

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 13 No.3 - 2016

Trastorno parafilico: características clínicas de pacientes masculinos atendidos por Sexología Clínica

Paraphilic Disorder: Clinical Characteristics of Male Patients Served by Clinical Sexology

MSc. Elvia de Dios Blanco

Doctora en Medicina. Profesora auxiliar. Máster en Sexualidad y Salud Mental Comunitaria. Especialista principal del Programa Cubano de Salud Sexual. Centro Nacional de Educación Sexual. La Habana, Cuba

RESUMEN

Introducción: Los trastornos parafilicos han sido poco estudiadas en Cuba por lo que se decidió realizar la presente investigación.

Objetivo: identificar las características clínicas de pacientes con trastorno parafilico que solicitaron atención a dos servicios de Sexología Clínica de La Habana.

Métodos: Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal aplicando el método clínico, el universo estuvo constituido por 30 pacientes masculinos mayores de 18 años que solicitaron atención voluntaria a los servicios de Sexología Clínica del Centro Comunitario de Salud Mental de La Habana Vieja y el Centro Nacional de Educación Sexual en el periodo 2009-2015, en seguimiento sistemático durante seis meses. Los resultados se expresaron en por ciento.

Resultados: 50% de los casos acudió a pedir ayuda por presión externa. El 8% tuvo antecedentes patológicos familiares de parafilias. Los principales tipos de parafilias diagnosticadas fueron: froteurismo 53.33%, exhibicionismo 43.33% y voyeurismo 36.67%. En las comorbilidades del eje I, prevaleció la dependencia al alcohol, a otras drogas y a otras sustancias (23.53%); para el eje II sólo se diagnosticaron trastornos de personalidad (33.33%), con un predominio del trastorno antisocial (50%).

Conclusiones: Dentro de las características clínicas predominó el pedido de ayuda por presión externa. Los antecedentes patológicos familiares de parafilias y enfermedades neuropsicosexuales de posible relación etiológica con éstas. El principal tipo de trastorno parafilico fue el froteurismo, seguido del exhibicionismo y el voyeurismo. En las comorbilidades del eje I, prevaleció la dependencia a drogas; para el eje II sólo se diagnosticaron trastornos de personalidad fundamentalmente el antisocial.

Palabras clave: trastornos parafilicos, características clínicas y comorbilidad.

ABSTRACT

Introduction: The paraphilic disorders have been little studied in Cuba and it was decided to carry out the present investigation.

Objective: To identify the clinical characteristics of patients with paraphilic disorder who requested attention to two services of Clinical Sexology of Havana.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was carried out applying the clinical method. The universe consisted of 30 male patients over 18 years of age who requested voluntary care from the Clinical Sexology services of the Community Center of Mental Health of Old Havana and the National Center for Sexual Education in the period 2009-2015, in systematic follow-up for six months. The results were expressed in percent.

Results: 50% of the cases went to ask for help by external pressure. 8% had a family history of paraphilias. The main types of paraphilias diagnosed were: 53.33%, exhibitionism 43.33%, and voyeurism 36.67%. Dependence on alcohol, other drugs and other substances (23.53%) prevailed in axis I comorbidities; For axis II only personality disorders (33.33%) were diagnosed, with a predominance of antisocial disorder (50%).

Conclusions: Within the clinical characteristics, the request for external pressure aid predominated. The familiar pathological antecedents of paraphilias and neuropsychosexual diseases of possible etiological relation with them. The main type of paraphilic disorder was fouling, followed by exhibitionism and voyeurism. Drug dependence prevailed in axis I comorbidities; For axis II only personality disorders were diagnosed fundamentally the antisocial.

Keywords: paraphilic disorders, clinical features and comorbidity.

INTRODUCCIÓN

Parafilias es el término utilizado para designar algunas formas de satisfacción sexual apartadas de las tradicionales, integradas al dominio de la Psiquiatría por Krafft-Ebingen su obra *Psicopatía Sexualis* bajo la denominación de perversiones sexuales¹. Es Wilhelm Stekel, el creador del término parafilia, publicado en su libro *El Fetichismo*² parafilias es un término neutro que viene a humanizar la situación de estos enfermos dentro de las ciencias médicas, pues las designaciones de perversos, aberrados, son estigmatizadoras.

Al revisar los conceptos normados en los sistemas de clasificación, tenemos que en las pautas para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento, de la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión (CIE10)³ no se define, y en el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3)⁴ se plantea: existe una parafilia cuando en condiciones habituales, una persona es sustituida por una parte de ella (u objeto que la simbolice), por un objeto sexual inadecuado (cadáveres, animales, etc.) o un niño, o cuando, por las condiciones en que se realiza el acto sexual, la excitación está dada por (o necesidad de) prácticas que la gran mayoría de las personas en su entorno cultural encontrarían anormales, repugnantes, o al menos censurables.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición. Texto revisado. De la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM IV TR)⁵ ofrece como características diagnósticas: la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales, de tipo excitatorias, impulsos o comportamientos sexuales que por lo general engloban: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento o humillación a uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten y que se presentan durante un período de al menos seis meses (criterio A). El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías, provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio B).

Con la salida del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición. (DSM – 5) en la conceptualización de las parafilias existe un viraje al diferenciar las parafilias del trastorno parafilico. El trastorno parafilico debe cumplir el criterio B para el diagnóstico⁶⁻⁸: Sentimientos personales de distress por sus intereses, no meramente un distress resultante de la desaprobación social o tener un deseo sexual o conducta que cause a otras personas, distress emocional, daño o muerte; o un deseo sexual o conducta que involucre personas que no consientan o incapaces de tener consentimiento legal.

Las parafilias pueden ser consideradas intereses sexuales atípicos y no necesariamente un trastorno mental, una parafilia, sólo criterio A del diagnóstico, por sí misma no justifica o requiere de forma automática una intervención clínica.

El recuento del estado de las investigaciones sobre el tema arroja que antes del año 90 a nivel internacional se describen las características psicosociales y psicosexuales de los pacientes con las parafilias de más frecuente procesamiento legal: pedofilia, exhibicionismo y voyeurismo. Así describen a los afectados de pedofilia como hombres solitarios, con dificultad para establecer relaciones interpersonales, sentimientos de culpa, baja autoestima, gran religiosidad y pocos recursos para enfrentar el estrés⁹⁻¹⁰.

La etiología serotoninérgica de las parafilias y su relación con la impulsividad y el espectro obsesivo-compulsivo, determina en el presente, estudios de comorbilidad con trastornos del Eje I¹¹⁻¹³.

La utilidad de centrar las investigaciones de comorbilidad en los trastornos del eje I es por su implicación terapéutica¹².

En la actualidad continúan los estudios de corte descriptivo por ejemplo está publicado que todos los exhibicionistas no son inofensivos y algunos pueden llegar a la violación¹⁴, y se recoge el antecedente de abuso sexual en la infancia de hombres con parafilias¹⁵.

Sin embargo, en los estudios contemporáneos, existe una tendencia a las investigaciones de corte biológico, con modelos de animales en la búsqueda de las áreas corticales vinculadas a la desinhibición sexual¹⁶. Se plantea que las dos áreas corticales de mayor probabilidad de relación con las conductas sexuales violentas son la frontal y la temporal.¹⁷

¿Cuál es el estado de las investigaciones de las parafilias en Cuba?

La primera referencia obtenida data de 1976, una mesa redonda “El Problema Social del Exhibicionismo”¹⁸, efectuada y publicada por el Hospital Psiquiátrico de La Habana. Una tesis de terminación de residencia de prevalencia de parafilias en hombres bajo procesamiento legal, un estudio de dos casos de pedofilia¹⁹, un estudio de cuatro casos de parafilias múltiples²⁰; un capítulo en el libro Buenas Prácticas Sexológicas²¹ y una publicación que aborda la relación de las parafilias con las infecciones de transmisión sexual (ITS), la violencia conyugal y familiar²².

Por ser escasas las publicaciones y la mayoría corresponder a estudios de caso, se decidió efectuar la presente investigación con el objetivo de identificar algunas características clínicas del trastorno parafilico en pacientes atendidos en servicios de Sexología Clínica de La Habana.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal con diseño predominante cuantitativo y aplicación del método clínico.

El universo de trabajo, estuvo constituido por los 30 pacientes masculinos diagnosticados con la entidad nosológica de trastorno parafilico, que solicitaron atención voluntaria o fueron remitidos a los servicios de Sexología Clínica del Centro Comunitario de Salud Mental de La Habana Vieja y del Centro Nacional de Educación Sexual, durante el período 2009-2014.

Criterios de inclusión: seguimiento sistematizado por consulta externa de al menos seis meses, nacionalidad cubana, edad: mayor de 18 años, saber leer y escribir, no tener dificultades

invalidantes en la comunicación, conformidad con su participación en la investigación. La información se obtuvo de la historia clínica individual y una encuesta confeccionada por la autora y validada por criterio de expertos aplicada a cada paciente. La comorbilidad se estableció siguiendo los criterios del DSM- IV TR y se utilizó el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI) abreviado, como medio auxiliar para el diagnóstico clínico de los trastornos de personalidad.

Los datos se agruparon partiendo de la revisión bibliográfica y el análisis documental de la historia clínica y la autobiografía, en función de sistematizar el conocimiento obtenido, lo cual permitió una argumentación con base científica actualizada, al relacionarlo con los conocimientos reportados a nivel internacional.

Consideraciones éticas: previa explicación de las características e importancia de la investigación y sus propósitos, con la garantía al paciente y familiares de la confidencialidad de los datos personales,

El análisis estadístico consistió en el cálculo de porcentajes, de las variables cuantitativas seleccionadas de forma individual y asociadas. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos para facilitar el análisis y discusión de los datos.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes según motivo de consulta

Motivo	No	%
Voluntario (deseo de modificar conducta parafilica)	8	26.67
Presionado por la pareja	7	23.33
Presionado por la familia	5	16.67
Bajo procesamiento judicial	3	10.00
Por disfunción sexual	4	13.33
Por consumo de drogas	2	6.67
Por otro trastorno psiquiátrico	1	3.33
Total	30	100

La tabla 1 ilustra como muy poco pacientes pidieron ayuda por el deseo de modificar el comportamiento parafilico (8 para un 26.67%); el mayor por ciento acudió por presión externa: presionados por la pareja (23.33%), presionados por la familia (16.67) y bajo procesamiento judicial(10%), para un 50% en total.

Los que solicitaron atención por disfunción sexual, de alguna manera asistieron presionados por la pareja, las disfunciones sexuales como motivo de consulta fueron: eyaculación retardada para el caso de la escatología telefónica; deseo sexual hipoactivo para un paciente con trastorno por exhibicionismo y froteurismo; eyaculación precoz para un practicante de voyeurismo; y una disfunción eréctil, precedida por eyaculación precoz, el paciente comenzó el consumo de alcohol para retardarla y llegó al pedido de ayuda con una dependencia alcohólica y la disfunción eréctil secundaria al consumo de alcohol, este paciente exhibía un trastorno por froteurismo. El deseo sexual hipoactivo y la eyaculación retardada, fueron disfunciones situacionales para la actividad sexual vincular, los casos de eyaculación precoz fueron disfunciones primarias y generalizadas.

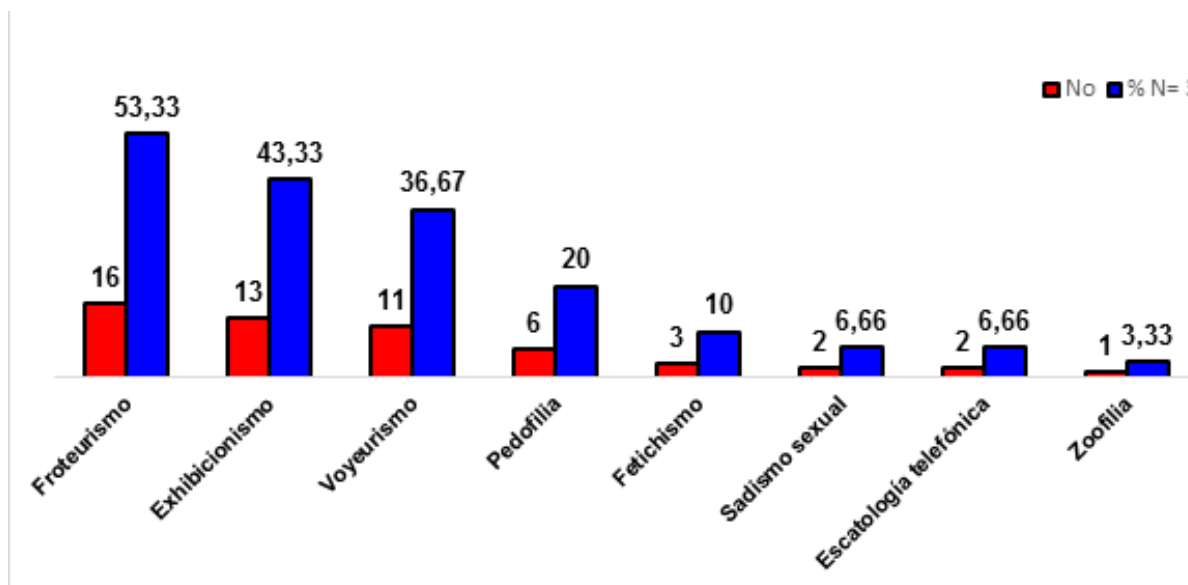
Tabla 2. Antecedentes patológicos familiares de trastornos neuropsicosexuales de pacientes con trastornos parafilicos atendidos

Antecedentes patológicos familiares	No	%
Conducta parafilica	6	20.00
Dependencia a drogas	4	13.33
Sociopatía	3	10.00
Depresión	3	10.00
Trastorno obsesivo – compulsivo	1	3.33
Ludopatía	1	3.33
Epilepsia	1	3.33
Violación incestuosa	1	3.33
Sub-Total	19	63.33
Sin antecedentes familiares	11	38.87
Totales	30	100

Predominaron los antecedentes patológicos familiares de trastornos psiquiátricos, 19 pacientes para un 63.33%, correspondió el mayor porcentaje a las conductas parafilicas (20%) y como se aprecia en la tabla se recogieron otros trastornos que podrían tener relación etiológica con el trastorno parafilico.

Tipos de trastornos parafilicos

Gráfico 1. Tipos de trastornos parafilicos diagnosticados en los pacientes atendidos en Sexología Clínica.



Como se aprecia en el gráfico se recogieron ocho tipos de parafilia diferentes para los 30 pacientes, los trastornos más frecuentes en orden decreciente fueron: froteurismo 53.33%, exhibicionismo 43.33% y voyeurismo 36.67%.

Comorbilidades

Tabla 3. Comorbilidad con trastornos del eje I en pacientes con trastornos parafilicos atendidos en Sexología Clínica.

	No	% n= 17
Trastornos del eje I	No	
Dependencia al alcohol, a otras drogas y a otras sustancias	5	29.42
Trastorno del estado de ánimo	4	23.53
Cambios de la personalidad debido a enfermedad médica	3	17.64
Fobia social	1	5.88
Trastorno explosivo intermitente	1	5.88
Narcolepsia	1	5.88
Eyaculación precoz	2	11.77
Total	17	100

Como ilustra la tabla 3 para los trastornos del eje I predominaron la dependencia al alcohol, a otras drogas (marihuana y cocaína) y otras sustancias (Parkisonil) para un 29.42%; seguido de los trastornos del estado de ánimo(23.53%), los diagnosticados fueron trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar I; en tercer lugar quedó el cambio de personalidad debido a enfermedad médica, en el DSM-5 movida al eje II, diagnóstico dado a los dos casos de epilepsia y al de la enfermedad de Nieman-Pick. El diagnóstico fue establecido por el DSM-IV-TR, sin embargo al revisar el DSM-5 que especifica cinco tipos para los cambios de personalidad debido a otra afección médica, le correspondería el tipo desinhibido que tiene como característica predominante un control insuficiente de los impulsos como se pone de manifiesto por las indiscreciones sexuales 27.

Tabla 4. Comorbilidad con trastornos del eje II en pacientes con trastornos parafilicos atendidos por Sexología Clínica.

	No	% n= 10
Trastornos del eje II	No	
Trastorno antisocial de la personalidad	5	50.00
Trastorno límite de personalidad	1	10.00
Trastorno paranoide de la personalidad	1	10,00
Trastorno por evitación de la personalidad	1	10,00
Trastorno dependiente de la personalidad	1	10,00
Trastorno no especificado de la personalidad	1	10.00
Total	10	100

Como se aprecia en la tabla 4, para el eje II sólo se diagnosticaron trastornos de personalidad - 10 pacientes para un 33.33%, con un predominio del trastorno antisocial de la personalidad representado por un 50%.

Con relación al MMPI, todos los casos con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad tenían muy elevada la escala de psicopatía. Lo interesante es que además de los anteriores, el 23.33 % de la muestra (7 pacientes) tenían elevada la escala de psicopatía, se constató desprecio por las normas morales y sociales, sin tener una conducta sociopática.

DISCUSIÓN

Motivo de consulta

Una cantidad mínima de pacientes acudió por el deseo de modificar la conducta parafilica, la mitad de los pacientes asistieron por presión externa (pareja, familia y proceso judicial).

Este comportamiento del pedido de ayuda por presión externa es recogido desde Masters y Johnson⁹ hasta el DSM-IV-TR 5 donde plantean: estos individuos rara vez acuden espontáneamente a los profesionales de la salud mental, cuando lo hacen es porque su comportamiento les ocasiona problemas con su pareja sexual o con la sociedad.

Los sentimientos de culpa y vergüenza por efectuar actividades sexuales inusuales fueron constatados en los casos que pidieron atención por el deseo de modificar la conducta y los presionados por la pareja.

La existencia de disfunciones sexuales como motivo de consulta en las parafilias, no han sido estudiadas con especificidad, aunque es admitida su presencia, en una publicación reciente al describir el fetichismo comentan: ... es común una disfunción sexual en ausencia del fetiche disparador²³.

Antecedentes patológicos familiares

Es útil para el entendimiento de la etiología el hallazgo del predominio de parafilias en la historia familiar y, más de la mitad de los pacientes tenían antecedentes de trastornos del espectro adictivo como la dependencia a drogas y la ludopatía, trastornos caracterizados por impulsividad como la sociopatía.

De la bibliografía estudiada la más ilustrativa es un estudio con la construcción de genogramas a cinco familias, donde predomina la historia familiar de pedofilia, sadismo sexual y un espectro de trastornos relacionados con las parafilias, por ej., en la familia tres, los miembros afectados del pedigrí manifiestan pedofilia homosexual con sadismo (cuatro individuos). Otra persona (cuarta generación) practica la prostitución; varios miembros de la tercera generación (cinco) sufren de sordera; recogen uno de la tercera generación y otro de la cuarta con epilepsia. De la segunda generación existen cuatro individuos sordos y mudos y una mujer con historia de múltiples parejas²⁴.

En la presente investigación, no se realizaron genogramas, sin embargo, existieron casos que la historia familiar reunía trastornos donde prima la impulsividad, adicciones y parafilias por ej, un joven que practicaba cinco tipos de parafilias; el padre tenía un trastorno antisocial de la personalidad con dos sanciones de privación de libertad, dependencia alcohólica y conductas voyeuristas, en una ocasión coincidieron padre e hijo en un acto voyeurista; un tío paterno también con conductas sociopáticas y sanciones judiciales; a la vez se recogía el antecedente de haberse desarrollado en un medio familiar violento, donde lo golpeaban con frecuencia.

Este ejemplo ilustra lo difícil de separar los factores biológicos de los sociales y cómo en la etiología de los trastornos parafilicos y en la gravedad de su presentación podrían imbricarse no solo factores biológicos puros, sino también sociales, especialmente microsociales.

En la bibliografía revisada, existe otro reporte de la posible transmisión familiar de la pedofilia, comparan la historia familiar de hombres con parafilias no pedófilas y con pedofilia, informan para los pedófilos un 18.5% de historia familiar de pedofilia, en contraste con el 3% de historia de parafilias no pedófilas en el otro grupo²⁵.

Por lo recogido en la literatura internacional las evidencias de la transmisión familiar de la pedofilia son más fuertes que para el resto de las parafilias; sin embargo, para el trastorno de pedofilia de la muestra estudiada, sólo un paciente refirió antecedente de abuso sexual en la infancia por parte de una tía y podría colegirse, que la tía padeciera pedofilia; para el resto de los pacientes existió historia familiar de ludopatía, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo pero no pedofilia.

Algunos de los antecedentes familiares de parafilias estuvieron dados por: un padre con un tipo especial de voyeurismo, gustaba de observar a la esposa (madre del paciente) en actividad sexual con otro hombre a través de una rendija de la habitación. Dos froteuristas con un padre y tío que exhibían conductas froteuristas respectivamente; Debe señalarse que el antecedente de violación incestuosa (el tío del paciente, violó a la hija), correspondió a un practicante de voyeurismo y froteurismo.

Los resultados de ésta investigación sugieren que en algunos casos para la etiología del resto de las parafilias podría existir un posible componente familiar, se necesitan investigaciones que lo confirmen.

Tipos de trastornos parafilicos

Con relación al trastorno por froteurismo, tipo más frecuente diagnosticado, se aprecia que está soslayado, en el Manual de Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y problemas de salud. Décima revisión de la OMS 3 y en el glosario cubano 4 no la recogen dentro de las parafilias especificadas, la destinan a otros trastornos de la preferencia sexual; el DSM-IVR que sí la individualiza, la considera transitoria entre los 15 y 25 años de edad 5. Debe señalarse que es ratificado en el DSM-5 27.

En un estudio de caso de cuatro pacientes cubanos con parafilias los cuatro reportaron el froteurismo 20. Este resultado podría ser objeto de estudios posteriores, con muestras más amplias, de predominar esta parafilia podría asegurarse que se trata de una particularidad de nuestra cultura, por la obligatoriedad de la mayor parte de las personas a viajar en el transporte público y la gran aglomeración que los caracteriza, lo que podría condicionar la conducta en personas vulnerables.

El trastorno por exhibicionismo y voyeurismo en segundo y tercer lugar en frecuencia, coinciden con las más frecuentes recogidas por el DSM IV-TR de individuos bajo procesamiento judicial: el exhibicionismo, la pedofilia y el voyeurismo 5; en el caso de la presente investigación la pedofilia quedó en cuarto lugar, lo cual puede explicarse por ser pacientes que voluntariamente solicitaron atención terapéutica y la pedofilia tiene implícita un marcado estigma social.

Seto desde Canadá publica que las más comúnmente encontradas en escenarios forenses son la pedofilia, el exhibicionismo y el voyeurismo 26.

El exhibicionismo, segundo tipo más frecuente; según datos del DSM-5, es la más comúnmente reportada de todas las ofensas sexuales 27, al anteceder la palabra ofensa se infiere que la estadística procede del sistema judicial.

Comorbilidad del Eje I

La dependencia a drogas y los trastornos del estado de ánimo son habituales comorbilidades de las parafilias; el estudio de Kafka tienen similitud a los resultados expuestos, de una muestra de 120 hombres en seguimiento ambulatorio, 88 por parafilias y 30 por otras formas de impulsividad sexual, para ambos grupos las comorbilidades reportadas fueron: 71.7% con trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico y depresión mayor); trastornos por ansiedad 38.8% especialmente fobia social; en la muestra estudiada también se diagnosticó un caso de fobia social; trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (40,8%), especialmente abuso de alcohol (30%) y el abuso de cocaína fue estadísticamente significativo asociado a las parafilias 28.

Marshall, Dunseith y colaboradores citados por Thibaut reportan comorbilidad con trastornos afectivos (3-95%), trastornos por uso de sustancias (8-85%), trastornos de ansiedad (3-64%), trastornos por déficit de atención e hiperactividad (36%) y menos frecuentemente esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (1-16%) 29.

El único trastorno psicótico diagnosticado fue el trastorno bipolar I. Se plantea que las parafilias pueden ser secundarias a trastornos maníacos 29; en este aspecto hay que ser cuidadoso porque puede aparecer una conducta sexual inusual dentro del episodio maníaco y no ser un trastorno parafilico como entidad nosológica; en el paciente con trastorno bipolar de esta investigación, se consideró comorbilidad, por presentarse durante etapas de afecto eutímico, agregándole el antecedente familiar de un tío con froteurismo.

Un resultado particular es la narcolepsia de comorbilidad en un paciente de 21 años, que exhibía en su variedad de parafilias la escatología telefónica, el exhibicionismo y el voyeurismo, practicadas no al mismo tiempo sino escalonadamente. La particularidad del resultado es la no localización de reportes de narcolepsia en comorbilidad con los trastornos parafilicos.

Otro resultado interesante es la comorbilidad con eyaculación precoz primaria generalizada, ambos trastornos comparten etiológicamente el espectro serotoninérgico, los trastornos parafilicos desde evidencias empíricas y el componente familiar de la eyaculación precoz primaria por alteraciones serotoninérgicas fue establecida por Waldinger³⁰. Tampoco se han encontrado reportes en la literatura.

Comorbilidad del Eje II

Para el análisis y discusión de la comorbilidad del eje II tenemos que García y Thibaut consideran que los trastornos de personalidad más frecuentes en individuos con parafilias son el antisocial y el borderline³¹, lo cual coincide con el predominio del trastorno antisocial de la personalidad, además de un diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad en la presente investigación. Se obtuvo referencia de una mujer con asfixia autoerótica y comorbilidad de trastorno borderline de la personalidad³².

En una investigación de Psiquiatría Forense alemana, de 100 hombres diagnosticados con sadismo sexual informan que la comorbilidad más común fue el trastorno psicopático de la personalidad³³. El paciente con sadismo sexual de la muestra no clasificó como trastorno antisocial de la personalidad, a pesar de que en el MMPI se movió la escala de psicopatía sin alcanzar puntajes muy altos y mantener una disfunción laboral, no podría decirse que su comportamiento social fuese sociopático; no se recogió participación en negocios ilícitos, carece de antecedentes de delitos no sexuales, incluso ni dentro de la familia ha robado; es extraordinariamente impulsivo, lo que afecta la dinámica familiar.

Otro de los trastornos de personalidad diagnosticados, fue el por evitación; en la literatura revisada se obtuvo el reporte de trastorno por evitación de la personalidad, en un joven con autoginofilia, fantasías sadomasoquistas y otras comorbilidades³⁴.

La disociación entre resultados del MMPI y la conducta, podría ser explicable por la necesidad de los pacientes de realizar el comportamiento sexual parafilico, el cual para nuestra cultura es desaprobado por las normas morales de la sociedad.

Se concluye que dentro de las características clínicas predominó el pedido de ayuda por presión externa y los antecedentes patológicos familiares de parafilias y enfermedades neuropsicosexuales de posible relación etiológica con éstas. El principal tipo de trastorno parafilico fue el froteurismo, seguido del exhibicionismo y el voyeurismo. En las comorbilidades del eje I, prevaleció la dependencia a drogas; para el eje II sólo se diagnosticaron trastornos de personalidad fundamentalmente el antisocial.

Una recomendación es efectuar investigaciones similares dentro de centros penitenciarios y con muestras más amplias.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Mario León González, presidente del comité académico de la Maestría Salud Mental Comunitaria, sin su exigencia y apoyo, no se hubiese concluido esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krafft-Ebing. Psicopatía Sexual, presentado por el Dr. Albert Moll. Buenos Aires: Librería El Ateneo; 1955.
2. Stekel W. El Fetichismo. Desórdenes con relación al sexo. 1ra ed. Buenos Aires: Ediciones Imán; 1952.
3. Organización Mundial de la Salud. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE10). Madrid: Técnicas Gráficas Forma; 1992.
4. Otero Ojeda AA, Rabelo Pérez V, Echezabal Campos A, Calzadilla Fierro L, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, Acosta Nodal C. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (9C-3). Ciudad de La Habana: Editorial del Hospital Psiquiátrico de La Habana; 2001.

5. American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Textorevisado. Barcelona. Masson, S.A. 2000.
6. McManus AM, Hargreaves P, Rainbow L, Alison JL. Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. F1000Prime Reports [Internet]. 2013 [citado 20 nov 2014]; 5: [aprox.14 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3769077/>..
7. Zucker JK. DSM-5: Call for Commentaries on Gender Dysphoria, Sexual Dysfunctions, and Paraphilic Disorders. Arch Sex Behav. 2013; 42:669-74.
8. Federoff PJ, Di Gioacchino L, Murphy L. Problems with Paraphilias in the DSM-5. Curr Psychiatry Rep 2013; 15:363.
9. Masters HW, Johnson EV, Kolodny CR. La Sexualidad Humana. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1987.
10. Rubio Auriol E, Tellez Velasco CA. Las parafilias. En: CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana Tomo III. 1ra. Ed. México: Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa; 1994. p. 247-275.
11. Kafka MP. The monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders: an update. Ann NY Acad Sci. 2003 Jun; 1989: 86-94.
12. Kafka M, Axis I. Psychiatric Disorders, Paraphilic Sexual Offending and Implications for Pharmacological Treatment. Isr J Psychiatry Relat Sci [Internet]. 2012 [citado 22 Jul 2014]; 49(4) : [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23585462>.
13. Mehdizadeh-Zareanari A, Ghafarinezhad A, Soltani H. Fetishism Due to Methamphetamine (Glass) Abuse: A Case Report. AddictHealth [Internet]. 2013 [citado 30 jul 2014]; 5(1-2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905562>.
14. MR McNally, WJ Fremouw. Examining Risk of Escalation: A Critical Review of the Exhibitionistic Behavior Literature. Aggression and Violent Behavior [Internet]. 2014 [citado 29 Jul 2014] ; 19(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178914000718>.
15. Hulme PA, Middleton MR. Psychosocial and developmental characteristics of civilly committed sex offenders. Issues Ment Health Nurs. 2013 Mar; 34(3): 141-9.
16. Davis JF, Loos M, Di Sebastiano AR, Brown JL, Lehman MN, Coolen LM. Lesions of the medial prefrontal cortex cause maladaptive sexual behavior in male rats. Biol Psychiatry 2010; 67: 1199-1204.
17. Matthew FJ. Neuropsychology, neuroscience, volitional impairment and sexually violent predators: A review of the literature and the law and their application to civil commitment proceedings. Aggression and Violent Behavior [Internet]. 2014 [citado 10 Dic 2014] ; 17(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178911000899>.
18. Simonetti U, Mignagaray VR, Domínguez PM, Sandobal DM, Paredes IA, Hernández NA. El problema Social del Exibicionismo. La Habana: Editorial MINSAP; 1976.
19. Queraltá PD. Parafilias. Un estudio cualitativo de caso [Tesis]. Ciudad de La Habana: CENESEX; 1988.
20. Dios BE de. Parafilias: estudio de caso de cuatro pacientes [Tesis]. Ciudad de La Habana: CENESEX; 2005.
21. Dios BE de. Las Parafilias. En: García AC, Fragas VR, Alfonso RA, Arrue HI. Salud Sexual y Práctica Sexológica. La Habana: editorial Centro Nacional de Educación Sexual, 2008: 70-83.
22. Dios BE de. Control de las parafilias, su significado en la prevención de las ITS y la violencia [CD-ROM]. IV Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual; 2010.
23. Beech RA, Harkins L. DSM-IV paraphilia: Descriptions, demographics and treatment interventions. Aggression and Violent Behavior [Internet]. 2012 [citado 20 nov 2014]; 17: [aprox. 40 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0022510X11004485>.
24. Labelle A, Bourget D, Bradford JM, Alda M, Tessier P. Familial paraphilia: a pilot study with the construction of genograms. [Internet]. 2012 [citado 26 Dic 2014]; 2012: [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/692813/> .
25. Gaffaney GR, Lurie SF, Berlin FS. Is there familial transmission of pedophilia? J Nerv Ment Dis [Internet]. 1984 [citado 20 dic 2014]; 172(9): [aprox 3 p.]. Disponible en:

- http://www.bishopaccountability.org/reports/1985_12_09_Peterson_Guidelines/Hopkins_12_Gaffney_Lurie_Berlin_IsThere.pdf .
26. Seto MC, Kingston DA, Bourget D. Assessment of the paraphilias. *PsychiatrClin North Am* [Internet]. 2014 [citado 20 nov 2014] ;37(2): [aprox 1 p.]. Disponible en:
 27. <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0022510X11004485>.
 28. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
 29. Kafka MP. Axis I comorbidity study of males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex. Abuse* 2002 Oct; 14(4): 349-66.
 30. Thibaut F. Pharmacological treatment of paraphilias. *Isr J Psychiatry RelatSci* [Internet]. 2012 [citado 10 Dic 2014] ;49(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2013/03/09_-Pharmacological-treatment.pdf
 31. Puentes RY, Bécquer AC. Diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz. En: García AC, Fragas VR, Alfonso RA, Arrue HI. *Salud Sexual y Práctica Sexológica*. Ciudad de La Habana: editorial Centro Nacional de Educación Sexual, 2008: 70-83.
 32. García F, Thibaut F. Current Concepts in the Pharmacotherapy of Paraphilias. *Drug* [Internet]. 2011 [citado 22 Jul 2014]; 71 (6): [aprox.24p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=61216755&lang=es&site=ehost-live>.
 33. Roma P, Pazzelli F, Pompili M, Girardi P, Ferracuti S. Shibari: double hanging during consensual sexual asphyxia. *Arch Sex Behav*. 2013 Jul;42(5):895-900.
 34. Briken P, Bourget D, Dufour M. Sexual sadism in sexual offenders and sexually motivated homicide. *PsychiatrClin North Am* [Internet]. 2014 [citado 4 Oct 2014]; 37(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X14000185>.
 35. Hebbar S. Doing Psychiatry Right: A Case of Severe Avoidant Personality Disorder with Obsessive-compulsive Personality Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Intermittent Explosive Disorder and Sexual Paraphilias. *Indian J PsycholMed* [Internet]. 2014 [citado 20 nov 2014]; 36(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100425/> .
-

Recibido: 01 de febrero de 2016
Aceptado: 10 de diciembre de 2016

Elvia de Dios Blanco. Centro Nacional de Educación Sexual. La Habana; Cuba. Correo electrónico: ddios@infomed.sld.cu