una de las autoras.

Una particularidad del caso presentado fue la desviación de la escala de psicastenia; hallazgo similar ha sido constatado por los autores en otros pacientes con diagnóstico de parafilia sin viola-

ción,⁹ resultado que refuerza la hipótesis actual de incluir las parafilias dentro del espectro obsesivo-compulsivo.¹⁰

En el Machover se obtuvo adecuada identificación sexual, rebelión contra la sociedad, rechazo ambiental, dificultad en las relaciones interpersonales, inestabilidad emocional y dependencia materna; dibujó la figura femenina en desventaja con la masculina. Sin embargo, al abordar el tema de las mujeres en la entrevista, expresó: «Las mujeres son los seres mejores que se hayan hecho en la tierra; mi madre es buena y lo más grande que yo tengo.»

Los posibles conflictos inconscientes con la figura materna se podrían explicar así: la madre cariñosa es la que él deseó o desea tener, con la realidad de una madre promiscua y agresiva, lo cual generó hostilidad —a nuestro juicio, inconsciente— hacia el sexo femenino, evidenciada en el Machover.

Con los datos clínicos y psicométricos se le realizó el diagnóstico de trastorno antisocial de la

personalidad. La relación entre parafilias y trastornos de la personalidad es tal que la CIE10¹¹ y el GC-3¹² las incluyen dentro del apartado para trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.

SEXUALIDAD INFANTO-ADOLESCENTE

Desde los seis años experimentaba excitación sexual al observar blumers fuera del cuerpo femenino.

Existe antecedente de abuso sexual a los nueve años por parte de una vecina de veinte años embarazada. Testimonio:

Recuerdo que tenía un vestido tipo pulóver que le apretaba mucho la barriga; cogió dos dedos de mi mano y se los metió en sus partes. No sabía lo que estaba haciendo, pero me sentía asustado. ¡Ah!, olvidaba que las amigas de mi mamá me daban besos de lengua. Nunca se lo dije a ella.

La eyacularquia y primera masturbación fueron a los trece años, con fantasías fetichistas. El primer coito fue a los dieciséis años. Autovaloró, como causa de su comportamiento sexual parafílico, el abuso sexual sufrido en la infancia.

El antecedente de abuso sexual en la niñez es descrito para pacientes con parafilias.¹³ Su victimización sexual por parte de mujeres en la infancia pudiera contribuir a la explicación de la hostilidad inconsciente hacia las mujeres.

SEXUALIDAD EN LA ADULTEZ

Ha tenido tres novias; los noviazgos no han rebasado los cinco meses. La frecuencia de las relaciones sexuales tradicionales es cada dos o tres meses. La frecuencia de la masturbación es diaria.

Para los agresores sexuales se reportan pocos contactos eróticos interpersonales,¹⁴ tal es el caso del paciente que sólo declaró tres novias, despreciable en su historia erótica sexual al compararla con su actividad parafílica descrita a continuación.

Tiene el diagnóstico de voyeurismo como parafilia especificada y practica la violación. Las otras parafilias en orden de preferencia son: froteurismo (excitación sexual al rozar a otras personas), fetichismo (excitación sexual por la observación de objetos inanimados, generalmente prendas de vestir), escatología telefónica (excitación sexual a tra-

vés de conversación telefónica) y narratofilia (excitación sexual por medio de la narración de temas eróticos).

El primer comportamiento parafílico fue a los quince años en forma de froteurismo, a consecuencia de una erección fortuita al viajar en una guagua y contactar con las nalgas de una mujer; en la actualidad esta actividad es esporádica. Lo explicó por no utilizar el transporte público; aun así señaló: «A manera de jarana, rozo a mis compañeras de trabajo, o finjo un frote casual. Después me masturbo recordándolo.»

El voyeurismo lo inició un par de meses después. Antes del encarcelamiento intercalaba la actividad voyeurista con la violación; más tarde predominó de forma incontrolable y diaria el voyeurismo.

Ha efectuado tres intentos de violación y una consumada; las cuatro víctimas eran conocidas. Sólo en una ocasión planificó la agresión sexual, actuando de noche o madrugada, y en una oportunidad hubo presencia de un bajo consumo de alcohol. El estímulo para la excitación sexual lo constituyó la oposición de la víctima. Las violaciones no consumadas se frustraron por el pedido de auxilio de las víctimas, a las cuales amenazó con armas blancas. Expresó: «Uso una navaja; se la enseño para echarles miedo, no para otra cosa.» Nunca ha reflexionado sobre el sufrimiento ocasionado a las víctimas.

Casos como éste, en el que convergen varias parafilias y violación, podrían abogar a favor de la tendencia a considerar la violación como una parafilia, actitud iniciada por Money¹⁵ y seguida por Hernández Serrano¹⁶ y Kurt Freund,¹⁷ con su interesante teoría de los trastornos del cortejo, en la que reúne el voyeurismo, el exhibicionismo, la escatología telefónica, el froteurismo y la violación, y le otorga una mayor coincidencia a la asociación de exhibicionismo y violación. El paciente en análisis no practica el exhibicionismo, pero sí otros de los trastornos del cortejo descritos anteriormente.

INDICADORES BIOLÓGICOS

El dato más importante fue el electroencefalograma patológico con actividad disrítica en forma de espigas temporales. Las dosificaciones hormonales de testosterona, prolactina y cortisol fueron normales. Se logró la abolición de la violación

y la disminución de la frecuencia del voyeurismo a una vez por semana e incluso a una vez cada quince días con fluvoxamina (300 mg/día) y carbamazepina (800 mg/día).

El resultado patológico del electroencefalograma ha sido reportado para pacientes con conductas agresivas sexuales.¹⁸ La respuesta adecuada al tratamiento con carbamazepina y fluvoxamina es comparable a la de Kafka,¹⁹ quien reporta resultado terapéutico exitoso con fluoxetina en un violador. La fluoxetina y la fluvoxamina son antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Podemos concluir que en el estudio de caso efectuado se constataron, como características psicossociales predominantes, los rasgos sociopáticos y obsesivo-compulsivos de la personalidad, evaluados por el MMPI, y la procedencia del paciente de una familia con patrón relacional violento y comportamientos psicopáticos. La comorbilidad diagnosticada fue el trastorno de personalidad antisocial. Las características psicosexuales signi-

ficativas fueron: en la infancia, inicio de las tendencias parafilicas y abuso sexual heterosexual; durante la adolescencia y juventud, predominio de la actividad sexual parafilica y la violación, con pocos contactos eróticos interpersonales.

Los aspectos relevantes de los indicadores biológicos fueron: electroencefalograma con disritmia temporal, remisión de la violación y disminución de la frecuencia del voyeurismo con fluvoxamina y carbamazepina.

Este paciente es un ejemplo de cómo en el desarrollo de las parafilias se imbrican factores biológicos (historia familiar de trastornos psiquiátricos y electroencefalograma patológico), psicológicos (conjunto de hostilidades inconscientes hacia las mujeres) y sociales (la familia que ha modelado las características de su personalidad antisocial) y cómo un factor macrosocial (la fortaleza de nuestro sistema de salud) actúa como facilitador del pedido voluntario de ayuda profesional por parte del paciente.

NOTAS

¹American Psychiatric Association: *Diagnostic Criteria from DSM-IV*, American Psychiatric Association, Washington, 1994.

²J. A. Armentrout, A. L. Hauer: «MMPIs of rapists of adults, rapists of children, and nonrapist sex offenders», *J Clin Psychol*, vol. 34, no. 2, abril, 1978, pp. 330-332; y K. Freund y M. C. Seto: «Preferential rape in the theory of courtship disorder», *Arch Sex Behav*, vol. 27, no. 5, octubre, 1998, pp. 433-42.

³Eli Coleman: «Compulsive sexual behavior: new concepts and treatments», *Journal of Psychology & Human Sexuality*, no. 4, 1991, pp. 37-52.

⁴M. P. Kafka y J. Hennen: «The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males», *J Sex Marital Ther*, vol. 25, no. 4, octubre-diciembre, 1999, pp. 305-19; y M. J. Nieto y A. G. Alcántara La Paz: «Psicología del agresor sexual», *Anales Psiquiatría*, Madrid, vol. 12, no. 10, noviembre-diciembre, 1996, pp. 413-420.

⁵M. P. Kafka y J. Hennen: «A DSM-IV Axis I comorbidity study of males with paraphilias and paraphilia-related disorders», *Sex Abuse*, vol. 4, no. 4, octubre, 2002, pp. 349-366.

⁶M. J. Nieto y A. G. Alcántara: ob. cit.

⁷Ibíd.

⁸J. A. Armentrout y A. L. Hauer: ob. cit.

⁹E. de Dios Blanco: «Parafilias. Estudio de casos de cuatro pacientes», tesis para obtener la maestría de Sexualidad, CENESEX, Ciudad de La Habana, 2004.

¹⁰Eli Coleman: ob. cit.; E. Rubio Auriol y C. A. Téllez Velasco: «Las parafilias», en CONAPO: *Antología de la sexualidad humana*, Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, México, 1994, tomo III, pp. 247-275; y E. Hollander y J. Rosen: «Impulsivity», *J Psychopharmacol*, vol. 14, no. 2, suppl. 1, 2000, pp. 539-544.

¹¹Organización Mundial de la Salud: *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE10)*, Técnicas Gráficas Forma, Madrid, 1992.

¹²A. A. Otero Ojeda y otros: *Tercer glosario cubano de psiquiatría (9C-3)*, Editorial del Hospital Psiquiátrico de La Habana, Ciudad de La Habana, 2001.

¹³M. P. Kafka y J. Hennen: ob. cit. en nota 5.

¹⁴M. J. Nieto y A. G. Alcántara: ob. cit.

¹⁵J. Money: «Parafilias: phenomenology and classification», *Am J Psychotherapy*, vol. 38, no. 2, abril, 1984, pp. 164-179.

¹⁶R. Hernández Serrano: «Parafilias: una clasificación fenomenológica», *Sexología y Sociedad*, Ciudad de La Habana, vol. 8, no. 19, agosto, 2002, pp. 16-21.

¹⁷K. Freund y M. C. Seto: ob. cit.

¹⁸A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos: *Manual de psicopatología*, McGraw Hill, Madrid, 1995, vol. 1; y K. J. Meyer: «Parafilias», en J. M. Kaplan y J. B. Sadock: *Tratado de psiquiatría 2*, 6a. ed., Editorial Inter-Médica, Buenos Aires, 1997, pp. 1260-1274.

¹⁹M. P. Kafka: «Successful treatment of paraphilic coercive disorder (a rapist) with fluoxetine hydrochloride», *Br J Psychiatry*, no. 158, junio, 1991, pp. 844-847.