



PATOLOGÍA DUAL: ALCOHOLISMO Y TRASTORNO PARAFÍLICO

Patricia Hervías Higuera, Alberto Garrandés Fernández, Laura Maroto Martín, Félix Poyo Calvo.

patriciahervias@ yahoo.es

Patología dual, alcoholismo, trastorno parafílico.

RESUMEN

La concurrencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS), como el alcohol, y otro trastorno psiquiátrico lo denominamos patología dual. A propósito de un caso de un varón de 45 años ingresado en una unidad de desintoxicación y deshabituación alcohólica, realizamos una revisión bibliográfica sobre la comorbilidad entre TUS y trastorno parafílico. En el reciente DSM-5 encontraremos tres capítulos distintos (disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafílicos) para describir el capítulo de trastornos sexuales y de la identidad sexual del antiguo DSM-IV-TR. Respecto a los trastornos parafílicos, actualmente se establece una clara distinción entre trastornos parafílicos y parafilias. Los trastornos parafílicos serían parafilias que causan malestar a la persona afectada o cuya satisfacción implica daño a terceros. El trastorno parafílico se da con mayor frecuencia en varones, con un inicio generalmente en la adolescencia. Sólo el masoquismo se da en un elevado número de mujeres. Existen varias hipótesis para explicar esta preponderancia masculina. La primera sería que el hombre tiene un mayor impulso sexual, un mayor componente agresivo, correlaciones entre niveles de testosterona y conductas sexuales agresivas con resultado contradictorios, mayor indefinición de la identidad sexual masculina y menor capacidad de discriminación sexual. Sin embargo, el trastorno por uso de sustancias comórbido dificulta generalmente el diagnóstico. En cuanto a la intervención terapéutica, el principal problema que presentan estos sujetos es la escasa motivación que tienen hacia el cambio, abordándose en la mayoría de los casos las adicciones desde una perspectiva multidisciplinaria.

PATOLOGÍA DUAL: ALCOHOLISMO Y TRASTORNO PARAFÍLICO

La "impulsividad sexual", el juego patológico, la adicción a sustancias, las compras patológicas, la adicción a Internet y las parafilias en general son patologías que han cobrado marcada importancia en los últimos tiempos.

Los autores Swartz y Brasted, describieron el concepto de "impulsividad sexual" como un sistema de creencias irracional centrado en una pobre imagen de uno mismo, baja autoestima, miedos anticipatorios, sentimientos de desesperanza, tristeza, culpa, vergüenza, así como dificultades maritales que conducen o exacerban las conductas sexuales adictivas.

PATOLOGÍA DUAL: ALCOHOLISMO Y TRASTORNO PARAFÍLICO

Coleman, desarrolló el concepto de "conducta sexual compulsiva" y señaló dos factores dinámicos:

1. Predisposición del individuo al uso compulsivo de sustancias o conductas como medio de aliviar el dolor emocional.
2. Conduce al individuo ya predispuesto a ciertos tipos de conductas sexuales como su modo preferido de aliviar el dolor y sufrimiento.

Se puede decir que en los casos de conducta sexual compulsiva existe una grave alteración de la intimidad y por lo general tiende a observarse en personas que han experimentado abuso, negligencia o rechazo.

A propósito de un caso de un varón de 45 años ingresado en una unidad de desintoxicación y deshabitación alcohólica, realizamos una revisión bibliográfica sobre la asociación entre trastorno parafílico y trastorno por uso de alcohol. En este caso, nos encontramos como el trastorno por uso de alcohol enmascaraba un trastorno parafílico de tipo sadismo sexual no diagnosticado hasta la fecha y enmarañado entre diversas hipótesis diagnósticas que lejos de clarificar lo presente, complicaba el abordaje terapéutico con las implicaciones legales que además supone.

En el reciente DSM-5 encontraremos tres capítulos distintos (disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafílicos) para describir el capítulo de trastornos sexuales y de la identidad sexual del antiguo DSM-IV-TR.

Centrándonos en los trastornos parafílicos, actualmente se establece una clara distinción entre trastornos parafílicos y parafilias. Según el DSM-5, las parafilias no son ipso facto trastornos mentales. Los trastornos parafílicos serían parafilias que causan malestar o deterioro al individuo o una parafilia cuya satisfacción implica daño a terceros.

Definiríamos trastorno parafílico como fantasías recurrentes e intensas de excitación sexual, pulsiones o comportamientos sexuales angustiosos o incapacitantes y que involucran objetos inanimados, niños o adultos sin consentimiento, o el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja con probabilidad de causar daño.

Podemos diferenciar dos grandes grupos en los trastornos parafílicos. El primer grupo hace referencia a las preferencias de actividad anómalas, dividiéndose en trastornos del cortejo cuando presentan componentes distorsionados del comportamiento humano en el cortejo (voyeurismo, exhibicionismo y frotteurismo) y trastornos algolágnicos cuando implican dolor y sufrimiento (masoquismo sexual y sadismo sexual). El segundo grupo hace referencia a preferencias de objetivo anómalas, en el que podemos diferenciar el orientado a personas como el trastorno de pedofilia y los orientados a otros campos como son el fetichismo y el travestismo.

En los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos parafílicos descritos, el criterio A especifica la naturaleza cualitativa de la parafilia y el criterio B especifica las consecuencias negativas de la parafilia. Para el diagnóstico de trastorno parafílico se requiere de ambos

PATOLOGÍA DUAL: ALCOHOLISMO Y TRASTORNO PARAFÍLICO

criterios. Sin embargo, si para una determinada parafilia, el individuo cumple el criterio A pero no el criterio B, puede decirse que tiene una parafilia, pero no un trastorno parafílico.

Respecto al trastorno de sadismo sexual, la prevalencia en población general se desconoce y se basa principalmente en el contexto forense, variando ampliamente desde un 2 a un 30%. Entre los agresores sexuales condenados civilmente en Estados Unidos, menos del 10% presenta sadismo sexual. Entre individuos que han cometido homicidios con motivación sexual, la tasa de sadismo sexual varía del 37 al 75%.

Es más frecuente en varones, con un inicio generalmente en la adolescencia. Según un estudio, la edad media del inicio del trastorno de sadismo sexual en un grupo de hombres había sido de 19.4 años. Dentro de los diferentes tipos, sólo el trastorno de masoquismo sexual se da en un mayor número de mujeres, comparado con el resto de trastornos parafílicos, pero mayormente también en varones.

Existen varias hipótesis para explicar esta preponderancia masculina. La primera sería que el hombre tiene un mayor impulso sexual, un mayor componente agresivo, correlaciones entre niveles de testosterona y conductas sexuales agresivas con resultado contradictorios, mayor indefinición de la identidad sexual masculina y menor capacidad de discriminación sexual.

Desde un enfoque neurofuncional, se infiere la existencia de alteraciones en la comunicación del lóbulo temporal-límbico y el lóbulo frontal. El lóbulo frontal, entre otras funciones, se encarga del funcionamiento ejecutivo, como la inhibición de respuestas, la planificación, y la modulación verbal del comportamiento. El lóbulo temporal también ha sido relacionado al vincularse con el desarrollo de hipersexualidad o conductas parafílicas. Una de las características clínicas vinculadas a la conducta sexual compulsiva es que se asemeja a estados de "fuga" o estados alterados de conciencia. Money y Lamarz refieren que tal vez exista una correlación entre las alteraciones de la actividad eléctrica en regiones corticales con el sistema límbico, las cuales quizá expliquen los síntomas propios de los estados de "fuga". Otra de las evidencias se refleja en el síndrome de Kluver-Bucy, en el cual, las lesiones temporales se manifiestan con incremento en las conductas sexuales de búsqueda y desinhibición.

Desde una perspectiva neuroquímica, se han estudiado los niveles de testosterona en pacientes que presentan un trastorno parafílico y aunque no hay datos concluyentes, lo que sí se ha reportado es la eficacia que tiene el tratamiento con antiandrógenos y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina para disminuir el deseo sexual.

Se ha propuesto una asociación entre el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y la conducta sexual compulsiva, en lo referente a los estados de hiperactivación amigdalina y desregulación autonómica. Teniendo en cuenta las aportaciones de Van der Kolk en cuanto a que los pacientes con TEPT tienen una pobre tolerancia a los estados de excitación/alertamiento, se ha propuesto entender la conducta sexual compulsiva como una respuesta inapropiada o exagerada a una amenaza percibida. En dicha respuesta participan

PATOLOGÍA DUAL: ALCOHOLISMO Y TRASTORNO PARAFÍLICO

noradrenalina, serotonina y dopamina, de manera que la participación de sistemas serotoninérgicos en la fisiopatología de la conducta sexual compulsiva se infiere a partir del efecto que tienen sobre la conducta sexual medicamentos como son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Así mismo, se ha determinado la participación de los opioides endógenos en distintas fases de la respuesta sexual y de la inducción de la sensación de calma tras un aumento en la producción neuronal de ellos, como sucede en los pacientes con TEPT. Se ha observado un incremento en la producción de endorfina, que, de manera paradójica, intenta modular la ansiedad asociada con la re-exposición. Sin embargo, cuando pasa este efecto ansiolítico aparecen los síntomas de supresión a opiáceos y se establece un ciclo en el que se observa un sustento biológico para la reexperimentación del trauma en busca de un estado posterior de calma transitoria. Dicho planteamiento cobra mayor sentido en los casos de pacientes que sufrían conducta sexual compulsiva y fueron tratados con fármacos que antagonizan el efecto de los opiáceos endógenos, como la naltrexona.

Según otros estudios, centrándonos en los factores biológicos que intervienen en los trastornos parafílicos, también se utilizan los test de tumescencia (miden la frecuencia, duración y amplitud de las erecciones) y pletismografía (registra el volumen del pulso peneano durante un estímulo sexual visual) y se ha determinado que personas con trastorno de pedofilia, comparados con un grupo control, muestran significativamente mayores respuestas peneanas ante estímulos sexualmente relevantes (que representan a niños).

Respecto al diagnóstico diferencial de dichos trastornos, será fundamental tener en cuenta que las patologías que podrían incluirse también podrían presentarse como diagnósticos comórbidos. Un ejemplo de ello serían el trastorno de personalidad antisocial, otros trastornos parafílicos y el trastorno por uso de sustancias. Sin embargo, también será importante tener en cuenta que la asociación de un trastorno por uso de sustancias dificulta generalmente el diagnóstico de otro trastorno psiquiátrico, por lo que se requiere la realización de una adecuada historia clínica.

En cuanto a la intervención terapéutica, el principal problema que presentan estos sujetos es la escasa motivación que tienen hacia el cambio, al considerar que no tienen ningún tipo de patología. Como mencionábamos anteriormente, desde un punto de vista psicofarmacológico, son frecuentemente utilizados los ISRS aunque con éxitos parciales. Así mismo, como parte fundamental de la intervención terapéutica, será llevar a cabo un abordaje similar al aplicado en otras adicciones desde un enfoque psicoterapéutico y una perspectiva multidisciplinar.

Pese a lo descrito, cabe mencionar la escasez de estudios sobre el tema en cuestión y la necesidad de continuar investigando, no solo por cuestiones clínicas sino también por las repercusiones legales que estos trastornos suponen.

PATOLOGÍA DUAL: ALCOHOLISMO Y TRASTORNO PARAFÍLICO

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
2. Arango de Montis, I (2008). Sexualidad humana. México: Manual Moderno.
3. Becerra-Garcia JA. Alteraciones biológicas y parafilias: Breve revisión de los hallazgos en pedofilia. C. Med. Psicosom 2011;98:31-6.
4. Coleman, E. Paraphilias and Related Disorders. En: Compulsive Sexual Behaviour. New York, The Haworth Press, N Y, June 1992.
5. Havelock E. (1906). Erotic Symbolism, The Mechanism of Detumescence, The Psychic State in Pregnancy. Vol. 5. Studies in the psychology of sex. F.A. Davis, C.O.
6. Money, J. (1977) Paraphilias. En Handbook of Sexology, Money y Musaph (eds.) Excerpta Médica. Amsterdam/NY.