

Trastornos múltiples de la inclinación sexual. Presentación de un caso

Multiple Disorders of sexual inclination Case presentation

Dra. Liuba Y. Peña Galbán; Liudmila Casas Rodríguez; Manuel Padilla de la Cruz ; Olga Lidia Barreras López; Mayra Gallardo Alvarez

Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

La actividad sexual es compleja y diversa en sus formas de manifestarse. Pero la mayoría de las personas saben diferenciar la conducta sexual normal de la anormal. La persona que sufre trastornos de la inclinación sexual o parafilia en dependencia del sistema de diagnóstico utilizado, se ve continuamente interferida en sus actividades y responsabilidades por las ideas de alcanzar la satisfacción sexual. Se realiza una revisión somera sobre los trastornos de la inclinación sexual y los conceptos actualizados sobre el tema según la clasificación Internacional de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) y el Manual de Estadísticas de Diagnóstico de los desórdenes mentales DSM-IV. Se presentó un caso en el que inciden varios trastornos y que se registra en la literatura como poco frecuente.

DeCS: PARAFILIAS /Diagnóstico; PARAFILIAS /Tratamiento.

ABSTRACT

Sexual activity is complex and diverse in its ways of manifesting. Bat the great majority of persons know differentiate a normal sexual behavior from the abnormal one.

The person who suffers for sexual inclination disroders or parafilia depending on the diagnostic system used, is contnously interfered in his activities and responsibilities

by the ideas of reaching sexual satisfaction. A review is made about disorders of the sexual inclination and concepts updated on the topic according to the International classification of mental disorders and of behavior (CIE-10) and the Manual y Statistics and Diagnosis of Mental Disorders DSM-IV. A case in which various disorders coincide is presented and it is registred as non-frequent in the literature.

DeCS: PARAFILIAS/diagnosis; PARAFILIAS/therapy.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana es muy diversa y compleja en su forma de expresión y a veces resulta difícil definir qué conducta es sexualmente anormal.

Sin embargo, la mayoría de las personas creen saber discernir cuando una conducta sexual debe calificarse de anormal o normal.

Desde una óptica biológica la normalidad presupone adscripción a lo natural o saludable; desde el prisma psicológico es anormal lo que genera una sensación personal y subjetiva de congoja, aflicción o angustia o lo que impide que una persona se comporte adecuadamente en situaciones sociales ordinarias y en contextos ocupacionales comunes, y desde el punto de vista estadístico la normalidad se reduce a un problema de cuantificación numérica.¹

Irving Bierber señala que: el término desviación encerraba un concepto estadístico que implica una separación de la norma media estadística. Después fue utilizado el término parafilia que en opinión de Money el rasgo patognomónico consiste en que la excitación sexual del sexo opuesto depende de una fantasía no relacionada con la mera disponibilidad de una pareja sexual del sexo opuesto que consientan las relaciones.² También es considerado un síndrome psiquiátrico con conductas estereotipadas.³

Las parafilias reciben el nombre de trastornos de inclinación sexual en el acápite F-65 de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10) en el que se distinguen como entidades nosológicas fetichismo, transvestismo, exhibicionismo, escoptofilia, paidofilia, sadomasoquismo, trastorno múltiple de la inclinación sexual y trastorno de la inclinación sexual sin especificación.⁴ Sin embargo, el manual de diagnóstico y estadística de los desórdenes mentales en su cuarta edición (DSM-IV) mantiene el término de parafilias e incluye exhibicionismo, fetichismo, froteurismo, pedofilia,

masoquismo sexual, transvestismo fetichista, voyeurismo y la parafilia no clasificada en otra parte. ⁵

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 19 años de edad, masculino, blanco, casado, 10^{mo} grado de escolaridad, con antecedentes de atención psicológica a los 10 años por nerviosismo, ansiedad, insomnio y timidez.

Refiere el paciente que su atracción por el sexo es enfermiza, en los ómnibus aprovecha la oportunidad para frotar a las mujeres, llegando a satisfacerse en muchas ocasiones, cuando no puede lograrlo se dirige a su casa pensando en lo que hizo, masturbándose y llegando a la satisfacción, realizando en el día varios contactos sexuales con su esposa, pero predomina la satisfacción visual. La pone en posiciones muy variadas para mirar y obtener el placer, en ocasiones la agrede físicamente golpeándola para que llore y grite y esto lo hace sentir más realizado, le gusta lo erótico, mira a través de los huecos, cualquier cuerpo de mujer incluyendo a su familia; llega a eyacular de ver a una mujer que le sea atractiva. Las prendas de mujer, bloomer, ajustadores, zapatos de tacones los obtiene a cualquier precio para satisfacerse.

Los animales (yeguas y chivas), también han formado parte de satisfacción. Le atrae ver a los hombre desnudos, observarle los glúteos y la musculatura.

Se considera inferior a los demás porque no es atractivo, por eso se esfuerza en mantener impecable su presencia. Comenzó así a los 15 años.

Desde pequeño maltrataba a los animalitos, los descuartizaba, reñía con los demás niños en el aula , se ausentaba de la escuela, se fugaba cuando estaba becado, no participaba en las labores agrícolas, faltaba el respeto a los maestros, no atendía a clases por lo que abandonó la beca en el preuniversitario, por miedo a ser sorprendido mirando muchachitas, andaba solo, no integraba el grupo, callado se golpeaba a sí mismo o a la pared para no agredir a su madre, pero lo hace a su hermana. Por tiempo odia a las mujeres, aunque después vuelve a quererlas.

Fue maltratado cuando niño por el padre que también maltrataba físicamente a la madre.

Todo lo hace callado porque no quiere que su problema se conozca. Se siente mal, angustiado, porque no quiere ser así; pero no puede librarse.

Examen físico: Negativo

Examen psiquiátrico: Paciente que acude a la consulta vistiendo ropa institucional, limpio, porte y aspecto impecable, se sienta de frente al médico, coopera a la entrevista con lenguaje coherente, ansioso, sudoroso.

Pensamiento: Solo piensa en el sexo, esto lo distrae de las demás actividades. Idea fija.

Afectividad: Ansiedad, irritabilidad, angustia.

Conativa: Intranquilidad, retraimiento

Neurovegetativo: Sudoración de las manos, cefalea, salto epigastrio.

Sexuales: Voyeurismo, froteurismo, bestialismo, fetichismo, masturbación, hipererotismo, sadismo.

Sueño: Insomnio predormicional, pesadillas.

Examen psicométrico: HTP, Rotter, Zung, EPI, 16PF.

Paciente que coopera con el estudio realizado con adecuada comprensión de las tareas dadas y ritmo de trabajo normal. El estudio arrojó ansiedad elevada, insomnio, miedo a la muerte, opresión precordial, tristeza, sentimientos de odio y minusvalía, inseguridad, no aceptación de sí mismo, conflictos en la esfera sexual, timidez, necesidad de afecto, agresividad y ansiedad.

Depresión moderada. Su perfil personalógico lo describe como introvertido, inestable emocionalmente, irascible, pesimista, reservado, poco sociable y temeroso, con manifestaciones hipocondríacas, esquivo, dependiente, agresivo y tendiente al mal humor.

Rx Cráneo: Normal

E.E.G (convencional): Actividad lenta región frontal

T.A.C (cráneo): Normal

Resumen sindrómico: Síndrome ansioso

Síndrome psicopático

Diagnóstico nosológico: Trastorno de la inclinación sexual

DISCUSIÓN

En el glosario Cubano GC-2 se clasifican las parafilias como entidades independientes ⁶ y no incluyen una entidad para abarcar la incidencia de varios trastornos como aparece en la CIE-10.

En este paciente coinciden varias parafilias o trastornos de la inclinación sexual, pero ninguno de ellos predomina, presentándose en nuestro paciente la combinación de voyeurismo, froteurismo, fetichismo, sadismo asociado a un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite en el que se

incluyen las alteraciones de las preferencias sexuales, la imagen de sí mismo, los objetivos, preferencias internas e inestabilidad emocional con crisis emocionales.

El fetichismo y la hipersexualidad han sido descritos asociados a daños cerebrales, lesiones en lóbulos frontotemporal y ha sido reportado en pacientes con esclerosis múltiple.⁷ Cambios en la preferencia sexual hipersexualidad y desinhibición sexual han sido asociados a lesiones en región medial y frontobasal del diencefalo, así como del sistema límbico según las observaciones de Miller y Cols.⁸

Langevin R y colaboradores en un estudio realizado hablaron de la incidencia de los factores psicológicos que determinan la conducta sexual bizarra como maltrato físico del niño por parte del padre, abuso sexual al niño, violencia familiar, madre maltratada por el esposo en presencia del niño, abuso de sustancias, drogadicción.⁹

En nuestro paciente no se demostraron alteraciones orgánicas que pudieran asociarse al trastorno que presenta el paciente, por lo que sugerimos realizar otros estudios como tomografía por emisión de positrones, flujo sanguíneo cerebral para descartar disfuncionamiento frontal. Pero sí encontramos factores psicológicos como maltrato físico del paciente cuando niño por el padre y maltrato a la madre, o sea, violencia familiar, que tuvo su influencia en la conducta posterior del paciente, como se reporta en algunos estudios de la literatura revisada.

Estos trastornos son más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Las personas que sufren estos trastornos se ven continuamente interferidas en sus actividades y responsabilidades por la idea de alcanzar la satisfacción sexual.

Al considerar el tratamiento utilizado psicoterapia individual y de pareja, terapia conductual, ansiolíticos, acupuntura ansiolítica, el resultado no ha sido alentador y se requieren años quizás.

También utilizamos el acetato de medroxiprogesterona como aparece en la literatura¹⁰ sin mucho éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Willian H. Masters, Virginia E, Jhonson R, Kolodny C. La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987.P. 488-90.
2. Robert C, Kolodny W H. Masters, Virginia E, Jhonson R. Tratado de medicina sexual La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985.P. 441-43.
3. Siegfried Schnabl. El hombre y la muje en la intimidad. Editorial Científico-Técnica, 1992; 272-75.
4. CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico Ginebra: O.M.S; 1992.P. 269-72.

5. Diagnostic and statical manual of mental disorders 4 ed. DMS-IV. American psychiatriac association. 1994.P. 527.
6. Diagnóstico y clasificación de las enfermedades psiquiátricas. Glosario Cubano GC-2. 1983.P. 91-4.
7. Huws R. Shubsachs AP, Taylor PJ. Hipersexuality, Fetishism and múltiple esclerosis Br.J. Psychiatry 1991; 158: 280-81.
8. Miller BI, Cummings JL, McIntyre H, Ebers G, Grode M. Hipersexuality or altered sexual preference following braing injury. J. Neurol Neurosurg Psichiatry 1986; 49 (8): 867-73.
9. Langeving R, Barn J, Wortzman G, Hucker S, Dickey R, Wrigth P. Sexual sadism: brain, blood and behavior. Ann Ny accad SCI 1988; 528: 163-71.
10. Berlín FS, Meinecke CF. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication, conceptualization, review of treatment modalities and preliminary findings. Am.J. Psychiatry 1981; 138(5): 601-607.

Dra. Liuba Y. Peña Galbán. Especialista I Grado en Psiquiatría. Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.