



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Factores psicológicos asociados a conductas parafilicas

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Autores:

Sharon Doménica Sarmiento Gavilanes

Francisco Ariosto Trelles Urgiles.

Directora:

Amada Cesibel Ochoa Pineda PhD

Cuenca, Ecuador

2018

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor incondicional, su confianza y cariño. Por inculcarme principios y valores; y por hacer de mí una mujer fuerte, segura y perseverante.

A mis hermanos, por ser mis eternos mejores amigos, mis primeros maestros y mis “partners in crime”, por haberme apoyado y alentado a alcanzar cada meta en mi vida.

A mi abuelo, a quien amo y extraño, por ser mi ejemplo de amor infinito, de trabajo y dedicación.

Sharon Sarmiento Gavilanes

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre Lourdes que me cuida desde el cielo, a mi padre Ariosto por su esfuerzo, a mi hermana María José por sus consejos y ejemplo en la vida, a mi primo Juan José por compartir desde pequeños todo momento.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por bendecirme, por guiarme a lo largo de este camino y permitirme alcanzar uno de mis más grandes sueños.

A mis padres por confiar y creer en mí; por su apoyo y comprensión a lo largo de mi carrera universitaria.

A mi mejor amigo y compañero de aulas, Ariosto, con quien emprendí este viaje hace cinco años atrás y hoy finalmente vemos materializado el sueño de ser profesionales.

A la Universidad del Azuay, por ser mi segundo hogar, por permitirme crecer no solo a nivel profesional, sino personal. A los docentes de la carrera de Psicología Clínica, en especial a mi directora de tesis PhD. Cesibel Ochoa por ser mentora y guía a lo largo de este trabajo de investigación.

Al cuerpo clínico del Centro de Rehabilitación “La Gracia de Dios”, por haber accedido a participar en esta investigación.

A todas aquellas personas que de forma directa o indirecta participaron en la realización de nuestro estudio.

Sharon Sarmiento.

AGRADECIMIENTO

A mi padre por el sacrificio que ha hecho por darme una educación.

A mi mejor amiga Sharon que siempre ha estado ahí para brindarme su ayuda incondicionalmente.

A mis profesores como Mgt. Sebastián Herrera y Mgt. Fernanda Coello por su ayuda en los últimos años de carrera y especialmente a la PhD. Cesibel Ochoa por ser una guía en nuestro trabajo de investigación.

Al Sr. José Segarra director del Centro de Rehabilitación “La Gracia de Dios” por la apertura en su centro.

Ariosto Trelles.

RESUMEN

El presente estudio pretende identificar los factores psicológicos asociados a las conductas parafilicas en el Centro de Rehabilitación “La Gracia de Dios”, de la parroquia Tenguel (Guayaquil), se trabajó con seis pacientes mediante el empleo de un modelo de investigación cualitativo descriptivo. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman, el Inventario de Ansiedad Sexual de Janda y el Test de Apercepción Temática de Bellak. Se utilizó la historia clínica y la entrevista semi estructurada para identificar a los pacientes con conductas parafilicas. Los resultados del estudio de casos arrojaron que el consumo de sustancias sí afecta al desarrollo de las parafilias, más no se asocia con su etiología. Con estos hallazgos, se pretende dilucidar más información sobre este delicado tema.

Palabras clave: Conductas parafilicas, consumo de sustancias, estudio de caso, factores psicológicos, parafilias.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the psychological factors associated with paraphilic behavior in the Centro de Rehabilitación “La Gracia de Dios” of the Tenguel parish (Guayaquil). It was developed with six patients through the use of a qualitative and descriptive research model. The instruments used were the Sensation Seeking Scale of Zuckerman, Janda’s Sexual Anxiety Inventory and the Bellak’s Thematic Apperception Test. Clinical histories and semi-structured interviews were used to identify patients with paraphilic behaviors. The results of the case study showed that the consumption of substances does affect the development of paraphilias but it is not associated with its etiology. With these findings, it is intended to elucidate more information on this sensitive issue.

Keywords: Paraphilic behavior, substance use, case study, psychological factors, paraphilias.



A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized letters, likely representing the name Paúl Arpi.

Translated by

Ing. Paúl Arpi

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
ÍNDICE DE CONTENIDO	8
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I	15
FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A CONDUCTAS PARAFÍLICAS	15
1.1 Parafilias: etiología y conceptualización	15
1.2 Historia de las parafilias, categorización y clasificación	15
1.3 Diferencia entre fantasía y acto parafilico	18
1.4 Diagnóstico de un Trastorno Parafilico	18
1.5 Clasificación según el DSM 5 Y CIE-10	18
1.6 Trastorno parafilico no especificado	19
1.7 Teorías y Factores Psicológicos	20
1.7.1 Bases Psicoanalíticas	21
1.7.1.1 Mecanismo de defensas asociado a parafilias	21
1.7.2 Bases conductistas	23
1.7.3 Teoría cognitivo conductual	23
1.7.4 Teoría Sistémica	24
1.7.5 Teoría Psicofisiológica	25
1.7.6 Teoría Antropológica	25
1.7.7 Teoría Biológica	26
1.8 Prevalencia de las parafilias	26
1.9 Estudios relacionados por consumo de sustancias asociados a Conductas Parafilicas	27
1.10 Estudios relacionados de algunos factores psicológicos a conductas parafilicas	29
1.11 Tratamiento	30
1.11.1 Técnicas Conductistas	31
1.11.2 Técnica Cognitiva	32
1.11.3 Farmacología	32

1.12	Marco legal.....	33
1.13	Conclusiones.....	34
CAPÍTULO 2		35
MATERIALES Y MÉTODOS.....		35
2.1	Descripción de los objetivos de la investigación.....	35
2.2	Tipo de Investigación.....	35
2.3	Criterios de inclusión	35
2.4	Criterios de exclusión	36
2.5	Población.....	36
2.6	Procedimiento.....	37
2.7	Herramientas.....	37
2.7.1	Historia clínica.....	37
2.7.2	Entrevista.....	37
2.7.3	Test de Apercepción Temática (T.A.T)	38
2.7.4	Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman -V (SSS)	40
2.7.5	Inventario de Ansiedad Sexual.....	40
CAPÍTULO 3		41
RESULTADOS		41
Introducción		41
3.1	Caso René.....	41
3.1.1	Biografía.....	41
3.1.2	Genograma	42
3.1.3	Esferas Sexuales	42
3.1.4	Resultados	43
3.1.5	Diagnóstico.....	44
3.2	Caso Sergio.....	44
3.2.1	Biografía.....	44
3.2.2	Genograma	45
3.2.3	Esferas Sexuales	45
3.2.4	Resultados	46
3.2.5	Diagnóstico.....	47
3.3	Caso Jaime.....	47
3.3.1	Biografía.....	47
3.3.2	Genograma	48
3.3.3	Esferas Sexuales	48

3.3.4	Resultados	50
3.3.5	Diagnóstico.....	51
3.4	Caso José.....	51
3.4.1	Biografía.....	51
3.4.2	Genograma	52
3.4.3	Esferas Sexuales	52
3.4.4	Resultados	53
3.4.5	Diagnóstico.....	54
3.5	Caso Roberto	54
3.5.1	Biografía.....	54
3.5.2	Genograma	55
3.5.3	Esferas Sexuales	55
3.5.4	Resultados	56
3.5.5	Diagnóstico.....	57
3.6	Caso Pedro.....	57
3.6.1	Biografía.....	57
3.6.2	Genograma	58
3.6.3	Esferas Sexuales	59
3.6.4	Resultados	60
3.6.5	Diagnóstico.....	61
3.7	Resumen de resultados grupales.....	61
3.8	Esfera Sexual	67
3.8.1	Infancia.....	67
3.8.2	Adolescencia	68
3.8.3	Actual o Adultez	68
3.8.4	Vida sexual en consumo	70
CAPÍTULO 4		75
DISCUSIÓN.....		75
CONCLUSIONES		79
RECOMENDACIONES		80
BIBLIOGRAFÍA		82
ANEXOS.....		86

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Índice de Tablas

Tabla 1: Categorización de las parafilias en el DSM.....	17
Tabla 2: Clasificación de los trastornos parafílicos.....	19
Tabla 3: Clasificación de los trastornos parafílicos no especificados	20
Tabla 4: Datos sociodemográficos de los pacientes del grupo de estudio.	36
Tabla 5: Descripción del procedimiento de la investigación	37
Tabla 6: Descripción de las láminas del TAT utilizadas para evaluar a los pacientes. .	39
Tabla 7: Resultados generales del TAT por caso	64
Tabla 8: Escena primaria y abuso sexual en la infancia	67
Tabla 9: Conductas parafílicas en la adolescencia	68
Tabla 10: Fantasías parafílicas en la adultez	69
Tabla 11: Fantasías parafílicas llevadas al acto.....	69

Índice de Figuras

Figura 1: Nivel educativo de los participantes	61
Figura 2: Diagnóstico de consumo	62
Figura 3: Personalidad	62
Figura 4: Estructura familiar del grupo de estudio	63
Figura 5: Resultados grupales del Test de apercepción temática	65
Figura 6: Ansiedad Sexual del grupo de estudio	65
Figura 7: Escala de Búsqueda de Sensaciones del grupo de estudio	66
Figura 8: Conductas parafílicas en la infancia	67
Figura 9: Grado de satisfacción sexual en la adultez	68
Figura 10: Conductas parafílicas prevalentes.....	70
Figura 11: Vida sexual en consumo	70
Figura 12: Diagnóstico por paciente	71
Figura 13: Factores Psicológicos asociados a trastornos parafílicos	72
Figura 14: Parafilias en las diferentes etapas evolutivas	73
Figura 15: Mitos sobre la sexualidad	74

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en Ecuador, hablar de sexualidad es un tema tabú en todos los niveles sociales debido a que vivimos en una sociedad conservadora que no le da la importancia adecuada a la parte psicosexual de los seres humanos. Al manifestar una conducta parafílica se puede incidir en la aparición de un trastorno parafílico que pone en peligro la integridad de quien lo padece y de quienes lo rodean.

Considerando que la sexualidad es parte fundamental de la psicobiografía de los pacientes, es importante profundizar estos aspectos en cada uno de ellos. De no ser abordados de forma oportuna, se pueden desencadenar trastornos sexuales.

La presente investigación se orienta al estudio de las conductas parafílicas y los factores psicológicos asociados en los pacientes internos por consumo de alcohol y drogas en el Centro de rehabilitación “La Gracia de Dios” de la parroquia Tenguel de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo mayo a diciembre de 2018.

En esta investigación, el lector se familiarizará con el concepto de parafilia, factores psicológicos asociados y la diferencia entre fantasía parafílica, conducta parafílica y trastorno parafílico; para así comprender las conductas sexuales atípicas de los sujetos y las posibles causas de las mismas.

Como profesionales de la salud, se ha observado que las parafilias no son motivo de consulta como tal, debido a factores como la idiosincrasia, temor, vergüenza, culpa, etcétera; las mismas que se obtienen como resultado de una anamnesis completa. Esta es la razón por la cual estas patologías son subdiagnosticadas.

En el caso de la muestra de estudio, son pacientes que están internados por consumo de sustancias y manifiestan presentar fantasías y conductas parafílicas desde las diferentes etapas de vida.

Mediante la evaluación, la entrevista, la historia clínica y teniendo en consideración los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales edición 5* (APA, 2013) se puede identificar a los pacientes que presentan este

tipo de trastornos y de esta manera, brindar un tratamiento integral para el trastorno parafilico y por consumo de sustancias.

A pesar de la complejidad del tema de estudio, la experiencia adquirida en el trabajo en el centro de rehabilitación “La Gracia de Dios”, la confianza y la apertura de los pacientes, la relación terapéutica previamente establecida y la colaboración del cuerpo clínico, hizo posible identificar al grupo de estudio que presentaban conductas parafilicas para participar en la investigación; proporcionando información veraz y confidencial.

El objetivo general del estudio fue identificar los factores psicológicos asociados a conductas parafilicas en pacientes del centro de rehabilitación. Los objetivos específicos fueron identificar a los pacientes con conductas parafilicas del centro de rehabilitación, evaluar los factores psicológicos asociados que inciden en la presentación de conductas parafilicas a través de la historia clínica y determinar si existe relación entre las conductas parafilicas y el consumo de sustancias.

En el desarrollo del trabajo se describen los factores psicológicos asociados a las parafilias, los mismos se pueden evidenciar en los resultados de los instrumentos de evaluación aplicados. Se busca identificar los factores de consumo de sustancias relacionados a las parafilias, los mismos que serán analizados y descritos en el estudio de caso de seis pacientes del centro.

En el primer capítulo se presentan conceptos de parafilia, historia, las diferentes bases teóricas, clasificación, diagnostico según el DSM 5, los diferentes tipos de tratamiento y el marco legal, de acuerdo al Código Orgánico Integral Penal.

En el segundo capítulo, se explica la metodología de investigación así como los instrumentos de evaluación como el test de ansiedad sexual, el inventario búsqueda de sensaciones, y el test de apercepción temática, complementado con la técnica de entrevista semiestructurada que aborda factores psicológicos en las etapas de desarrollo y la esfera sexual.

En el tercer capítulo, se detalla la psicobiografía de cada paciente, genograma, las diferentes etapas del desarrollo, como infancia, adolescencia y adultez, relacionadas con la sexualidad respectivamente; así mismo, con la vida sexual en consumo y finalizando con los resultados de los reactivos por paciente, se exponen los resultados generales

mediante figuras y tablas de los factores psicológicos, los reactivos utilizados y las conductas parafílicas presentes en cada etapa de desarrollo de los pacientes.

En el cuarto capítulo, se presenta una discusión estableciendo la relación entre los resultados obtenidos de las herramientas de evaluación aplicadas a los pacientes que presentan parafilias (el test de ansiedad sexual, el inventario búsqueda de sensaciones, y el test de apercepción temática) con los factores psicológicos como la personalidad, autoestima, estructura familiar y el consumo de sustancias. Además se despliega las conclusiones generales en base de los objetivos planteados de la presente investigación, así como de los hallazgos evidenciados en el grupo de estudio. Finalmente se expone las recomendaciones pertinentes para una atención integral y adecuada en pacientes que presenten patologías duales.

CAPÍTULO I

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A CONDUCTAS PARAFÍLICAS

Introducción

En este capítulo se aborda la fundamentación teórica de las conductas parafílicas, partiendo de la historia, sus bases teóricas, el diagnóstico de un trastorno de esta esfera según el DSM 5 y el CIE-10. Además su relación con el consumo de sustancias y la influencia entre estas variables, con el fin de fundamentar el tema de investigación.

1.1 Parafilias: etiología y conceptualización

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) le atribuye el concepto de parafilia a un desvío de índole sexual. Se trata de una conducta íntima donde el placer se obtiene mediante una actividad diferente a la relación sexual en sí misma (Real Academia Española (RAE), 2001).

En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), el término parafilia se asocia con el DSM-5 los tipos de expresión sexual poco usuales. Literalmente significa “más allá del usual”. Este término indica que tales conductas no se basan en una relación de afecto ni amor, sino más bien son una expresión en la que la excitación o respuesta sexual depende de fantasías, actividades con objetos considerados raros, extraños e inclusive extravagantes. En concordancia con lo mencionado por el DSM-5 (APA, 2013).

La palabra parafilia viene del griego *pará*: al margen de y *filía*: amor. Es un patrón de comportamiento sexual en el que la fuente predominante de placer no se encuentra en la relación sexual, sino en alguna otra cosa o actividad que lo acompaña (Masters, Jhonson, & Kolodny, 1987).

1.2 Historia de las parafilias, categorización y clasificación

A lo largo de la historia, se ha descrito una gran variedad de conductas eróticas, las mismas que para el común de las personas resultan de difícil comprensión; eran llamadas degeneraciones, perversiones, etcétera; algunas de ellas estaban asociadas con conductas guiadas al erotismo, de la excitación sexual como la masturbación tan repulsiva o al menos no tan comprensible para las demás personas en la época (Rubio & Velasco Tellez, 1994).

A finales del siglo XIX, mucho antes que Freud y el psicoanálisis, los científicos de la época ya describían lo que hoy conocemos como conductas parafilicas. En ese entonces, lo llamaban anomalías del instinto, como una especie de “teratología instintiva¹” que emergía impulsivamente de una psíquica normal por los demás (Ey, Bernard, & Brisset, 1990). Por lo tanto, ya se consideraba a la sexualidad como una parte importante de la naturaleza del ser humano y a la vez patologizable.

En 1866 se publica un libro llamado *Psychopathia Sexualis* (Kraft-Ebing, 1928). En primera instancia no podía leerse por el público en general, estaba únicamente dirigido a jueces y médicos forenses. En este libro se describía los desvíos sexuales, en los cuales afirmaba que todo deseo sexual tenía que culminar en la procreación, y si no se llegaba a esta meta lo catalogaba como perversión. Fue el primero en clasificar las perversiones en cuatro grupos:

- a) Paradoxia o el deseo sexual experimentado en etapas de la vida equivocadas,
- b) Anesthesia significando escasez de deseo,
- c) Hyperesthesia que era el deseo excesivo,
- d) Paraesthesia o deseo sexual sobre un objeto equivocado (Kraft-Ebing, 1928).

Este libro ayudaría a Freud a llevar a cabo su propia clasificación de las parafilias, a las que llamó perversiones, que eran consecuencia de un desarrollo patológico de la sexualidad infantil. Estas eran conductas infantiles anacrónicamente fijadas. Estas se clasificaban en:

- a) Respecto al objeto sexual: es decir, el objeto estimulante de la que parte la atracción sexual, aquí tenemos la inversión y la pedofilia y
- b) Respecto al fin sexual: es decir, a la acción hacia la cual se dirige el impulso se encuentra en este grupo la zoofilia, masoquismo y sadismo sexual (Freud S. , 1973).

¹ Teratología instintiva: malformación congénita del instinto.

Posteriormente John Money propone un sistema parafilico donde clasifica a las parafilias en:

- a) Sacrificadoras que son la necesidad de “castigo por sentir placer”,
- b) Depredadoras descrita como el placer en la violencia,
- c) Mercantiles que son el placer en comportarse como el “malo”,
- d) Fetichista o incluir en la actividad sexual un fetiche,
- e) Selectiva donde se elige el objeto de placer y la
- f) Atractiva aquí se engloba el exhibicionismo, froterismo, voyerismo, escatología telefónica, etc. (Money, 1980)

En 1987, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association) eliminó el término «perversión» del DSM y de la terminología psiquiátrica mundial. De ahí en adelante se trata de parafilias.

Tabla 1: *Categorización de las parafilias en el DSM*

Año	DSM	Categorización
1952	DSM-I	“Trastorno sociopáticos de la personalidad-desviaciones sexuales”
1968	DSM-II	“Trastornos de personalidad” y algunos otros “Trastornos no psicóticos- desviaciones sexuales”
1980	DSM-III	“trastornos psicosexuales”
1987	DSM-III-R	Aparece “parafilia” como tal dentro de los trastornos sexuales
1994	DSM-IV	“Trastornos sexuales y de la identidad sexual”
2013	DSM-5	“Trastornos parafilicos”

Elaboración propia basado en la categorización de las parafilias en el DSM (Abel, 1989) (DSM-IV, 1994) (APA, 2013).

Para el 2013 surgirían varios cambios. En nuestra época nos regimos al actual manual donde se describe lo que es una parafilia y un trastorno parafilico. El término parafilia denota cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias previas dentro de relaciones consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales. Existen parafilias específicas que se definen mejor generalmente como intereses sexuales preferentes en lugar de

intensos. En cambio, un trastorno parafílico es una parafilia que causa malestar o deterioro en el individuo o una conducta sexual atípica cuya satisfacción conlleva un perjuicio personal o riesgo de daño a terceros (APA, 2013).

1.3 Diferencia entre fantasía y acto parafílico

La diferencia entre fantasía y el acto está en que la fantasía es componente de la parafilia y esta fantasía es inflexible, pues es el proceso previo para desencadenar esta conducta. Es decir, la fantasía es un requisito indispensable en una parafilia, pues existe una vinculación entre estos dos componentes y puede existir un desbalance entre la fantasía y el acto, lo que significa individuos más fantasiosos que conductuales y viceversa. Por tanto, la fantasía puede sustituir al acto en una parafilia (Rubio & Velasco Tellez, 1994).

1.4 Diagnóstico de un Trastorno Parafílico

En la actualidad, los profesionales de la salud mental cuentan con el DSM-5 como pauta para identificar los trastornos mentales y diagnosticar un trastorno parafílico. Hay que tener en cuenta que si bien la parafilia es una condición necesaria, no es suficiente para tener un trastorno, así mismo, esta por sí misma no justifica o requiere necesariamente la intervención clínica en la mayoría de casos postulados que se mantienen en debate en la actualidad. Así, tenemos dos criterios de diagnóstico: el Criterio A especifica la naturaleza cualitativa de la parafilia (p. ej., la atención erótica centrada en los niños o en mostrar los genitales a desconocidos) y el Criterio B especifica las consecuencias negativas de la parafilia (el malestar, deterioro o daño a terceros). De acuerdo con la distinción entre parafilias y trastornos parafílicos, el término diagnóstico debería reservarse para las personas que cumplen ambos criterios, A y B (APA, 2013).

1.5 Clasificación según el DSM 5 Y CIE-10

Desde el 2013 el DSM-5, ha clasificado a las parafilias dentro de la categoría de trastornos sexuales, con el nombre de Trastornos Parafílicos. Los trastornos parafílicos que se describen en el DSM-5 son el trastorno por voyeurismo, por exhibicionismo, por froteurismo, por masoquismo, por sadismo, por paidofilia, por fetichismo, por travestismo, otros trastornos parafílicos especificados y no especificados (zoofilia, necrofilia, asfixiofilia entre otras). Todos estos tienen algo en común: al menos 6 meses

de duración y que los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2013).

Por otra parte el CIE-10 tiene la misma clasificación, con la única diferencia de que estos trastornos no se encuentra en la parte de trastornos sexuales sino que están dentro de trastornos de impulsos (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992).

Tabla 2: *Clasificación de los trastornos parafílicos.*

Trastorno parafílico	Descripción
Exhibicionismo	Exposición de los propios genitales a una persona extraña.
Fetichismo	El uso de objetos no animados para lograr la excitación sexual.
Frotteurismo	El contacto y el roce con una persona en contra de su voluntad.
Masoquismo Sexual	Someterse voluntariamente a humillación y abuso sexual.
Pedofilia	Participación en actividades sexuales con niños prepúberes.
Sadismo Sexual	Perpetrar actos sexuales abusivos o humillantes para otra persona.
Travestismo	Vestirse con ropas del otro sexo
Voyeurismo	Observar ocultamente a personas en actividades íntimas.

Elaboración propia basado en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (APA, 2013).

1.6 Trastorno parafílico no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos parafílicos. La categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno parafílico específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (APA, 2013).

Tabla 3: *Clasificación de los trastornos parafilicos no especificados*

Trastorno parafilico	Descripción
Acrotomofilia	Excitación sexual al ver un miembro amputado.
Andromimetofilia	Mujer que se excita por imitar a un hombre.
Apotemnofilia	Excitación por sufrir la amputación de miembros del cuerpo.
Autasasinofilia	Excitación por ser expuesto a peligros mortales.
Biafiliia	Excitación por la idea de ser violado.
Clismafilia	Excitación sexual por recibir enemas.
Coprofilia	Excitación por ser ensuciado con heces humanas.
Coprofagia	Excitación por ingerir heces humanas.
Formicofilia	Excitación por tener insectos en contacto con los genitales.
Ginemimetofilia	Excitación por ver a un hombre imitar a una mujer.
Hibristofilia	Excitación por tener relaciones sexuales con un criminal.
Hipoxfilia	Excitación sexual por estrangulamiento
Misofilia	Excitación por suciedad (tierra, polvo, lodo, etc.).
Mixofilia	Excitación por ver a uno mismo o a su compañero en coito.
Morfofilia	Excitación por un tipo de cuerpo (enano, obeso, bajo, etc.).
Necrofilia	Interés en mantener relaciones sexuales con cadáveres.
Olfactofilia	Excitación por olores corporales (secreciones vaginales, etc.).
Somnofilia	Interés en mantener relaciones sexuales con personas inconscientes.
Stigmatofilia	Excitación por tatuajes.
Telefonicofilia	Excitación por conversaciones indecentes por teléfono.
Urofilia	Excitación por orinar sobre otra persona, o viceversa.
Zoofilia	Mantener relaciones sexuales con animales.

Elaboración basada del artículo *Las parafilias* de Muse (Muse, Las parafilias, 2000)

1.7 Teorías y Factores Psicológicos

El cambio de término de perversión a parafilia fue de gran importancia ya que dejaba de ser peyorativo y se volvía importante, para así estudiarlo de una forma más científica. Diferentes propuestas se han definido tratando de explicar su génesis desde diversas perspectivas. Así mismo, el comportamiento de una persona es determinada por el conjunto de muchos factores psicológicos internos de cada individuo, cada uno tenemos una manera de percibir el mundo diferente de individuo a individuo. Por lo tanto,

en nuestra investigación analizamos estos factores de los pacientes a través de las historias clínicas y corroborando con los reactivos psicológicos aplicados en el presente estudio.

1.7.1 Bases Psicoanalíticas

Freud en su obra *Three Essays on the Theory of Sexuality*; señalaba que la libido está presente desde el nacimiento en forma desordenada. La libido se caracteriza por la satisfacción de las fuentes auto eróticas no genitales como: el mamar, comer, defecar, embarrarse y posteriormente mirar y exhibirse. Cada uno de estos actos constituye un "instinto parcial", los cuales se van integrando en forma gradual hasta llegar al dominio genital en el adulto.

Los instintos parciales, según Freud, no desaparecen del todo y muchos de ellos permanecen bajo las formas del beso, juego erótico y el exhibicionismo, a menudo empleado como juegos previos al coito. Si estos instintos parciales tienen fijaciones en la etapa pregenital, permanecerán como fuente dominante de gozo sexual en el adulto. Las tendencias para las parafilias existen en cada persona en forma latente y las causas por medio de las cuales se transforman en actos francos son dudosas (Freud S. , 1973).

La escuela psicoanalítica ha discutido mucho sobre el origen de las parafilias una exponente fue Melanie Klein que consideraba que los medios de defensa van dirigidos contra una angustia primitiva y no como una regresión a un nivel antiguo de conductas y deseos (Ey, Bernard, & Brisset, 1990).

Otra teoría psicoanalítica sobre el objeto transicional afirmaba que influía sobre la génesis de la parafilia. La tenencia de un objeto transicional es normal en casi todos los individuos durante su niñez, pero en algunos casos se torna a lo sexual. En todo caso la teoría del psicoanálisis considera que cualquier trauma infantil puede producir una huella en el inconsciente que posteriormente se traduciría en una práctica neurótica o a la vez perversa que es entendida como la proyección de la libido (Winnicott, 1999).

1.7.1.1 Mecanismo de defensas asociado a parafilias

Los mecanismos de defensa fueron expuestos por Anna Freud (1961) para describir las luchas del yo contra pensamientos y recuerdos dolorosos e insoportables, así como deseos sexuales. Entonces se toma el concepto de defensa y sostiene la indudable ventaja de emplearlo de nuevo como, designación general de todos los mecanismos de defensa del yo y los conflictos que pueden condenar más adelante en trastornos mentales

(Freud & Carcamo, 1961). Por lo tanto, esto brinda directrices de orientación en la presente investigación, para así identificar qué mecanismos de defensa son más utilizados por los pacientes parafílicos para protegerse de estas fantasías o actos atípicos sexuales.

Existen muchas clasificaciones de los mecanismos de defensa, aquí expondremos los mecanismos más importantes del libro de diagnóstico psicoanalítico de McWilliams (2011) que son:

a) Proyección._ Es el proceso por medio del cual lo que está dentro se traslada a fuera y, en sus formas más acusadas, el paciente puede distorsionar su percepción y acusar a los demás de sus propias conductas parafílicas.

b) Escisión._ Consiste en la tendencia de separar el mundo y las personas en buenos y malos; es una manera eficaz de resolver la amenaza y confusión de situaciones pero siempre implica una distorsión de la realidad. Un paciente parafílico que escinde no se interpretara que una fantasía parafílica sea anormal.

c) Represión._ Es olvidar o hacer caso omiso de algo que le cause vergüenza culpa o dolor voluntariamente después de haberla traído a la conciencia. Un paciente parafílico va hacer caso omiso de una fantasía sexual atípica por la vergüenza que le trae al momento de hacerla consciente.

d) Regresión._ Es el proceso inconsciente por el cual el sujeto volverá a etapas anteriores, para evitar el conflicto o el esfuerzo creado por el cambio. Es un mecanismo también utilizado por pacientes parafílicos pues asocian etapas sexuales anteriores al presente y así fluctúa.

e) Aislamiento._ Consiste en la separación de los afectos de los pensamientos, en pacientes parafílicos lo utilizan para separar la carga emocional de una fantasía sexual de tal modo que no les pueda perturbar.

f) Racionalización._ Consiste en encontrar razones para justificar una acción que le llevaba a un conflicto. Este mecanismo puede ser utilizado en un paciente parafílico por ejemplo la zoofilia o la pedofilia justificarla como en otras regiones o culturas lo tienen permitido.

g) Anulación._ Consiste en el esfuerzo inconsciente de remediar alguna emoción ya sea de culpa o vergüenza con una conducta que suprimirá dicha emoción. Para un paciente parafílico que le genere vergüenza o culpa alguna fantasía sexual su conducta será la más moral y pudorosa.

h) Evitación._ Es el mecanismo donde el individuo trata de evitar ciertos pensamientos y trata de evadirlos. Este mecanismo es común en pacientes que se incomodan con fantasías parafilicas y tratan de evadirlas.

i) Formación reactiva._ Consiste en transformar una emoción o un impulso en lo contrario. En pacientes parafilicos la emoción de pasión a frialdad lo utilizaran para diferenciar entre pensar y hacer y así protegerse de lo que podría sentirse como algo peligrosamente incontrolable.

j) Sublimación._ Consiste en encontrar una satisfacción derivada y adaptativa de aquellos impulsos que no pueden ser expresados directamente por las prohibiciones sociales. Este mecanismo utilizará un paciente parafilico para ejecutar su fantasía en algo más apropiado, es decir, una práctica sexual más aceptable y así descargar su excitación.

(McWilliams, 2011)

1.7.2 Bases conductistas

Para algunos conductistas las parafilias son producto del condicionamiento clásico, cuando una persona está expuesta a una práctica sexual específica asociándola a un objeto, sujeto, circunstancia de forma tal que la gratificación sexual se asocia a este condicionamiento. Es decir, de forma similar a como Pavlov logra que un perro asocie el sonido de una campana con alimento y esto hace que el perro salive, un sujeto parafilico está condicionado para creer que un látigo en la espalda produce placer sexual (Rubio & Velasco Tellez, 1994).

Carnes (1991) y Goodman (1993) sugieren que las Parafilias se han visto más como una forma de adicción por tener el patrón similar de características en común como estar controlada por reforzadores positivos en su inicio, continuar controlada por reforzadores negativos al final, implica una cierta pérdida de control para el individuo, suele acarrear una importante degradación social del mismo, se produce un cierto grado de tolerancia como aumentar la intensidad, la frecuencia o secuencia de su parafilia y el rasgo central de ambos trastornos sería la dependencia.

1.7.3 Teoría cognitivo conductual

La percepción en términos generales es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios

en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (Allport & Floyd, 1974).

En conductas parafilicas también es importante determinar la percepción para analizar sus pensamientos o sus creencias, si le preocupa o incomoda internamente, su respuesta cognitiva, fisiológica y conductual. Para visualizar mejor estos fenómenos, expondremos el siguiente ejemplo de las conductas parafilicas propuesta por Jiménez (2012):

Fase 1

Si el estímulo al objeto parafilico puesto que es más accesible que el objeto sexual normativo a consecuencia de un trauma sexual durante la infancia, el sujeto responde cognitivamente a un mecanismo de evitación de no pensar en ello, a un conflicto de realizarlo o no y desencadenando un sentimiento de culpa al ejecutarlo. La respuesta fisiológica es tensión, ansiedad y la repuesta conductual mantenerse agitado.

Fase 2

El individuo ha eliminado la tensión, pero ha realizado la conducta parafilica que pretendía evitar. La respuesta cognitiva es rendirse al pensamiento y la conductual es masturbarse con el objeto parafilico o realizar la conducta parafilica llevándole a una disminución en ansiedad.

(Jiménez, 2012)

1.7.4 Teoría Sistémica

Una explicación de las posibles causas de una parafilia es la estructura sistémica que describe a la parafilia como una construcción particular centrada en las conductas sexuales, organizada en forma de estructuras autísticas, por las que la comunicación con el mundo externo parece interferido por fuertes mecanismos de mantenimiento de un mundo cerrado (Boschi, 1993).

Sobre las familias disfuncionales, en particular un sistema muy nocivo es la carencial debido a que existe abandono ya sea físico o emocional y en la cual la ausencia de la madre o padre conlleva una carga emocional mucho más fuerte para los hijos y de no ser tratada, puede generar más adelante adultos conflictivos (Solis Espinoza, 2004). Es por esto que se han realizado estudios en delincuentes sexuales como los pedófilos que

han tenido una infancia muy dura, con carencia de afecto, donde también han tenido rasgos disociales que han experimentado formas de violencia y agresividad durante su infancia siendo el factor común una estructura de familia disfuncional y desorganizada (Ortiz Valero & Ladrón de Guevara y Guerrero, 1998).

1.7.5 Teoría Psicofisiológica

Esta formulación se basó en Kurt Freund en lo que llamo “trastornos de cortejo” a los conceptos que él escribió sobre las parafilias, dividiéndolas en 4 fases formando un proceso comenzando en una localización y acercamiento a una pareja potencial, luego interacción pre-táctil (mirar, sonreír, tomar ciertas posturas, etc.), la tercera fase es una interacción táctil terminando en la última fase que es la unión genital.

En el cortejo la persona puede mezclarse o aparecer en distinto orden estas fases, si este sistema de referencia se altera, se exagera o se distorsiona se llegaría a un “trastorno de cortejo” (Freund & Blanchard, 1986).

Otra teoría sobre una explicación sobre el origen de las parafilias la dio Charles Moser las parafilias así como la orientación sexual y la identidad de género no son procesos aprendidos sino fijadas al momento de nacer, es decir para Moser las parafilias son llamadas “lujurias” a objetos no comunes o inapropiados, conductas no aprendidas de la forma tradicional. La lujuria era una respuesta sexual a estímulos sensoriales específicos, ya sean reales o imaginarios.

Para este autor afirmaba que ciertas personas nacen con una “química” que le hace ser apasionado o ligado a la sexualidad, siendo las parafilias una deformación de esta cualidad humana contrariamente al deseo (Moser, 1992).

1.7.6 Teoría Antropológica

Existe un tipo de formulación donde en otras culturas y sociedades son aprobadas las conductas parafilicas por los habitantes de ciertas etnias, tribus y a la vez en países más liberales.

Desde el punto de vista antropológico, Gregersen (1988) considera dos argumentos:

En primera las parafilias suelen darse en sociedades grandes y complejas. No obstante existe evidencia de casos de pedofilia en tribus sudamericanas como los Kabaga (indios colombianos) y los Sirionó (del este de Sudamérica).

Y el segundo argumento es que las parafilias son más frecuentes en hombres que en mujeres por razones androgénicas, lo que llevaría al hombre a fijar su atención en una mayor variedad de objetos sexuales (Zapata Boluda & Gutiérrez I, 2016).

1.7.7 Teoría Biológica

Existen también bases biológicas sobre las conductas parafílicas en una investigación realizada por G. G. Abel (1989) con parafílicos y los resultados son: 74% con niveles hormonales anormales, 27% con signos neurológicos específicos e inespecíficos, 24% con alteraciones cromosómicas, 9% con epilepsia, 4% con electroencefalograma anormal sin crisis convulsivas y el otro 4% con retraso mental (Abel, 1989).

En la investigación de Aluja (1989) se encontró una correlación positiva entre sujetos encarcelados con delitos criminales (pedofilia, violadores, acosadores y exhibicionistas) y niveles altos de testosterona total y globulina portadora de la hormona sexual, siendo bajas las de testosterona libre. Cabe mencionar que todos los sujetos puntuaron alto en la escala de Búsqueda de Sensaciones (Zapata Boluda & Gutiérrez I, 2016).

1.8 Prevalencia de las parafilias

La epidemiología de parafilias solo se ha constatado en países desarrollados en nuestro país solo se han cuantificado los casos de pedofilia sobre todo en abuso sexual en menores según un informe de Unicef llamado *Ocultos a plena luz*, en Ecuador 1 de cada 10 niños ha sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años y a nivel mundial 120 millones de mujeres menores de 20 años han experimentado relaciones sexuales por la fuerza u otros actos sexuales forzados (Unicef, 2015).

En Estados Unidos el 20% de mujeres han sido víctimas de sujetos exhibicionistas, no existen datos confiables sobre los sádicos sexuales solamente cuando se trata de una violación, por lo tanto casos que no son perseguidos por la ley no son cuantificados por esta razón no hay datos sobre el masoquismo sexual, el fetichismo y parafilias excretoras que puede ser consentido por la pareja sexual. La Zoofilia es un tipo de parafilia donde el foco de excitación sexual es por animales, según una encuesta en Estados Unidos el 8%

de hombres han tenido un encuentro sexual con animales siendo más frecuente los que residían en zonas rurales, en cuanto a mujeres el 3.6% han tenido experiencias sexuales con animales (Kinsey, Pomery, Martin, & Gebhar, 1953).

En el Ecuador la Zoofilia fue ilegal según el artículo 517 del Código Penal Ecuatoriano anterior: “la bestialidad se reprimirá con reclusión mayor de cuatro a ocho años”. Actualmente el Código Orgánico Integral Penal, vigente desde el 2014, despenalizó el bestialismo; actualmente el artículo 249 señala que: "La persona que por acción u omisión cause daño, produzca lesiones, deterioro a la integridad física de una mascota o animal de compañía, será sancionado con pena de 50 a 100 horas de servicio comunitario. Si se causa la muerte del animal será sancionado con pena privativa de libertad de tres a siete días (Telégrafo, 2014).

En Estados Unidos, Barlow y Wincze (2009) refirieron que de mil novecientos veintiuno admisiones hospitalarias por trastornos sexuales, el 79% correspondía a pedofilia, el 15% a exhibicionismo y el 4% a agresión sexual. En los países de primer mundo se ha constatado muertes por hipoxifilia se calcula de uno a dos fallecimientos por millón de habitantes y por año (Barlow & Wincze, 2009).

Las conductas parafilicas inician con la pubertad en más del 50% es decir antes de los 18 años pero se desencadenan a partir de los 18 a 25 años y existe más prevalencia en hombres que en mujeres por factores hormonales (Sadock & Sadock, 1991).

1.9 Estudios relacionados por consumo de sustancias asociados a Conductas Parafilicas

A lo largo de la historia, el consumo de drogas y de alcohol ha estado íntimamente ligado a la conducta sexual. A pesar de ello, casi todos los esfuerzos por mejorar la salud sexual y reducir los niveles de consumo de drogas y alcohol se tratan de modo independientes (Mark A. Bellis, 2004).

Las drogas que crean dependencia física, como la heroína y la morfina, generan múltiples trastornos sexuales (Taylor & Francis, 2002).

El alcoholismo se ha relacionado con una gran variedad de crímenes. Varios autores han estudiado la prevalencia del alcoholismo en relación con el incesto, la violación y la pedofilia. Este estudio evalúa la comorbilidad del alcoholismo y las

parafilias específicas, que incluyen el sadismo sexual, el fetichismo, el incesto, la pedofilia, el exhibicionismo y el travestismo. Se incluyeron los violadores, aunque por definición no es estrictamente un trastorno parafilico. Se evaluaron setecientos veintiocho individuos parafilicos. Más del 50% de los sádicos sexuales eran alcohólicos. El alcoholismo, en asociación con los sádicos sexuales, fue estadísticamente significativo en comparación con travestis, violadores, pedófilos y delincuentes incestuosos. El travestismo tuvo la tasa relativa más baja de alcoholismo. Los autores discuten estos hallazgos y el papel que desempeña el alcoholismo en la conducta sexual violenta en individuos con parafilias (Allnutt, Bradford, Greenberg, & Curry, 1996).

En un estudio de Kafka & Hennen (2002) sobre la comorbilidad del eje I del DSM-IV en varones con parafilias y trastornos relacionados con parafilias realizado con ciento veinte hombres ambulatorios evaluados consecutivamente con parafilias y trastornos relacionados con parafilia se evaluaron sistemáticamente para ciertas variables de desarrollo y el DSM definió la comorbilidad del Eje I. En comparación con los trastornos parafilicos, el grupo parafilico fue estadísticamente significativamente más propenso a autoinformar una mayor incidencia de abuso (no sexual), menos años de educación completada, una mayor prevalencia de problemas de aprendizaje y comportamiento asociados a la escuela, más hospitalizaciones por abuso de sustancias, y una mayor tendencia al desempleo, así como problemas con el código penal.

Al término de este estudio se concluyó que en ambos grupos, los trastornos más frecuentes del Eje I fueron:

- Trastornos del estado de ánimo (71,6%), especialmente el trastorno distímico de inicio temprano (55%) y la depresión mayor (39%).
- Trastornos de ansiedad (38.3%), especialmente fobia social (21.6%)
- El abuso de sustancias psicoactivas (40.8%), especialmente abuso de alcohol (30%). El abuso de cocaína se asoció estadísticamente de forma significativa con los varones con parafilias ($p = 0,03$).

Los parafilicos delincuentes sexuales tenían más probabilidades de ser diagnosticados con trastorno de conducta, abuso de alcohol, abuso de cocaína y trastorno de ansiedad generalizada (Kafka & Hennen, 2002).

1.10 Estudios relacionados de algunos factores psicológicos a conductas parafilicas

Los aspectos psicológicos son muy diversos y dentro de las parafilias se ha investigado la posible génesis de una parafilia, por lo tanto se realizó un estudio donde relacionó la autoestima, la percepción, experiencias sexuales traumáticas y la personalidad de individuos con conductas parafilicas.

En la investigación de Jiménez (2012) de *la génesis de las parafilias sexuales* concluyó:

a) La autoestima se relaciona con las conductas parafilicas como en el caso de una pedofilia un sujeto adulto con escasas habilidades sociales o baja autoestima es más fácil conseguir niñas que mujeres de su edad. En el caso de la zoofilia habría que tener en cuenta que, en algunas zonas rurales, los animales son bastante más asequibles que las mujeres. Asimismo, para un individuo con baja autoestima y con inseguridad sexual suele ser más fácil practicar el froteurismo es decir rozarse con las chicas cuando va en autobús, o el exhibicionismo que es enseñar sus genitales a las ancianas del parque, un fetichismo como robar ropa interior o espiar a su vecina cuando sale de la ducha que salir a buscar una chica con la que mantener relaciones sexuales. La baja autoestima puede hacer que una persona se oriente hacia formas de sexo inadecuadas y dicha orientación sexual inadecuada hace que su autoestima sea cada vez menor.

b) La percepción tiene respuestas tanto cognitivas como fisiológicas la incomodidad o la culpabilidad excesiva como factor precipitante de los trastornos parafilicos, hay que mencionar que el individuo inseguro y aprensivo no solo se sentirá culpable cuando ya ha llevado la conducta inadecuada a cabo, sino mucho antes cuando empieza a pensar la posibilidad de hacerlo. Durante la adolescencia, los jóvenes barajan muchas posibilidades para experimentar con su sexualidad y suelen desechar aquellas de las que se pudiesen arrepentir en el futuro. Lo que ocurre con los individuos inseguros es que, aunque en un principio también rechazan la idea, se sienten tan culpables como si la hubiesen llevado a cabo. Se responsabilizan de sus pensamientos inmorales, intentan evitarlos y se obsesionan con ellos. Se sienten tan mal como si hubiesen llevado a cabo realmente la conducta, así que, finalmente, se rinden y caen en la tentación para

liberar la tensión tanto sexual y psicológica. Tras la liberación de tensión a corto plazo, se sienten aún más culpables de lo que ya lo estaban al principio egodistónicos y el círculo vicioso vuelve a reanudarse.

c) El trauma sexual o abuso sexual infantil tendrá un sentido del sexo como algo sucio y peligroso y experimentará una gran culpabilidad sexual. Por ello, se asegurará de no sentir ni pensar nada inadecuado sexualmente. La víctima se esforzará por evitar los recuerdos del episodio traumático y, al mismo tiempo, se sentirá culpable porque, aunque la experiencia fue traumática y no deseada, en cualquier contacto sexual se experimenta cierto placer en la edad adulta por lo tanto, se preocupará por la posibilidad de sentir placer en situaciones como las que sufrió e intentará evitar pensar que él también podría sentir placer abusando de alguien como hicieron con él. Debido a la paradoja que se produce en la evitación de pensamientos, esto se convertirá en una auténtica obsesión que no se detendrá hasta que se rinda a ella y lleve a cabo la conducta que temía que fuera capaz de cometer de manera impulsiva y compulsiva. Es por ello que muchas víctimas de abusos sexuales acaban convirtiéndose en pedófilos o en otra conducta parafilica.

d) El último factor psicológico que se estudió fueron los rasgos de personalidad de los sujetos se ha ido forjando desde su primera infancia como consecuencia en la adolescencia desencadenaran posibilidades para experimentar con su sexualidad de acorde a su personalidad.

Los individuos inseguros, temerosos y tímidos darán mucha importancia a dichas experiencias y se sentirán muy culpables. Este patrón de personalidad neurótico aparece en la mayoría de las parafilias como el voyerismo, exhibicionismo y fetichismo. Aunque en las parafilias más graves desde el punto de vista social, como una pedofilia que haya desembocado en pederastia o el sadismo sexual extremo, los sujetos pueden mostrar personalidades psicópatas o antisociales (Jiménez, 2012).

1.11 Tratamiento

Para el tratamiento de los trastornos parafilicos existen métodos farmacológicos y psicoterapéuticos a continuación se describirá diversas intervenciones desde distintos enfoques psicológicos.

1.11.1 Técnicas Conductistas

Las técnicas conductuales utilizadas para el tratamiento de las parafilias se han basado, principalmente, en la aplicación de métodos aversivos de extinción del condicionamiento clásico, por ejemplo, se asocia un estímulo aversivo incondicionado con una respuesta condicionada no deseada. El fin terapéutico es producir una nueva respuesta condicionada, tipo aversiva, en presencia de los estímulos condicionados provocadores de la respuesta sexual disfuncional (Muse & Frigola, La Evaluación y Tratamiento de Trastornos Parafílicos, 2003).

Una técnica aversiva se utilizó a mediados de los años sesenta para tratar a homosexuales con descargas eléctricas luego se la prohibió por movimientos sociales que defendían los derechos de personas homosexuales y se pasó este método a pacientes parafílicos ya que hubo evidencia que las descargas modificaba eficazmente la excitación sexual en conductas parafílicas (Macculloch, Waddington , & Sabrook J, 1979). Otro método usó malos olores: consistía en un estímulo nocivo, uno fétido como el ácido valérico perfumado en imágenes de mujeres aversivas, lo que resultó en una disminución significativa en la respuesta (Levin, Barry, Gambaro, & Wolfensohn, 1977).

a) “Sensibilización encubierta” que consistía en la sensibilización encubierta el paciente intenta visualizar escenas en las que se ve participando en la conducta parafílica no deseada y cada vez que él visualiza la actividad parafílica, cambia esta imagen excitante por otra aversiva de castigo.

Esta técnica de la sensibilización encubierta no fue tan agresiva como las descargas eléctricas pero no fue tan eficaz y se la modificó, se mezcló el condicionamiento aversivo directo con la sensibilización encubierta conduce al paciente a visualizar la situación parafílica, y enseguida, visualizar consecuencias aversivas. Al instante en que el paciente visualiza las consecuencias aversivas, el psicólogo introduce en la sesión un estímulo olfativo fétido como el amoníaco o ácido valérico. La aplicación de un estímulo aversivo real y ya no imaginario resultó más eficaz, reduciendo la respuesta sexual parafílica (Maletzky , 1974).

b) Biorretroalimentación ha sido aplicada a diversas parafilias mediante un aparato llamado *penile plethysmographo* que mide cambios en la circunferencia del pene de acuerdo a la excitación y por medio de diferentes luces de colores indican el grado de excitación sexual según el grosor del pene. En el

tratamiento de las parafilias, el paciente expuesto a estímulos parafilicos intenta mantener encendida la luz que corresponde a poca excitación y una vez que el paciente ha reducido o extinguido su excitación de los estímulos parafilicos, se le puede presentar la tarea de encender la luz asociada con excitación delante de la presentación imaginaria de estímulos sexuales apropiados (Muse & Frigola, La Evaluacion y Tratamiento de Trastornos Parafilicos, 2003).

c) Entrenamiento en la asertividad de Lange que sirve a muchos parafilicos para negociar sus necesidades sexuales con la otra persona y llegar a un mutuo consentimiento. La asertividad ayuda a transmitir su sentir es decir, el sujeto tímido puede expresar sus deseos de manera más directa, mientras enseña al individuo agresivo a expresar sus deseos sin imponer o explotar a otras personas (Lange & Jakubowski, 1978).

1.11.2 Técnica Cognitiva

La técnica más utilizada hoy en día para la mayoría de trastornos mentales, así también se utiliza para trastornos parafilicos. Consiste en la identificación de distorsiones preceptivas para luego modificar el pensamiento o idea irracional por una más racional. A pesar de que cada parafilia tendrá su distorsión para cada trastorno , el paciente es un individuo y, por consiguiente, sus cogniciones disfuncionales tienen que ser identificadas individualmente. De poca ayuda le sirve al paciente darle un discurso teórico de los errores de fantasías parafilicas, o una lección genérica de las distorsiones cognitivas inherentes en las parafilias. Al contrario, el psicólogo necesita captar y mostrar ejemplos reales de las ideas irracionales del mismo paciente. Una vez que son presentadas las distorsiones al paciente, y después de obtener confirmación del paciente de que las entiende, se emplean estrategias para contradecir las cogniciones disfuncionales: Estrategias como la de identificar en el acto los pensamientos irracionales cuando aparecen y utilizar argumentos aprendidos previamente en la terapia cognitivo-conductual para contradecir y sustituirlos por pensamientos más adecuados (Muse & Frigola, La Evaluacion y Tratamiento de Trastornos Parafilicos, 2003).

1.11.3 Farmacología

Los fármacos más frecuentes para el tratamiento de pacientes con trastornos parafilicos son tratamientos hormonales y medicación psicoactiva. Para sujetos

condenados por crímenes sexuales como violación, la pedofilia, o el exhibicionismo reiterado son sometidos a un régimen de hormonas que reducen los niveles de testosterona en la sangre como el acetato de Medroxy-progesterona y el acetato de Cyproterona son las dos hormonas más recetadas en el control de las parafilias (Wincze , Harsal, & Malamud, 1986).

El resultado de estas dos hormonas en la disminución del deseo sexual es muy efectiva, con disminuciones correlacionadas en frecuencia de erección, fantasías sexuales, masturbación, iniciación del sexo y, paralelamente, conducta agresiva. Hombres tratados con estas hormonas muestran un buen control sobre sus inclinaciones parafílicas mientras el periodo que se las administren pero, como es de esperar, se produce un regreso rápido a la misma conducta parafílica al terminar de tomar las hormonas (Bradford, 1990).

Se ha administrado también medicamentos psicoactivos como la Fluoxetina o el Prozac reduce la libido, con efectos secundarios menores que otros medicamentos demostrando su eficacia en la reducción del deseo sexual (Bernstein , 1983).

El Prozac también tiene la eficacia de reducir síndromes obsesivos compulsivos, dado el componente obsesivo y compulsivo en la mayoría de las parafilias, por lo tanto ha sido prescrito por muchos psiquiatras para el tratamiento de pacientes parafílicos (Muse & Frigola, La Evaluacion y Tratamiento de Trastornos Parafílicos, 2003).

1.12 Marco legal

En nuestro país, el equivalente al exhibicionismo y la pedofilia está descrito como atentado contra el pudor (Art. 505, 506, 507 y 508) y violación a menores de catorce años (Art. 512 y 513) en el título VIII de los delitos sexuales, en el capítulo dos del Código Orgánico Integral Penal, en el cual se describe los tipos de delito y la pena estipulada para cada caso, dependiendo si la víctima es mayor o menor de catorce años o si presenta algún grado de discapacidad (Asamblea Nacional, 2014).

En el Ecuador la Zoofilia fue ilegal según el artículo 517 del Código Penal Ecuatoriano anterior: “la bestialidad se reprimirá con reclusión mayor de cuatro a ocho años”. Actualmente el Código Orgánico Integral Penal, vigente desde el 2014, despenalizó el bestialismo; actualmente el artículo 249 señala que:

La persona que por acción u omisión cause daño, produzca lesiones, deterioro a la integridad física de una mascota o animal de compañía, será sancionado con pena

de 50 a 100 horas de servicio comunitario. Si se causa la muerte del animal será sancionado con pena privativa de libertad de tres a siete días (Telégrafo, 2014).

1.13 Conclusiones

A través de la historia, las parafilias han sido tema de poco interés en el área de la medicina, la psiquiatría y la psicología sexual. En un principio denominado como una perversión y a partir de la década de los setenta, por temas liberales de la época, entre ellos la sexualidad, aparece el término parafilia como tal.

En países desarrollados como Estados Unidos y Reino Unido se han llevado a cabo diferentes estudios sobre parafilias y diferentes tipos de tratamientos. En el Ecuador no se ha realizado investigaciones sobre el tema, por lo que el presente trabajo es el primero en tratar y describir las parafilias, puesto que en nuestro medio aún existe un recelo sobre temas de índole sexual. El presente estudio, entonces, será de utilidad para futuras investigaciones, debido a que el conocimiento sobre estos temas, para la sociedad en general, es deficiente.

Es necesaria la psicoeducación sobre la existencia de este tipo de trastornos, para crear conciencia en las áreas escolares, familiares y laborales, y así realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Al igual que en la mayoría de los campos de la salud, el primer paso consistirá en vencer el tabú y el recelo que existe dentro de una sociedad conservadora como la nuestra sobre la sexualidad y estos temas, ya que por miedo o vergüenza no acuden a un profesional de salud mental.

CAPÍTULO 2

MATERIALES Y MÉTODOS

Este capítulo expone el método de investigación utilizado, así como la población de estudio, los criterios de inclusión y de exclusión para los participantes. Así mismo, describe los pasos efectuados para determinar los factores psicológicos asociados a las conductas parafilicas en los casos tratados.

2.1 Descripción de los objetivos de la investigación

El objetivo general: Identificar los factores psicológicos asociados a conductas parafilicas

Los objetivos específicos fueron:

- Identificar a los pacientes con conductas parafilicas del centro de rehabilitación “La Gracia de Dios”.
- Evaluar los factores psicológicos asociados que inciden en la presentación de conductas parafilicas a través de la historia clínica.
- Determinar si existe relación entre las conductas parafilicas y el consumo de sustancias.

2.2 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo cualitativo, transversal, descriptivo y exploratorio en la que se aplicó cuestionarios y entrevistas semiestructuradas.

2.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se consideraron fueron los siguientes:

- Pacientes que presentan conductas parafilicas del Centro de Rehabilitación “La Gracia de Dios”
 - Adultos varones mayores de 18 a 65 años de edad
 - Deseo de participación voluntaria
 - Usuarios con un tiempo mínimo de internamiento de una semana

2.4 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión que se consideraron fueron los siguientes:

- Menores de edad
- Pacientes que presenten psicosis
- Sujetos de la tercera de edad
- Pederastia
- No firmar el consentimiento informado

2.5 Población

Se trabajó con sesenta y cinco pacientes al momento de la investigación a quienes se realizó una entrevista de tamizaje, en la cual la mayoría presentaban fantasías parafilicas: ocho pacientes manifestaron conductas parafilicas y de este grupo seis pacientes decidieron participar voluntariamente en el estudio.

Tabla 4: Datos sociodemográficos de los pacientes del grupo de estudio.

<i>Paciente</i>	<i>Edad</i>	<i>Instrucción</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Diagnóstico de consumo</i>	<i>Orientación Sexual</i>	<i>Estructura familiar</i>
<i>René</i>	38	Bachiller incompleto	Soltero	F19.2	Heterosexual	Desestructurada Disfuncional
<i>Sergio</i>	24	Bachiller	Separado	F19.2	Heterosexual	Desestructurada Disfuncional
<i>Jaime</i>	21	Secundaria incompleta	Soltero	F14.2	Heterosexual	Estructurada Disfuncional
<i>José</i>	19	Primaria	Soltero	F14.2	Heterosexual	Estructurada Funcional
<i>Roberto</i>	23	Bachiller	Soltero	F10.2	Heterosexual	Estructurada Disfuncional
<i>Pedro</i>	28	Primaria	Separado	F19.2	Heterosexual	Desestructurada Disfuncional

La tabla 4. Correspondiente a los datos sociodemográficos de los pacientes del grupo de estudio indica que la edad promedio de los participantes es 25.5 años. El 66.66% (n=4) son solteros y la totalidad de la muestra 100% (n=6) se identificó como heterosexuales. El 33% (n=2) de los pacientes culminaron la primaria y poseen un bachillerato incompleto. El 50% (n= 3), Trastorno Mental y de Conducta debido al consumo de varias sustancias; el 33% (n= 2), Trastorno Mental y de Conducta debido al consumo de cocaína;

y el 17% (n= 1), Trastorno Mental y de Conducta debido al consumo de alcohol. Y finalmente el 50% (n=3) proviene de una familia desestructurada y disfuncional.

2.6 Procedimiento

Tabla 5: Descripción del procedimiento de la investigación

Fase	Procedimiento
Fase 1	Se dio a conocer los objetivos del estudio al cuerpo clínico del Centro de rehabilitación “La Gracia de Dios” y se solicitó los permisos del director del centro.
Fase 2	Se socializó con los pacientes remitidos el motivo del estudio a realizarse sobre factores psicológicos asociados a conductas parafilicas. Para luego dar lectura y aprobación del consentimiento informado, donde se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada para el estudio.
Fase 3	Mediante la historia clínica se recopiló los datos sociodemográficos de los participantes; mediante la entrevista semiestructurada se indagó los factores psicológicos de la esfera sexual y finalmente se aplicó la batería de test.
Fase 4	Se analizó cada caso, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la batería de test, el análisis del discurso y emparejándolos con la psicobiografía.
Fase 5	Se presenta los resultados mediante cuadros y tablas en base a los objetivos, para finalmente realizar un análisis global del grupo de estudio.

2.7 Herramientas

2.7.1 Historia clínica

La historia clínica describe el motivo de consulta del paciente, psicobiografía, genograma, diagnóstico. También permite al personal obtener los datos sobre pruebas indicadas, esquemas terapéuticos, evolución u otras importantes informaciones sobre el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes (Alcaraz, Nápoles, Chaveco, Martínez, & Coello, 2010). Esto nos ayudó a conocer más sobre el paciente para el estudio y determinar los factores psicológicos de las parafilias (Ver anexo 1).

2.7.2 Entrevista

Entrevistas semiestructuradas: presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes

posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz Bravo, Torruco García, Martínez Hernández, & Varela Ruiz, 2013).

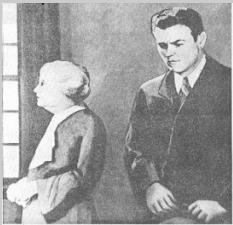
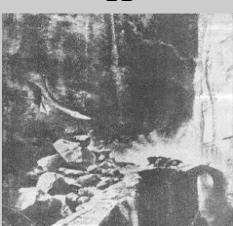
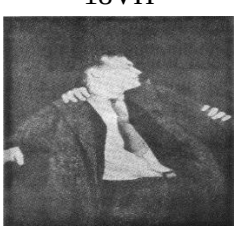
Lo referente a la área sexual como inició, experiencias previas, vida sexual actual, número de parejas sexuales, tipos de fantasías sexuales, frecuencia y actividad sexual durante efectos del consumo, grado satisfacción, participación en actos parafilicos, conductas sexuales no típicas, culpa sexual o comodidad. Esta técnica nos permitió explorar la psicosexualidad del paciente, identificar conductas parafilicas y poder asociarlas con el consumo de sustancias relacionándola con su psicobiografía (Ver anexo 2).

2.7.3 Test de Apercepción Temática (T.A.T)

Se trata de un test o prueba de tipo proyectivo su autor fue Henry Murray (1943), siendo conocido el TAT entre ellos como el exponente más claro y conocido de test proyectivo temático (en el cual básicamente se ha de narrar una historia a partir de la presentación de una o más láminas). Como test proyectivo de origen psicodinámico, tiene como objetivo analizar elementos inconscientes del sujeto que forman y configuran en gran medida su personalidad. También pretende ser un sistema de valoración de las necesidades, expectativas y miedos inconscientes que regulan nuestro comportamiento y que contribuyen a formar nuestra personalidad a partir de la interpretación de estímulos ambiguos (Sanz & Álvarez, 2006).

Esta prueba proyectiva consta de un total de treinta y un láminas en blanco y negro, de las cuales se seleccionó doce con los temas más relevantes en función del estudio.

Tabla 6: Descripción de las láminas del TAT utilizadas para evaluar a los pacientes.

Lámina	Temas	Lámina	Temas
1 	Imagen corporal. Respuestas sexuales simbólicas como la masturbación y temores de castración.	3 	Homosexualidad latente. Depresión.
4 	Relaciones hombre mujer. Problemas sexuales. Celos de tipo triangular.	5 	Material voyeurista. Escena primaria. Temor a un ataque. Temor a ser observado durante la masturbación. Fantasías de rescate.
6VH 	Relaciones madre e hijo. Temas edípicos.	7VH 	Relación entre padre e hijo. Actitud hacia la autoridad masculina.
8VH 	Temas esenciales de agresión. Ambición. Relación edípica.	9VH 	Relación entre varones contemporáneos. Sentimientos o temores homosexuales. Prejuicios sociales.
11 	Temores infantiles u primitivos. Temor a ser atacado. Agresión oral.	13HM 	Conflictos sexuales. Privación económica. Tendencias orales.
17VH 	Temores edípicos. Sentimientos homosexuales. Autoimagen.	18VH 	Angustia. Temor a ataques.

Láminas seleccionadas del Test de Apercepción Temática de Henry Murray para el estudio (Bellak & Abrams, 1997).

2.7.4 Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman -V (SSS)

La escala consta de 40 ítems que el sujeto ha de contestar afirmativa o negativamente. Posee un alfa de 0,70 y 0,87. La escala de búsqueda de sensaciones está formada por las cuatro subescalas de diez ítems cada una que son:

- a) Búsqueda de emociones (BEM), que hace referencia a la búsqueda de emociones y aventuras.
- b) Búsqueda de excitación (BEX), experiencias que implican osadía.
- c) Desinhibición (DES) principalmente sexual y
- d) Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB) aversión hacia la repetición de experiencias, especialmente hacia la rutina. (Zuckerman, Eysenk, & Eysenk, 1978). (Ver anexo 4).

2.7.5 Inventario de Ansiedad Sexual

El Inventario mide el grado de ansiedad con respecto a los temas de índole sexual; definida como una expectativa generalizada de castigo externo no específico por la violación o la anticipación de la violación, estándares normativos percibidos de comportamiento sexual aceptable.

Los 25 ítems en la escala están en un formato de elección forzada con una alternativa que representa una respuesta de ansiedad y la otra una respuesta de no ansiedad. El inventario de ansiedad sexual permite diferenciar si el paciente se siente cómodo o posee sentimientos de culpa sobre el ejercicio de la vida sexual

Janda and Grady (1980) informaron que la consistencia interna de la escala obtuvo un nivel de confiabilidad 0.86 (Ver anexo 5).

2.8 Conclusiones

Para el presente trabajo de investigación se utilizó una batería de test, los mismos que permitieron medir la búsqueda de sensaciones, la ansiedad sexual y diferentes tipos de factores psicológicos; la historia clínica y la entrevista semiestructurada para recopilar información relevante de las diferentes esferas del desarrollo de los pacientes.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

Introducción

En el capítulo tres se describe la biografía, genograma, esferas sexuales de las diferentes etapas del desarrollo así como durante el consumo. Además se muestra los resultados de la batería de tests tanto individual como grupal mediante tablas y figuras. A través la información recopilada de cada paciente se da un diagnóstico.

3.1 Caso René

3.1.1 Biografía

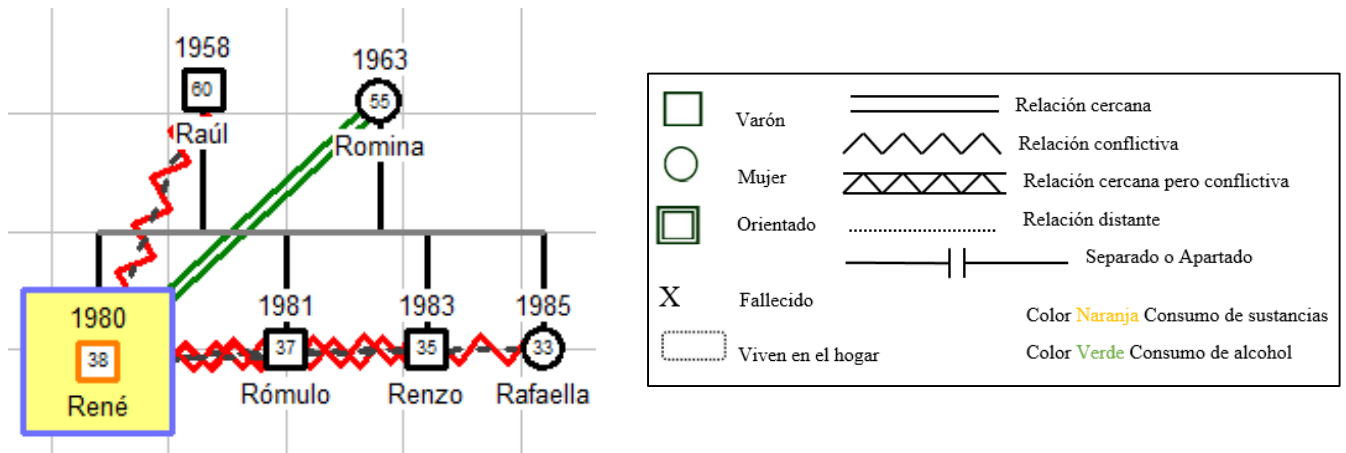
Paciente de 38 años de edad, soltero, heterosexual, reside en Bahía de Caraquez, su instrucción es bachillerato incompleto. Actualmente se dedica a la albañilería.

Nació por cesárea a las veinte y ocho semanas de gestación, producto de un embarazo de alto riesgo. Durante su infancia fue víctima de maltratos físicos y verbales por parte de su madre y sus tíos, quienes eran asiduos consumidores de alcohol y drogas.

En la adolescencia lo detuvieron por hurto y permaneció en la correccional de menores por dos semanas. El paciente comenta que inició su consumo de marihuana a los catorce años, a los dieciséis consume cocaína, llevando esta práctica hasta la actualidad, con una frecuencia diaria de consumo. Desde los diecisiete años ha pasado por instituciones de rehabilitación, siendo actualmente su internamiento número treinta y dos.

A los treinta y cuatro años estuvo detenido por intentar abusar sexualmente de su hermana a quien amenazó de muerte con un cuchillo, el paciente señala que se encontraba bajo efectos del consumo. Estuvo privado de la libertad durante dos semanas, tiempo que le tomó a su hermana retirar la denuncia.

3.1.2 Genograma



3.1.3 Esferas Sexuales

Infancia

A los cinco años de edad presencié la escena primaria de sus padres, debido a que su cama y la cama de sus hermanos se encontraban en la misma habitación. Empezó a tener juegos sexuales con su hermana de tres años; el juego consistía en besos, caricias y frotación de su pene en la vagina de ella repetidas veces hasta que fue descubierto por su madre quien le dijo “con la hermana no”, entonces ya no lo hacía con su hermana sino con su hermano, el cual recibía manipulación del pene y viceversa, acto que tuvo lugar por tres o cuatro ocasiones durante la infancia. A los ocho años empezó a intimar sexualmente con su perro, recibiendo sexo oral y frotando su miembro en el perro sin llegar a la penetración. A los nueve años tuvo juegos sexuales con su prima por un año aproximadamente. A los diez años comenzó a trabajar en los prostíbulos haciendo los mandados a las trabajadoras sexuales, su padre trabajaba de chofer profesional.

Adolescencia

Su primera relación sexual fue con una prostituta a los trece años, en el cabaret donde trabajaba haciendo los mandados. Actividad que realizó hasta los diecinueve años. A los catorce años practicó masturbación grupal con otros chicos, manipulándose el miembro entre ellos. Esta actividad dio lugar a su complejo de creer que su miembro era el más pequeño con respecto al de sus compañeros de su edad. Esta práctica realizó hasta los dieciséis años.

Vida sexual actual

El paciente indica que en el año dos mil diecisiete, tuvo sus dos últimas parejas sexuales, la primera pareja convivió con él durante tres meses, a quien dejó por recibir humillaciones, ella le decía “tienes un pene pequeño” y así aumentaba su complejo por su miembro. Luego residía en otra ciudad con su última pareja, una persona travesti dedicada a la prostitución tenía una relación sentimental más que sexual y él no le humillaba por su miembro. Paciente comenta que cuando convivía con su pareja, él se vestía de mujer cuando su pareja salía a trabajar y él también fantaseaba salir a la calle a prostituirse como mujer. El paciente comenta que tiene un fetiche hacia los zapatos de taco de mujer, con eso logra excitarse y pide a su pareja que no se retire los tacos. Relata que su hermana tiene una fundación de rescate animal donde él tiene contacto sexual con los perros.

Consumo

El paciente en consumo aumentaba su compulsión por estar sexualmente con perros, no les penetraba pero sí hacía que le practiquen sexo oral. Relata que quiso consumir su fantasía sexual incestuosa con su hermana, la cual falló y estuvo detenido dos semanas hasta que su hermana retiró la denuncia. Refiere un aumento en su compulsión masturbatoria llegando a masturbarse 10 a 12 veces por día.

3.1.4 Resultados

Escala de búsqueda de sensaciones

<i>Subescala</i>	<i>Interpretación</i>
<i>Búsqueda de emoción (BEM)</i>	Nivel bajo
<i>Búsqueda de excitación (BEX)</i>	Nivel alto
<i>Desinhibición (DES)</i>	Nivel alto
<i>Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB)</i>	Nivel alto

En esta escala se obtuvo un total de veintisiete que corresponde a un nivel medio de búsqueda de sensaciones.

Inventario de ansiedad sexual

El paciente obtuvo un puntaje de nueve puntos que indica que no tiene ansiedad sexual, es decir que el paciente tiene comodidad sexual.

Test de apercepción temática

La persona evaluada se percibe así misma con una autoimagen pobre, la percepción del ambiente o mundo del evaluado es ambivalente, entre hostil y amistoso.

Con respecto a los conflictos significativos, se puede señalar que existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, conflictos de deseos sexuales y represión de deseos homosexuales, además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia, voyeurismo, temores infantiles y necesidades orales.

Entre los principales mecanismos de defensa que utiliza la persona evaluada se encuentran: la racionalización, la represión, la negación, anulación, asilamiento y regresión.

En cuanto al castigo por el delito podemos señalar que el sujeto es demasiado indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos.

Y en cuanto a la idoneidad del héroe podemos mencionar que el evaluado tiene una mediana capacidad resolutoria de problemas o conflictos.

3.1.5 Diagnóstico

F19.2 Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias.

F65.0 Trastorno de Fetichismo

F65.9 Trastorno Parafílico no especificado del tipo Zoofílico

3.2 Caso Sergio

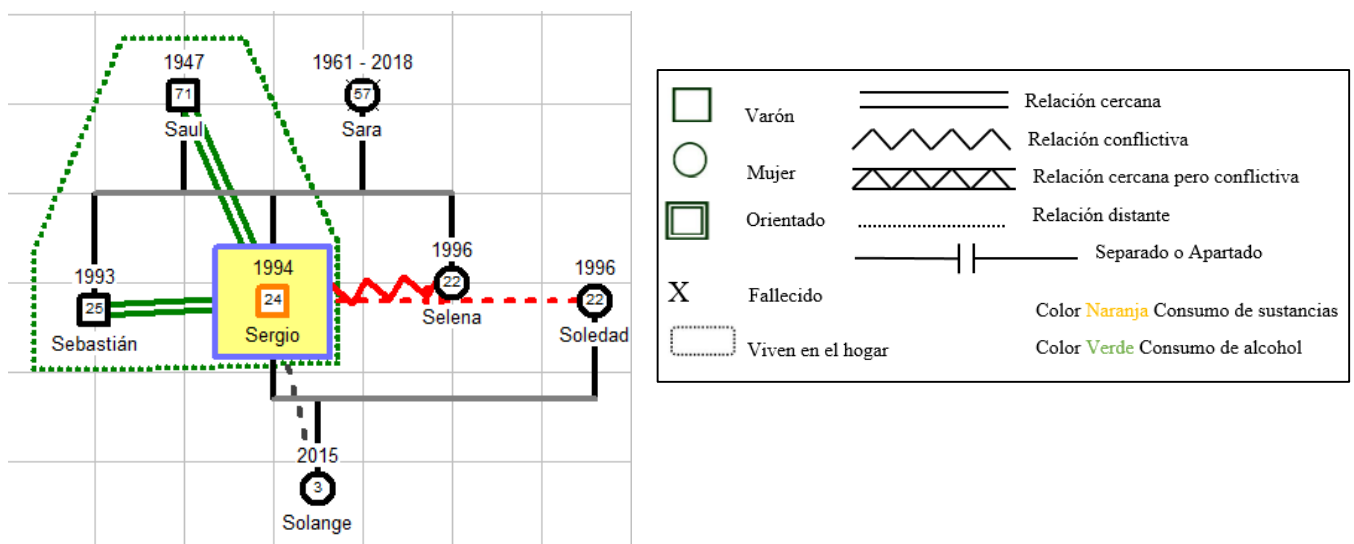
3.2.1 Biografía

Paciente de 24 años de edad, separado, heterosexual, reside en Durán, su instrucción es bachiller y actualmente trabaja en construcción.

El paciente nació por parto normal, a término. Comenta que de su niñez solo recuerda a partir de los ocho años, a esta edad pasó una periodo difícil puesto que su padre tenía problemas con las drogas. Presenció la muerte de un vecino, evento que provocó en él un gran malestar. A los doce años cambió de residencia y a esta edad empezó su consumo. A los dieciséis años ingresó a una pandilla y permaneció en ella por un año.

El paciente se separó de su pareja, con quien tiene una hija. Y desde entonces convive con su padre y su hermano mayor. Actualmente está interno por problemas de consumo de sustancias. El entrevistado manifiesta que empezó su consumo de marihuana a la edad de doce años, posteriormente a los diecinueve empezó a consumir derivados de cocaína hasta la actualidad, su frecuencia de consumo es diaria y refiere que este es su sexto internamiento.

3.2.2 Genograma



3.2.3 Esferas Sexuales

Infancia

A los cinco años tuvo juegos sexuales con su hermana menor (cuatro años), los mismos que consistían en frotarse sus genitales, luego él le introducía un objeto por el ano a su hermana. Estos juegos tuvieron lugar por un año, hasta que fue descubierto por su padre y fue castigado.

Adolescencia

A los catorce años tuvo contacto sexual con gallinas. A los quince años tenía juegos sexuales con algunas amigas. A los diecisiete empezó su deseo de estar sexualmente con perros. Refiere que llevaba a cabo este acto sin estar bajo efectos de consumo y que lo hizo por un año. El paciente tuvo su primera relación sexual a los diecinueve años de la cual nació su hija. A los veinte años espiaba a su hermana mientras se duchaba hasta que ella se mudó a un departamento.

Vida sexual actual

Desde hace dos años comenta que no tiene relaciones sexuales, la última vez fue con la madre de su hija. En ocasiones el paciente llega al departamento de la hermana para espiarla cuando se baña y se roba su ropa interior para olerla y masturbarse con ella.

Consumo

En consumo refiere que no le interesaba mucho tener relaciones sexuales; el paciente señala que “ni pensaba en eso”. Tampoco tenía deseo de masturbarse y poco a poco perdía el interés sexual. Durante el consumo intentó abusar sexualmente de su hermana y le propuso una vez a su madre que le practique sexo oral.

3.2.4 Resultados

Escala de búsqueda de sensaciones

<i>Subescala</i>	<i>Interpretación</i>
<i>Búsqueda de emoción (BEM)</i>	Nivel alto
<i>Búsqueda de excitación (BEX)</i>	Nivel alto
<i>Desinhibición (DES)</i>	Nivel alto
<i>Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB)</i>	Nivel bajo

En esta escala se obtuvo un total de treinta y dos puntos que corresponde a un nivel alto de búsqueda de sensaciones.

Inventario de ansiedad sexual

El paciente obtuvo un puntaje de cero puntos equivalente a ausencia de ansiedad sexual, es decir que el paciente tiene una completa comodidad sexual.

Test de apercepción temática

Se percibe así mismo con una autoimagen positiva. La percepción del ambiente es amistosa.

Existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, represión de deseos sexuales, conflictos de deseos sexuales), además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia, represión de agresividad, ideación suicida, temores infantiles y angustia por ataque.

Los principales mecanismos de defensa que utiliza son: la represión, la racionalización y regresión.

En cuanto al castigo por el delito podemos señalar que es demasiado indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos. Y en cuanto a la idoneidad del héroe, el evaluado posee una baja capacidad resolutive de problemas o conflictos.

3.2.5 Diagnóstico

F19.2 Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias.

F65.3 Trastorno Voyeurista

F65.0 Trastorno de Fetichismo

3.3 Caso Jaime

3.3.1 Biografía

Paciente de veinte y un años de edad, soltero, heterosexual, actualmente reside en Naranjal, su instrucción es secundaria incompleta y actualmente se encuentra desempleado.

Nace por parto normal, a término. Jaime comenta que su niñez fue dura, a los cuatro años se mudó con su abuela materna y ahí vivía con su tío que se dedicaba al tráfico de drogas. En la escuela fue víctima de bullying y racismo por parte de sus compañeros.

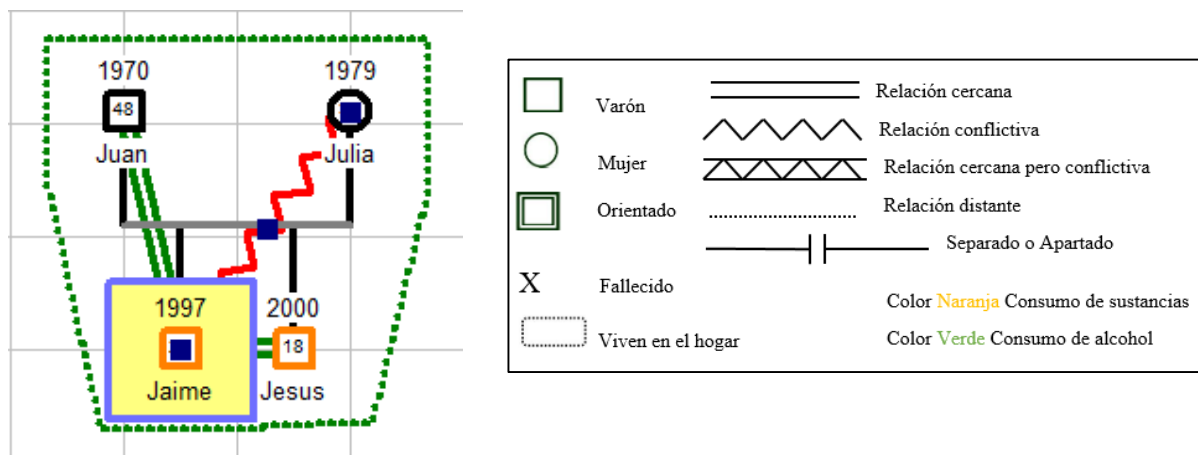
A los doce años retornó a vivir con sus padres, y abandona sus estudios para ayudar a su madre en el restaurante. A los dieciocho años viaja a Santiago de Chile donde

probó todo tipo de sustancias. Permaneció en este país por un año hasta que fue deportado por robo. A los diecinueve años estuvo preso por seis meses por tenencia ilegal de sustancias, más tarde sería procesado nuevamente, en esta ocasión por robo. A los veinte años regresa a Chile donde se dedica al robo y a la prostitución. Lo deportan nuevamente.

El paciente indica que vive con sus padres y hermano, su padre se dedica a la construcción, su madre es curandera y el hermano menor se dedica al comercio.

Actualmente está interno por problemas con las drogas, empezó su consumo de marihuana y cocaína a los dieciocho años, con una frecuencia de consumo diaria. Además manifiesta que este es su cuarto internamiento; el primero fue a la edad de diecinueve años, cuando regresó de Chile. El segundo tratamiento fue a los veinte años, tras siete meses de internamiento, recayó a los dos meses. El tercero fue a los veintiún años, tras nueve meses, recayó luego de un mes y actualmente está en su cuarto internamiento.

3.3.2 Genograma



3.3.3 Esferas Sexuales

Infancia

El paciente manifiesta que fue víctima de abuso sexual a los ocho años, su agresor fue un su vecino siete años mayor que él. A los diez años presencié la escena primaria, encontró a sus padres teniendo relaciones sexuales. A esta misma edad le gustaba desnudarse y andar así en su barrio. A los once años fue abusado sexualmente por segunda vez, en esta ocasión, sus agresores son dos afroecuatorianos mayores de edad. A esta misma edad comienza a ponerse la ropa de su madre: los interiores, los vestidos y zapatos de tacón.

Adolescencia

El paciente comenta que durante su adolescencia, a la edad de trece años, le gustaba bajarse los pantalones y mostrar sus genitales a sus amigos, a sus compañeros de colegio y luego a personas en la calle sintiendo enorme placer. Su primera relación sexual fue a los catorce años con una amiga de su madre, el hecho se dio estando ella en estado etílico y él se aprovechó de esto, luego de este suceso era ella quien le buscaba a él. A los quince años tenía un amigo homosexual a quien él penetraba. Más tarde se enteró que su hermano penetraba a este amigo también. Además a esta edad estuvo sexualmente con una yegua, el paciente señala que este hecho ocurrió una sola vez. A los diecisiete años su madre le encontró masturbándose e introduciéndose objetos analmente. Desde los dieciocho hasta los veinte años el paciente se dedicó a la prostitución.

Vida sexual actual

Comenta que tenía juegos sexuales con su hermano hasta los últimos tres meses antes de su internamiento, sus juegos consistía en manipulación del pene. Indica que tiene unos agujeros en el baño para poder espiar a sus padres y a las clientas de su madre. A veces le gusta mostrar sus genitales a sus amigos atribuyendo que es solo para molestarlos. Indica que en reiteradas ocasiones se ha vestido de mujer excitándose y llegando a masturbarse. También refiere que le gusta que su perro le practique sexo oral cuando se está masturbando.

Consumo

El paciente comenta que su apetito sexual aumentaba, mandando mano a sus amigas y amigos, y que quería estar sexualmente penetrando, ya sea una mujer u hombre. Comenta que se masturbaba compulsivamente más de diez veces al día bajo efectos de la cocaína. Paciente refiere hacer agujeros en el baño para poder observar a sus padres, en consumo esta práctica también aumentaba para luego masturbarse.

3.3.4 Resultados

Escala de búsqueda de sensaciones

Subescala	Interpretación
Búsqueda de Emoción (BEM)	Nivel bajo
Búsqueda de Excitación (BEX)	Nivel alto
Desinhibición (DES)	Nivel alto
Susceptibilidad hacia el Aburrimiento (SAB)	Nivel medio

En esta escala se obtuvo un total de veinte y ocho puntos que corresponde a un nivel medio de búsqueda de sensaciones.

Inventario de ansiedad sexual

El paciente obtuvo un puntaje de trece puntos equivalente a ansiedad sexual, es decir que el paciente tiene culpa sexual.

Test de apercepción temática

El evaluado se percibe con una autoimagen negativa, la percepción del mundo es, en su mayoría, hostil.

En cuanto a los conflictos significativos, se puede señalar que existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, agresión sexual, complejo de Edipo y culpa sexual), además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia y voyeurismo.

Los mecanismos de defensa que utiliza son: la represión, anulación, racionalización, identificación proyectiva, formación reactiva, aislamiento y negación.

Con respecto al castigo por el delito, el sujeto es indulgente es decir no percibe castigo por sus actos.

Finalmente con respecto a la idoneidad del héroe podemos señalar que el evaluado tiene una baja capacidad resolutoria de conflictos.

3.3.5 Diagnóstico

F14.2 Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cocaína.

F65.2 Trastorno Exhibicionista

F65.3 Trastorno Voyeurista

F65.1 Trastorno Travestista

F65.9 Trastorno Parafílico no especificado del tipo Zoofílico

3.4 Caso José

3.4.1 Biografía

Paciente de diecinueve años de edad, soltero, heterosexual, actualmente reside en Tenguel, su instrucción es primaria y trabaja de jornalero en bananeras.

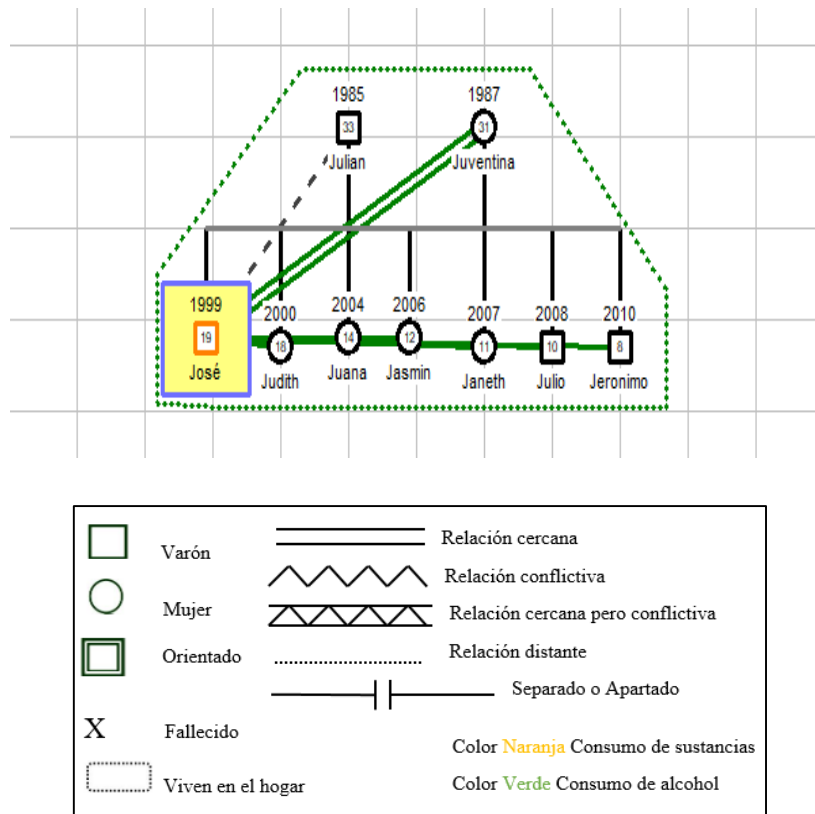
Nace por parto normal, a término. Comenta que su infancia vivió con sus padres hasta los seis años, luego se mudó con su abuela materna por tres años, durante ese tiempo no estudió, solamente se dedicó a trabajar.

Tras la muerte de su abuela, regresó con su madre. A los nueve años entra por primera vez a la escuela. A los catorce años comenzó a trabajar de jornalero en camaroneras o bananeras y a su vez inició su consumo.

El paciente refiere vivir con sus padres y hermanos, su padre se dedica a la construcción, su madre es ama de casa y sus hermanos son estudiantes.

A los dieciocho años, sus padres desesperados por su compulsión de consumo, le encadenaron en su cuarto por un mes. José logró escapar y manifiesta haber consumido por una semana. El paciente refiere que su consumo inició a los trece años, usaba marihuana una o dos veces por semana, esta conducta mantuvo por aproximadamente dos años. A los quince años empezó a consumir base de cocaína, con una frecuencia diaria hasta antes de estar interno.

3.4.2 Genograma



3.4.3 Esferas Sexuales

Infancia

A los seis años tuvo juegos sexuales con su primo. El paciente comenta “nos bajábamos los pantalones y chocábamos los miembros” esto ocurrió solamente una vez. A los siete años tuvo juegos sexuales con una tía siete años mayor que él, practicando el “petting”, simular el tener relaciones sexuales con ropa, por dos o tres ocasiones. El paciente refiere que a los ocho años tenía juegos sexuales con un primo mayor que él con cinco años, comenta “jugábamos al violador yo era la víctima y me encerraba en un cuarto y me tocaba el miembro”, estos juegos sexuales tuvieron lugar durante un año. A los nueve años el paciente comenta que tuvo juegos sexuales con su hermana menor a él con un año, estos juegos consistían en manoseos, besos y frotarse e intentando por varias ocasiones penetrarla. A los diez años él veía como sus amigos tenían relaciones sexuales con los cerdos, él nunca tuvo contacto con estos animales, pero si le gustaba mirar porque lo excitaba mucho. A los once años fue abusado sexualmente por un primo tres años mayor a él. Además practicó la zoofilia con sus perros.

Adolescencia

Durante la adolescencia, a los catorce años de edad, retomó los juegos sexuales con su hermana, los mismos que tuvieron lugar por dos años hasta que su hermana se negó, por esta razón el paciente comenta que comenzó a tener estos juegos con su otra hermana menor a él con cinco años; lo hizo hasta la actualidad manipulándola con dinero y golosinas. Estos juegos consistían en frotarse los genitales. Además abusó de una sobrina de un año practicándole sexo oral. A la edad de quince años abusó de su vecina de siete años manoseándola y también practicándole sexo oral y posteriormente manipuló a su hermana menor con cinco años para manosearla.

Vida sexual actual

El paciente refiere tener manoseos con su enamorada, pero que todavía no hay penetración. José manifiesta que se masturba al ver a sus hermanas en ropa interior y al momento que se duchan. Se roba la ropa interior de sus hermanas para olerlos, y señala que últimamente ha robado la ropa interior de amigas, vecinas y familiares. Paciente refiere que le gusta que los perros le practiquen sexo oral.

Consumo

Le gustaba penetrar a homosexuales a cambio de dinero. Su compulsión por la masturbación aumentaba hasta ocho veces por día. Y también aumentaba la conducta de espiar a sus hermanas en el baño. En efectos de consumo aumentaba la conducta de frotarse con sus hermanas mientras dormían.

3.4.4 Resultados

Escala de búsqueda de sensaciones

Subescala	Interpretación
Búsqueda de emoción (BEM)	Nivel medio
Búsqueda de excitación (BEX)	Nivel alto
Desinhibición (DES)	Nivel alto
Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB)	Nivel alto

En esta escala se obtuvo un total de treinta puntos que corresponde a un nivel alto de búsqueda de sensaciones.

Inventario de ansiedad sexual

El paciente obtuvo un puntaje de dieciocho puntos equivalente a ansiedad sexual, es decir que el paciente tiene culpa sexual.

Test de apercepción temática

La autoimagen de la persona evaluada es negativa, percibe el ambiente o mundo de forma trágica.

José presenta conflictos significativos en el área sexual (culpa masturbatoria, represión de deseos sexuales y temores homosexuales), además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia, ideación suicida, voyeurismo, temores infantiles y angustia por ataque.

Los principales mecanismos de defensa que utiliza el sujeto son: la represión, racionalización, anulación y formación reactiva.

El sujeto es indulgente debido a que no percibe castigo por sus delitos.

Mediana capacidad resolutive de problemas o conflictos en cuanto a la idoneidad del héroe.

3.4.5 Diagnóstico

F14.2 Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cocaína.

F65.8 Trastorno de Frotteurismo

F65.3 Trastorno Voyeurista

F65.0 Trastorno de Fetichismo

F65.9 Trastorno Parafílico no especificado del tipo Zoofílico

3.5 Caso Roberto

3.5.1 Biografía

Paciente de 23 años soltero, heterosexual, actualmente reside en San Miguel de Brasil, su instrucción es bachiller y trabaja de obrero en las minas.

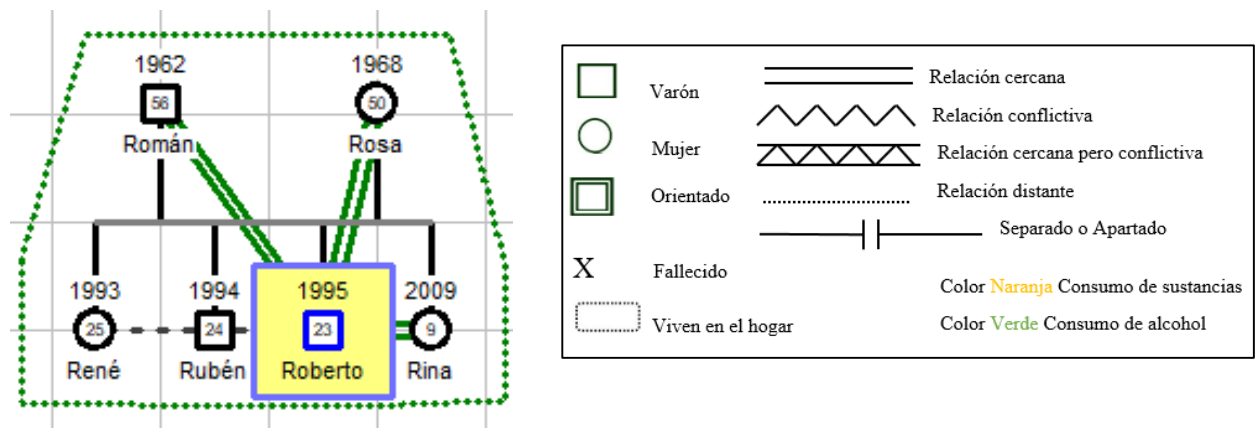
Nace por parto normal, a término. El paciente refiere que su infancia fue plena, tenía muchos amigos, realizaba actividades sanas como ir a pescar, nadar en ríos y en la

escuela fue abanderado por su sobresaliente desempeño académico. En la secundaria su rendimiento académico bajó, sufrió *bullying*, recibiendo burlas por parte de sus compañeros.

El paciente refiere vivir con sus padres y hermanos, su padre se dedica a la minería, su madre es ama de casa, su hermana mayor es economista, su hermano es minero y su hermana menor estudiante.

Actualmente está interno por problemas de consumo de alcohol. El paciente señala que su consumo inició a la edad de dieciséis años, con una frecuencia de tres o cuatro veces por semana; sin embargo el consumo se exacerbó y antes de ser internado, el consumo era diario. El paciente comenta que este es su primer internamiento.

3.5.2 Genograma



3.5.3 Esferas Sexuales

Infancia

Paciente refiere que a los siete años tuvo juegos sexuales con su prima por dos ocasiones, estos juegos consistían en manipularse los genitales y besarse.

Adolescencia

En el colegio, el paciente espiaba a sus compañeras en el baño y comenta que en una ocasión entró a la casa de la vecina a escondidas para espiarle mientras se duchaba. A los catorce años el paciente tuvo contacto sexual con una gallina. Y menciona que, por tres o cuatro ocasiones, mientras se masturbaba, se introdujo objetos analmente. A los dieciséis años tuvo su primera relación sexual con una prostituta y desde ese momento le gusta frecuentar burdeles. A los dieciocho años participó en tríos y en orgías con

trabajadoras sexuales, comenta “a veces pagaba un poco más a la prostituta para que griten duro”.

Vida sexual actual

Paciente refiere que actualmente su vida sexual ha disminuído, a veces prefiere masturbarse en lugar de ir a los burdeles. Relata que tiene una masturbación compulsiva llegando a masturbarse de cuatro a seis veces diarias; y cuando se masturba, prefiere espiar a su hermana en ropa interior o cuando se baña. También se masturba con la ropa interior que se roba de su vecina, hermana y amigas, para olerlas y excitarse. Practica el “sexting” con amigas en Facebook (intercambiarse fotos íntimas), y comenta que dedica hasta seis horas diarias en ver pornografía del tipo “violación, bestialismo y sádicas”. Nunca ha estado sexualmente con una pareja sentimental, ni ha tenido juegos y caricias previas a la relación sexual. Su única experiencia es con trabajadoras sexuales.

Consumo

El paciente refiere que prefería irse a casa en estado etílico después de haber estado en el burdel. Comenta “las ganas tenía, pero estaba pasando por un problema de disfunción eréctil”, por esta razón su actividad sexual se vio fuertemente disminuida y aumentaba las ganas de espiar a la hermana en ropa interior y deseos de violación.

3.5.4 Resultados

Escala de búsqueda de sensaciones

Subescala	Interpretación
Búsqueda de emoción (BEM)	Nivel alto
Búsqueda de excitación (BEX)	Nivel alto
Desinhibición (DES)	Nivel alto
Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB)	Nivel bajo

En esta escala se obtuvo un total de treinta puntos que corresponde a un nivel alto de búsqueda de sensaciones.

Inventario de ansiedad sexual

El paciente obtuvo un puntaje de seis puntos equivalente a ausencia de ansiedad sexual, es decir que el paciente tiene comodidad sexual.

Test de apercepción temática

La autoimagen de la persona evaluada es pobre, percibe el mundo de forma hostil.

Existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, represión de deseos sexuales, deseos sexuales relacionados a temas edípicos, temores homosexuales), además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia, represión de agresividad, ideación suicida, voyeurismo, exhibicionismo, temores infantiles y angustia por ataque.

La represión, la racionalización, la anulación, la regresión, aislamiento y la negación son los principales mecanismos de defensa que utiliza.

En cuanto al castigo por el delito, el sujeto es demasiado indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos.

Y con respecto a la idoneidad del héroe, el evaluado carece de capacidad resolutive de problemas o conflictos.

3.5.5 Diagnóstico

F10.2 Trastornos mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol.

F65.3 Trastorno Voyeurista

F65.0 Trastorno de Fetichismo

3.6 Caso Pedro

3.6.1 Biografía

Paciente de veinte y ocho años de edad, separado, heterosexual, actualmente reside en Guabo, su instrucción es primaria y trabaja de obrero en las minas.

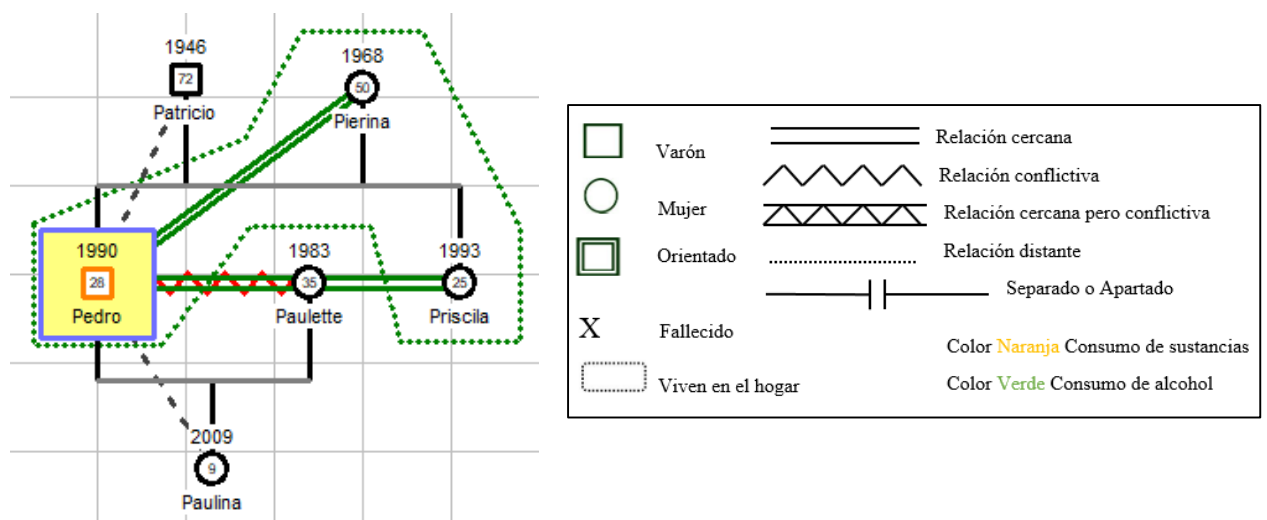
Nace por parto normal, a término. Pedro comenta que su niñez fue dura, su infancia estuvo marcada por el maltrato tanto físico como verbal. Sus padres se separaron cuando él tenía cuatro años, y su cuidado pasó a manos de su progenitor, con quien vivió hasta los ocho años. El paciente señala que durante este período también recibió agresiones físicas y psicológicas. Pedro indica que no estudió, pero que su padre asumió la enseñanza en la casa.

A la edad de doce años, se mudó a otra ciudad para trabajar cuidando a un anciano durante dos años. A los catorce años regresó a vivir con su madre y terminó la primaria. A los quince años conoció a su primera pareja sentimental con quien se mudó tras un año de relación, más tarde ella se convertiría en la madre de su único hijo. Convive con su pareja durante ocho años hasta que se separaron definitivamente. Actualmente, el paciente vive con su madre y hermana y trabaja como obrero de minas.

En consumo estuvo involucrado en actos delictivos, a los diecinueve años por robo y a los veinte y cinco años por asalto a mano armada, cumpliendo una condena de un mes y veinte meses respectivamente.

Actualmente está interno por problemas con el consumo de drogas, el paciente señala que a los 14 años empezó su consumo de cocaína, el cual continuó hasta la actualidad, con una frecuencia diaria. Además señala que a los dieciséis consumió marihuana por primera vez, y en la actualidad su frecuencia de consumo es de una a dos veces por semana. Refiere que este es su primer internamiento en un centro de rehabilitación de adicciones.

3.6.2 Genograma



3.6.3 Esferas Sexuales

Infancia

Paciente refiere que fue abusado sexualmente a los seis años por un amigo de su padre. A los siete años de edad, tenía juegos sexuales con sus primas, estos juegos consistían en besos y manipulación de los genitales. A los nueve años el paciente se introducía objetos analmente. A los diez años tenía relaciones sexuales con terneras, yeguas y burros cuando vivía con su tío en el campo. A los doce años espiaba a una vecina cuando se duchaba, luego esta conducta se repitió a los catorce años con otra vecina en reiteradas ocasiones.

Adolescencia

El paciente refiere que a los trece años, practicó el bestialismo al tener relaciones sexuales con burras, mulas y yeguas. Comenta que todos los jóvenes de ahí lo practicaban. A los catorce años el paciente tuvo su primera relación sexual con su vecina, y desde entonces también inició sus contactos sexuales con perros. A los dieciséis años, y a pesar de tener “un compromiso” (una pareja estable), le gustaba espiar a su vecina. A los diecinueve años participó en una orgía, señala que esta fue la única ocasión en la que estuvo en este tipo de actos.

Vida sexual actual

El paciente comenta que su vida sexual ha disminuido, no ha estado con una mujer en más de un año, ha sustituido su deseo con la masturbación y el espiar a su vecina desnuda y fantasear con ella. Refiere tener fantasías sexuales de tener relaciones sexuales en lugares apartados al aire libre y fantasías sádicas sexuales comenta “quiero amarrar, azotar y golpear”.

Consumo

En efectos de consumo aumentaba la compulsión por masturbarse e introducirse objetos analmente, llegando a masturbarse hasta diez veces por día y provocándose lesiones que le producían sangrado. El paciente comenta que en consumo aumentaba sus ganas de espiar a la vecina y tener ideas de violación llegando a al punto de intentar violar

a su madre y hermana. Por la compulsión de consumir dos veces ha tenido relaciones sexuales con homosexuales a cambio de droga.

3.6.4 Resultados

Escala de búsqueda de sensaciones

Subescala	Interpretación
Búsqueda de emoción (BEM)	Nivel medio
Búsqueda de excitación (BEX)	Nivel alto
Desinhibición (DES)	Nivel medio
Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB)	Nivel bajo

En esta escala se obtuvo un total de veinte y dos puntos que corresponde a un nivel medio de búsqueda de sensaciones.

Inventario de ansiedad sexual

El paciente obtuvo un puntaje de diecisiete puntos equivalente a ansiedad sexual, es decir que el paciente tiene culpa sexual.

Test de apercepción temática

El evaluado se percibe así mismo con una autoimagen que oscila entre positiva y negativa, la percepción del ambiente es amistosa.

Con respecto a los conflictos significativos, existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, represión y conflicto de deseos sexuales, represión de deseos homosexuales), conflictos de independencia versus dependencia, represión de agresividad, temores infantiles angustia por ataque y exhibicionismo.

Los mecanismos de defensa que utiliza son: la represión, la racionalización, regresión y negación.

Con respecto al castigo por el delito podemos señalar que el sujeto es demasiado indulgente (no percibe castigo por sus actos).

Y la idoneidad del héroe, reflejada en la capacidad de resolver problemas, podemos señalar que el evaluado posee una baja capacidad resolutoria.

3.6.5 Diagnóstico

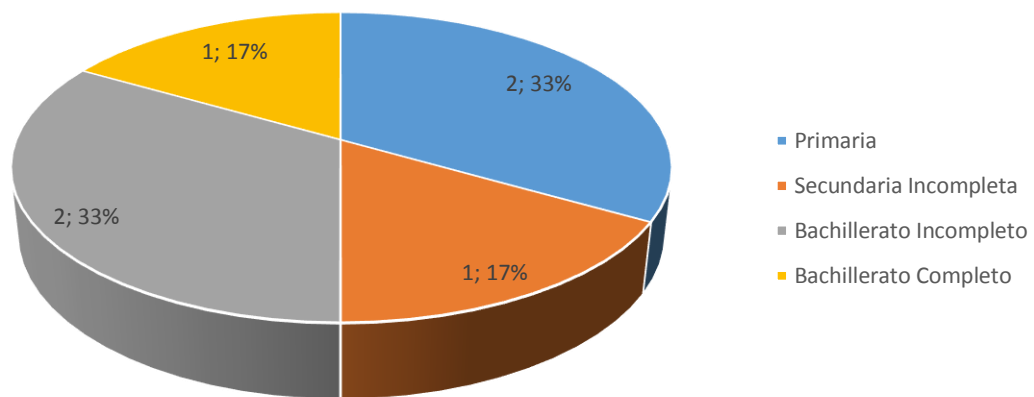
F19.2 Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias.

F65.3 Trastorno Voyeurista

F65.9 Trastorno Parafilico no especificado del tipo Zoofílico.

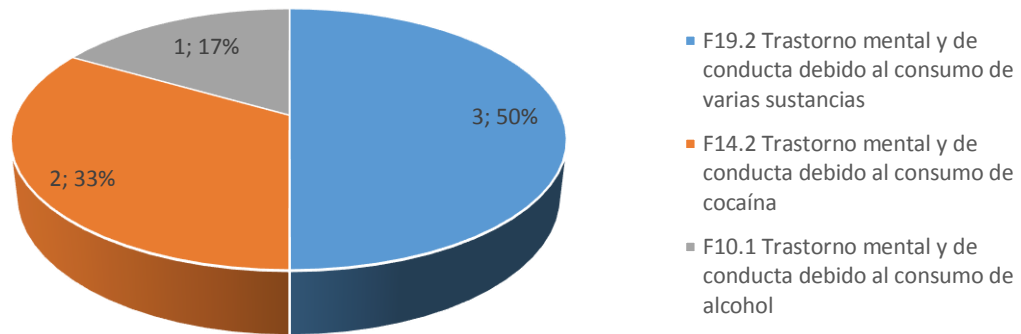
3.7 Resumen de resultados grupales

Figura 1: Nivel educativo de los participantes



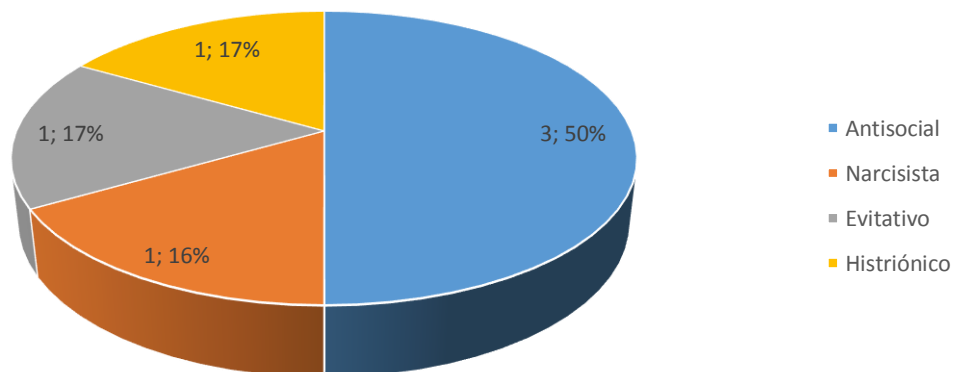
La figura 1. Indica el 33% (n=2) de los pacientes culminaron la primaria y poseen un bachillerato incompleto (ver Figura 1).

Figura 2: Diagnóstico de consumo



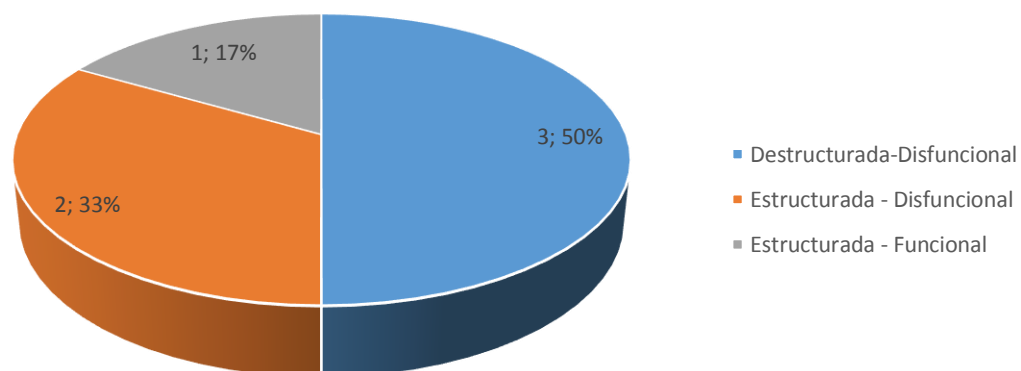
La Figura 2. Indica el diagnóstico de consumo de la población. Entre los resultados obtenidos tenemos los siguientes diagnósticos: El 50% (n= 3), Trastorno Mental y de Conducta debido al consumo de varias sustancias; el 33% (n= 2), Trastorno Mental y de Conducta debido al consumo de cocaína; y el 17% (n= 1), Trastorno Mental y de Conducta debido al consumo de alcohol.

Figura 3: Personalidad



La figura 3. Corresponde al tipo de personalidad, el 50% (n=3) posee personalidad de tipo Antisocial; el 17% (n=1) posee personalidad de tipo Histriónico; el 17% (n=1) posee personalidad de tipo Evitativo; el 16% (n=1) posee personalidad de tipo Narcisista.

Figura 4: Estructura familiar del grupo de estudio



La figura 4. Señala la estructura familiar de los pacientes, en el mismo se puede evidenciar que el 50% (n=3) proviene de una familia desestructurada y disfuncional.

3.7.1 Resultados De Los Instrumentos Aplicados

Tabla 7: Resultados generales del TAT por caso

<i>Autoimagen</i>	<i>Percepción del ambiente</i>	<i>Mecanismos de defensa</i>	<i>Conflictos sexuales</i>	<i>Castigo por el delito</i>	<i>Capacidad de resolver problemas</i>
<i>Caso René</i>					
<i>Autoimagen pobre</i>	Ambivalente (entre hostil y amistoso)	Racionalización Represión Negación	Culpa masturbatoria Conflictos de deseos sexuales Represión de deseos homosexuales Voyeurismo	Demasiado indulgente	Mediana capacidad resolutive
<i>Caso Sergio</i>					
<i>Autoimagen positiva</i>	Amistoso	Racionalización Represión Regresión	Culpa masturbatoria Represión de deseos sexuales Conflictos de deseos sexuales	Demasiado indulgente	Baja capacidad resolutive
<i>Caso Jaime</i>					
<i>Autoimagen negativa</i>	Hostil	Represión Anulación Racionalización	Culpa masturbatoria Agresión sexual Complejo de Edipo Culpa sexual Voyeurismo	Indulgente	Baja capacidad resolutive
<i>Caso José</i>					
<i>Autoimagen negativa</i>	Trágico	Represión Racionalización Anulación	Culpa masturbatoria Represión de deseos sexuales Temores homosexuales voyeurismo	Indulgente	Mediana capacidad resolutive
<i>Caso Roberto</i>					
<i>Autoimagen pobre</i>	Hostil	Represión Racionalización Anulación	Culpa masturbatoria Represión de deseos sexuales Deseos sexuales relacionados a temas edípicos Temores homosexuales Voyeurismo Exhibicionismo	Demasiado indulgente	Carece de capacidad resolutive
<i>Caso Pedro</i>					
<i>Autoimagen ambivalente (entre positivo y negativo)</i>	Amistoso	Represión Racionalización Regresión	Culpa masturbatoria Represión de deseos sexuales Conflictos de deseos sexuales Represión de deseos homosexuales Exhibicionismo	Demasiado indulgente	Baja capacidad resolutive

Figura 5: Resultados grupales del Test de apercepción temática

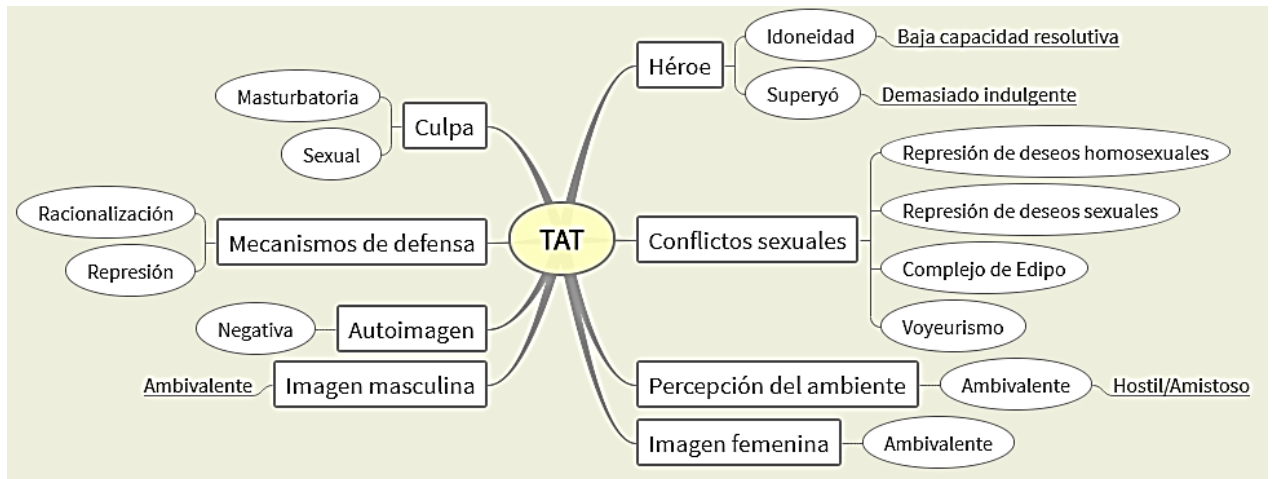
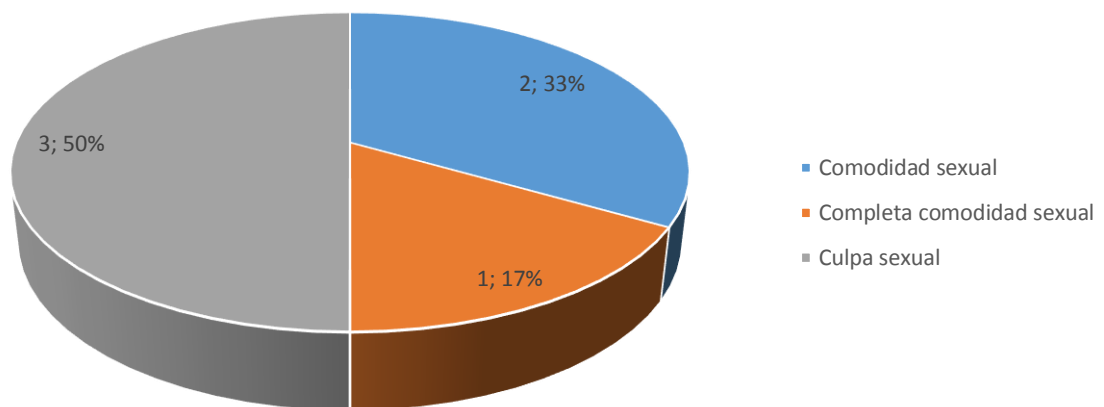


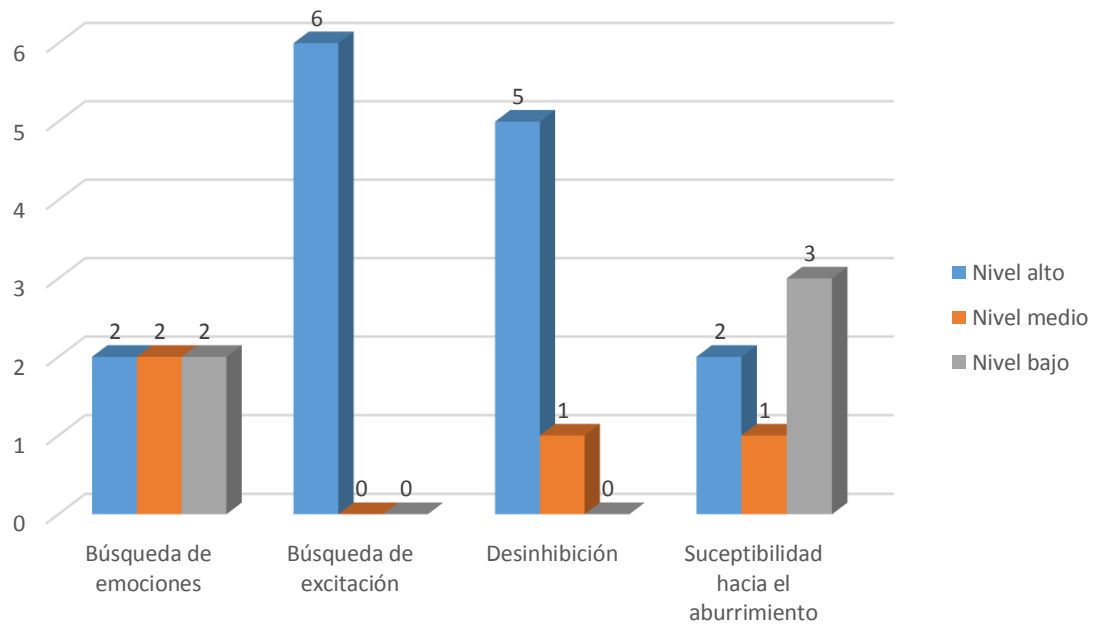
Figura 5. Explica los resultados generales obtenidos del Test apercepción temática; en su mayoría, el grupo de estudio se identificó con la figura del héroe, con una carente idoneidad, es decir baja capacidad resolutive de problemas, y un superyó demasiado indulgente ante el delito. Los conflictos de índole sexual que se encontraron fueron represión de deseos sexuales, represión de deseos homosexuales, complejo de Edipo y voyeurismo. La percepción del ambiente fue ambivalente entre hostil y amistoso; en cuanto a la percepción de las figuras, tanto masculina como femenina, fueron ambivalentes entre positiva y negativa. La autoimagen, en su totalidad, fue negativa; los mecanismos de defensa más utilizados fueron racionalización y represión; y se evidenció que existe culpa sexual y masturbatoria.

Figura 6: Ansiedad Sexual del grupo de estudio



La figura 6. Correspondiente a los resultados obtenidos en la escala de ansiedad sexual, indican que el 50% (n=3) de los pacientes presentan culpa sexual; el 33% (n=2) de los pacientes presentan comodidad sexual; el 17% (n=1) de los pacientes presentan completa comodidad sexual.

Figura 7: Escala de Búsqueda de Sensaciones del grupo de estudio



La figura 7. Correspondiente a los resultados obtenidos en la escala de búsqueda de sensaciones señala que.

- “Búsqueda de emociones” se obtuvo un 33.33% tanto en el nivel alto, medio y bajo.
- “Búsqueda de excitación” el 100% obtuvo un puntaje correspondiente a nivel alto.
- “Desinhibición” el 83.33% obtuvo un nivel alto y el 16.67% restante obtuvo un nivel medio.
- “Susceptibilidad hacia el aburrimiento”, un 50% obtuvo un nivel bajo, el 33.33% obtuvo un nivel alto y el 16.67% obtuvo un nivel medio.

3.8 Esfera Sexual

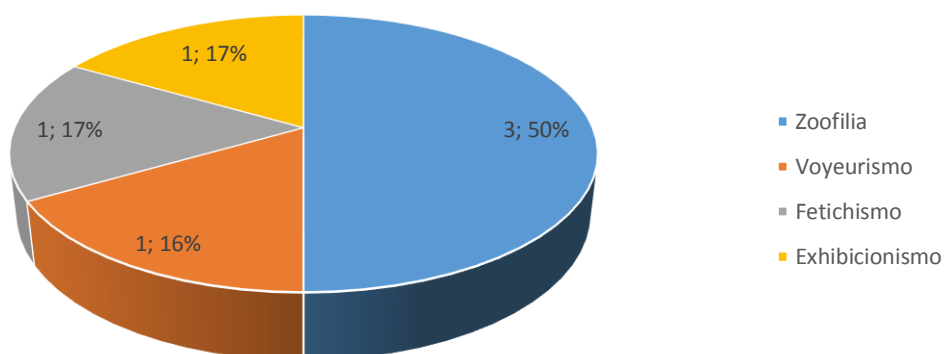
3.8.1 Infancia

Tabla 8: Escena primaria y abuso sexual en la infancia

Paciente	Escena primaria	Abuso sexual
René	16,5%	0%
Sergio	0%	0%
Jaime	16,5%	16,6%
José	0%	16,6%
Roberto	0%	0%
Pedro	0%	16,6%
Total	33%	50%

La tabla 8. Correspondiente a la escena primaria y abuso sexual, el 33% (n=2) afirma haber presenciado el acto sexual de sus padres. El 50% (n=3) manifestó haber sufrido abuso sexual.

Figura 8: Conductas parafilicas en la infancia



La figura 8. Señala la presencia de conductas parafilicas en la infancia:

- El 50% (n=3) indica conductas zoofílicas en la infancia
- El 17% (n=1) indica conductas exhibicionistas
- El 17% (n=1) indica conductas fetichistas
- El 16% (n=1) indica conductas voyeuristas.

3.8.2 Adolescencia

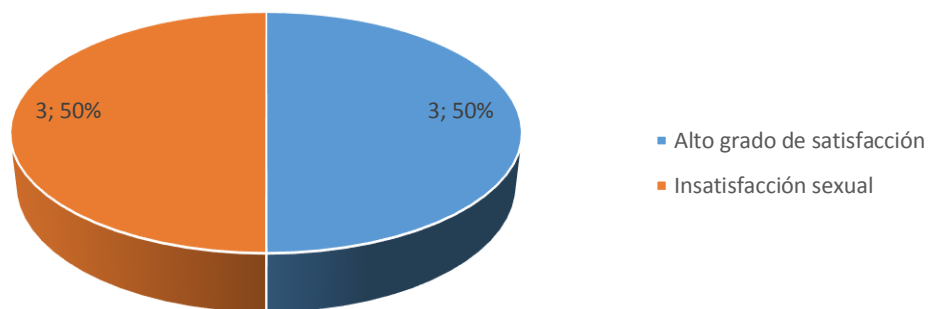
Tabla 9: Conductas parafílicas en la adolescencia

Paciente	Zoofilia	Exhibicionismo	Travestismo	Pedofilia
René	0%	0%	0%	0%
Sergio	16,6%	0%	0%	0%
Jaime	16,6%	16,6%	16,6%	0%
José	0%	0%	0%	16,6%
Roberto	16,6%	0%	0%	0%
Pedro	16,6%	0%	0%	0%
Total	66,67%	16,67%	16,67%	16,67%

La tabla 9. Correspondiente a conductas parafílicas en la adolescencia, indica que el 83,33% (n=5) afirmó tener conductas parafílicas; de las cuales, el 66,67% (n=4) presentó zoofilia; el 16,67% (n=1) presentó exhibicionismo; 16,67% (n=1) presentó travestismo y el 16,67% (n=1) presentó pedofilia.

3.8.3 Actual o Adultez

Figura 9: Grado de satisfacción sexual en la adultez



La figura 9. Indica el grado de satisfacción sexual, el 50% (n=3) señala alto grado de satisfacción y el restante manifiesta insatisfacción sexual.

Tabla 10: Fantasías parafilicas en la adultez

Paciente	Parafilia no especificada	Exhibicionismo	Travestismo	Sadismo	Zoofilia
René	0%	0%	16,6%	0%	0%
Sergio	0%	16,6%	0%	0%	0%
Jaime	16,6%	0%	0%	0%	0%
José	16,6%	0%	0%	16,6%	0%
Roberto	16,6%	0%	0%	0%	16,6%
Pedro	0%	16,6%	0%	0%	0%
Total	50%	33.33%	16,67%	16,67%	16,67%

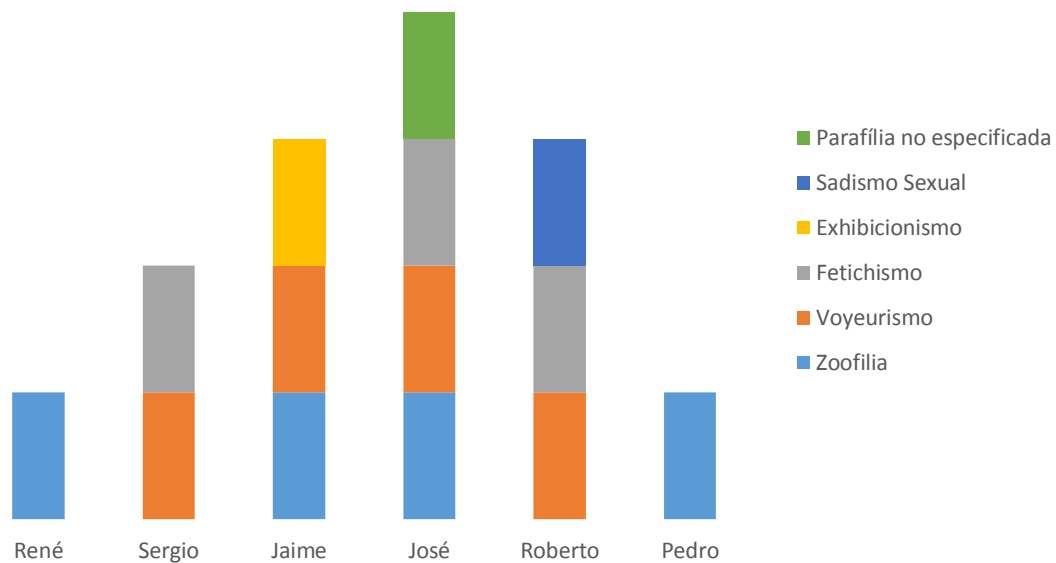
La Tabla 10. Correspondiente a fantasías parafilicas, señala que el 100% (n=6) presentó fantasías parafilicas, el 50% (n=3), no especificadas del tipo incestuoso; el 33,33% (n=2), exhibicionismo; el 16,67% (n=1), travestismo; el 16,67% (n=1), sadismo sexual; y el 16,67% (n=1), fantasías zoofílicas.

Tabla 11: Fantasías parafilicas llevadas al acto

Paciente	Fetichismo	Exhibicionismo	Travestismo
René	16,6%	0%	0%
Sergio	0%	16,6%	0%
Jaime	0%	0%	16,6%
José	16,6%	0%	0%
Roberto	16,6%	0%	0%
Pedro	0%	0%	0%
Total	50%	16,67%	16,67%

La tabla 11. Correspondiente a fantasías parafilicas llevadas al acto, señala que el 83.33% (n=5), consumó sus fantasías parafilicas; el 50% (n=3), parafilicas fetichistas; el 16,67% (n=1), fantasías de exhibicionismo; y el 16,67% (n=1), consumó fantasías de travestismo.

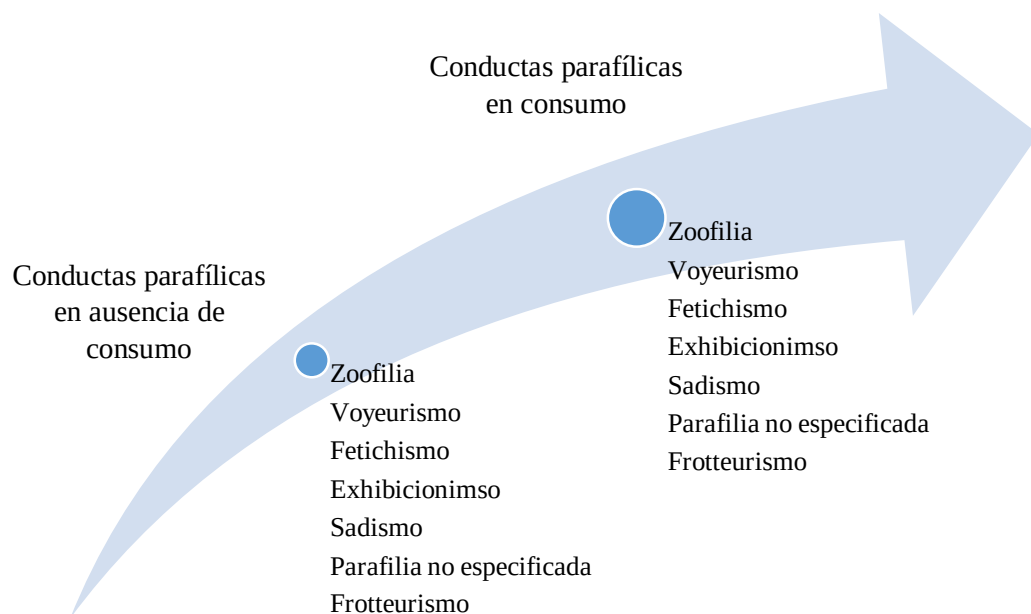
Figura 10: Conductas parafilicas prevalentes



La figura 10. Indica las conductas parafilicas de los pacientes. El 100% (n=6), presentó conductas parafilicas; el 66.67% (n=4), zoofilia; el 66.67% (n=4), voyeurismo; el 50% (n=3), fetichismo; el 16,67% (n=1), exhibicionismo; el 16,67% (n=1), sadismo sexual; y el 16,67% (n=1), parafilia no especificada.

3.8.4 Vida sexual en consumo

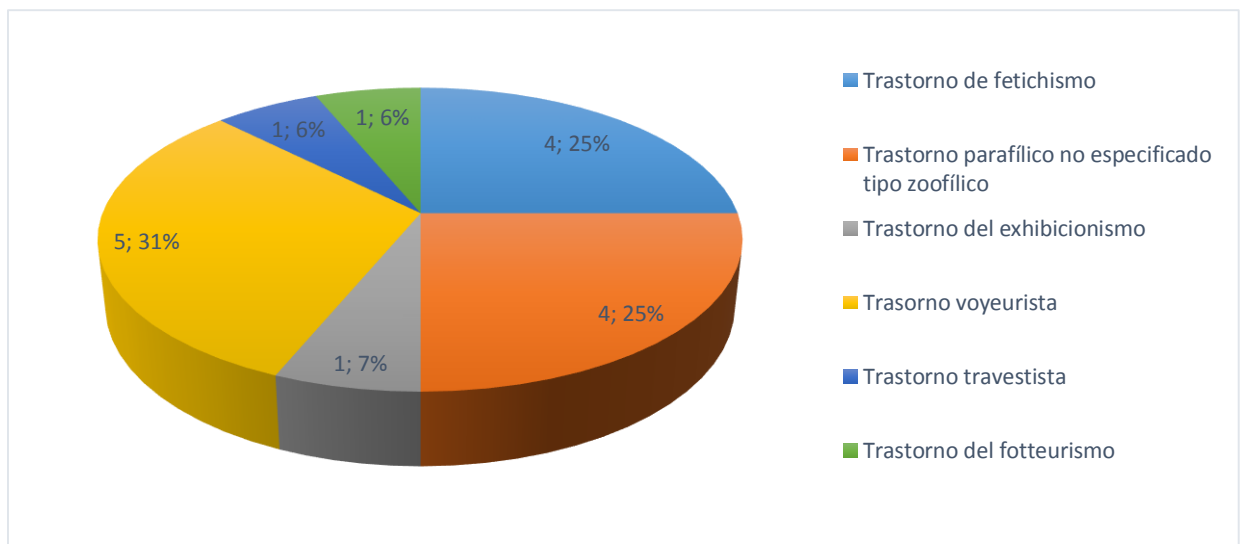
Figura 11: Vida sexual en consumo



La figura 11. Señala las conductas parafílicas durante el consumo, categorizado por paciente:

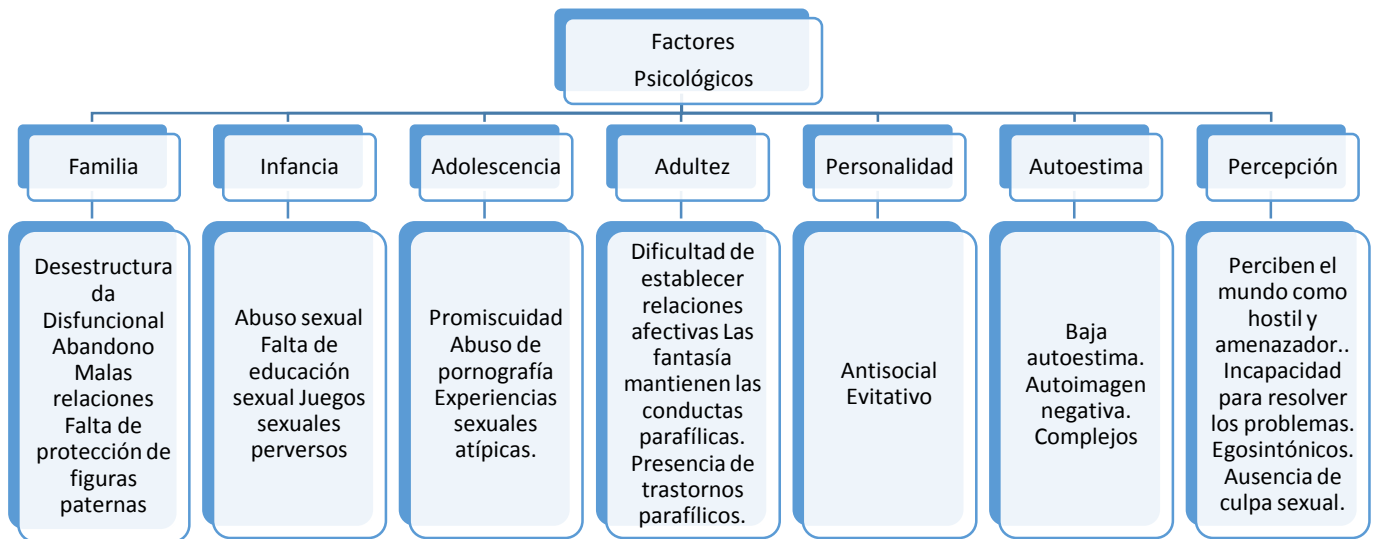
- a) René manifestó un aumento de su conducta zoofílica y conducta parafílica no especificada de tipo incestuosa.
- b) Sergio manifestó un aumento de su conducta parafílica no especificada de tipo incestuosa.
- c) Jaime manifestó un aumento de su conducta voyeurista y exhibicionista.
- d) José manifestó un aumento de su conducta voyeurista y frotteurista.
- e) Roberto manifestó un aumento de su conducta voyeurismo, y sadismo sexual.
- f) Pedro manifestó un aumento de su conducta parafílica no especificada de tipo incestuosa, voyeurismo y sadismo sexual.

Figura 12: Diagnóstico por paciente



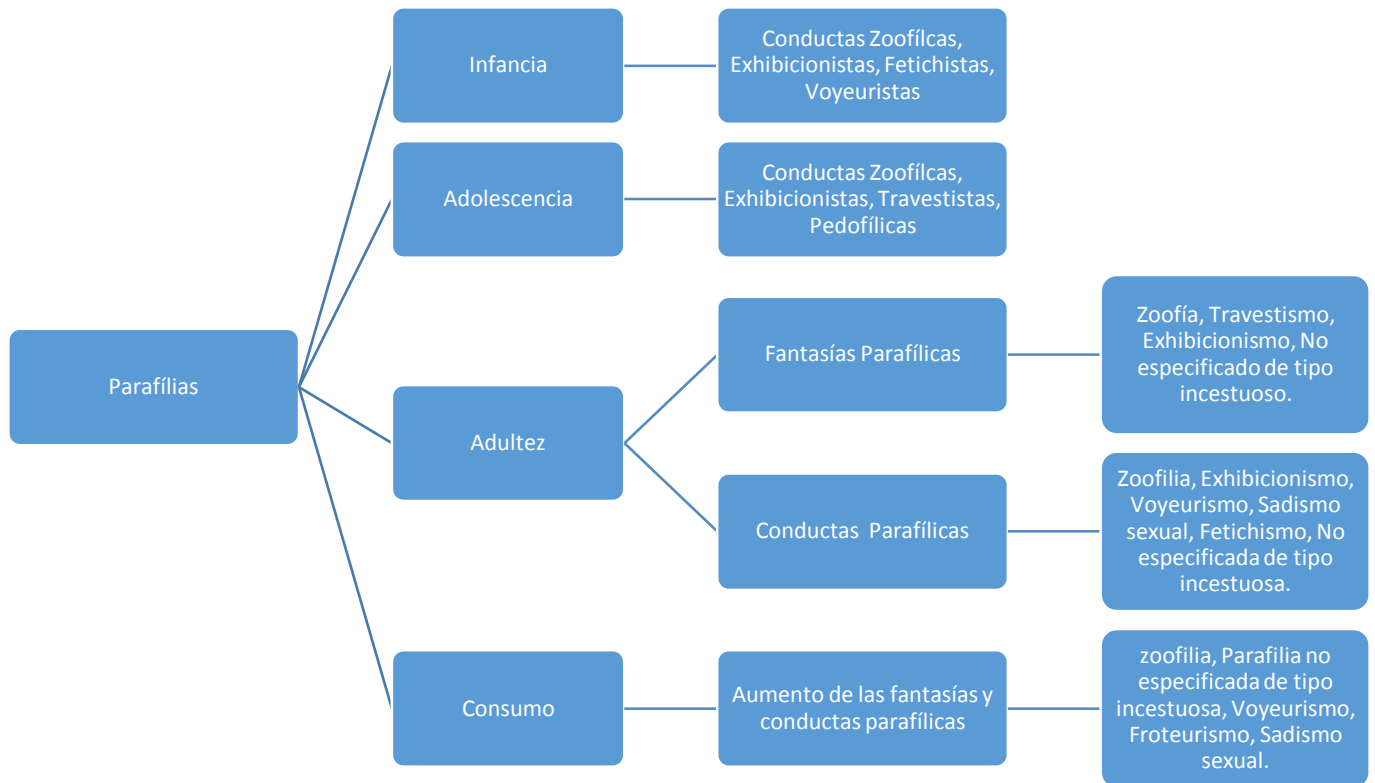
La figura 12. Correspondiente al diagnóstico por paciente indica que el 100% (n=6) desarrollaron un trastorno parafílico. El 83.33% (n=5) presentaron trastorno voyeurista; el 66.67% (n=4) presentaron el trastorno de fetichismo; el 66.67% (n=4) presentaron el trastorno parafílico no especificado de tipo zoofílico; el 16.67% (n=1) presenta el trastorno del exhibicionismo; el 16.67% (n=1) presenta el trastorno travestista y el 16.67% (n=1) presenta el trastorno de frotteurismo.

Figura 13: Factores Psicológicos asociados a trastornos parafilicos



La figura 13. Explica los principales factores psicológicos asociados a las parafilias donde encontramos que la totalidad del grupo de estudio proviene de una familia desestructurada - disfuncional donde prima las relaciones conflictivas entre sus miembros y la falta de protección por parte de las figuras parentales. La personalidad de la población de esta investigación es, en su mayoría, antisocial o evitativa. En el apartado referente a autoestima se evidenció que todos los pacientes presentaban una autoimagen negativa y por lo tanto una baja autoestima; su percepción del mundo exterior es hostil, y su autopercepción es egosintónica, es decir, ausencia de culpa sexual. En la infancia, su educación sexual estuvo marcada por el abuso sexual y los juegos sexuales patológicos; en la adolescencia la promiscuidad, el abuso de pornografía y las experiencias sexuales inusuales contribuyeron a la presentación de trastornos parafilicos en la edad adulta.

Figura 14: Parafilias en las diferentes etapas evolutivas



La figura 14. indica la presencia de las parafilias en las diferentes etapas evolutivas: en la infancia presentaron conductas zoofílicas, exhibicionistas, fetichistas y voyeuristas; en la adolescencia se manifestaron conductas zoofílicas, exhibicionista, travestistas y pedofílicas; en la actualidad presentan: fantasías parafílicas de tipo zoofílico, travestismo, exhibicionismo y fantasías parafílicas del tipo incestuoso; además presentan conductas zoofílicas, exhibicionistas, voyeuristas, sádicas sexuales, fetichistas y conductas parafílicas no especificada de tipo incestuoso. Es importante señalar que durante el consumo de sustancias, la frecuencia de estas conductas aumentaba considerablemente.

Figura 15: Mitos sobre la sexualidad

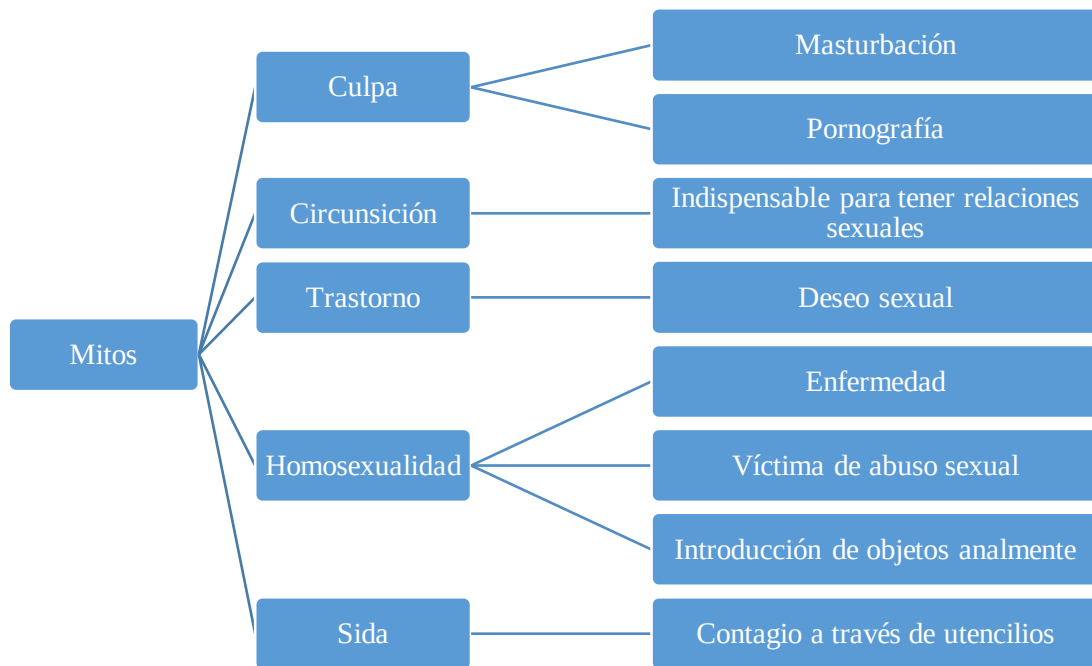


Figura 16. Explica los mitos que presenta el grupo de estudio con respecto a la sexualidad. Creer que la masturbatoria y ver pornografía es motivo de culpa, alegando que es pecado, que se trata de un hábito sucio y que debería ser considerado repugnante. Con respecto al miembro viril, los entrevistados alegan que “debe ser circuncidado para iniciar su vida sexual”. Consideran que el deseo sexual es un trastorno que debería recibir tratamiento. Además piensan que la homosexualidad es una enfermedad que tiene cura; y que el hecho de ser víctima de abuso sexual, o introducirse objetos analmente originan la homosexualidad. Otra de las creencias dentro del grupo es pensar que el sida se contagia a través de utensilios.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue identificar los factores psicológicos asociados a las parafilias en una muestra seleccionada de pacientes que presentaban trastornos parafilicos.

Mediante la aplicación de las diferentes herramientas de evaluación, se determinó los factores psicológicos que inciden en la presentación de las conductas parafilicas y su relación con el consumo de sustancias.

En esta investigación, la media de **edad** de 25.5 años, el 66.67% son solteros y en su totalidad se ha identificado como heterosexuales; estos datos que coinciden con una población de pacientes parafilicos en un estudio realizado en Philadelphia Estados Unidos, lo que confirma que las conductas parafilicas inicia en la pubertad pero podría desencadenar a partir de los 18 a 25 años y existe más prevalencia en hombres que en mujeres por factores hormonales (Sadock & Sadock, 1991).

La **prevalencia** de trastornos parafilicos del grupo de estudio es, en su mayoría, el trastorno voyeurista, seguido del trastorno de fetichismo, y finalmente del trastorno parafilico no especificado de tipo zoofílico. Datos que se contraponen con los hallazgos de un estudio de Barlow y Wincze, realizado en Estados Unidos (2009) refirieron de 1921 admisiones hospitalarias por trastornos sexuales, el 79% correspondía a pedofilia, el 15% a exhibicionismo y el 4% a agresión sexual. En los países de primer mundo se ha constatado muertes por hipoxifilia se calcula de uno a dos fallecimientos por millón de habitantes y por año (Barlow & Wincze, 2009). Este resultado puede deberse al tamaño reducido de la muestra y al nivel cultural de países en vías de desarrollo o a condiciones muestrales.

En cuanto a los **factores psicológicos** se ha determinado que la **personalidad**, la mayoría de pacientes presentan patrones antisociales. Datos similares se encontraron en un estudio realizado en España en el año 2012, donde se evaluó la personalidad de pacientes con parafilias y se demostró que estos sujetos tenían tipos psicópatas y antisociales (Jiménez, 2012).

Con referencia a la **estructura familiar**, la totalidad de los pacientes provienen de familias disfuncionales y en su mayoría desestructuradas; esto concuerda con la investigación de Ortiz Valero y Ladrón de Guevara y Guerrero realizada en Madrid-

España en el año 1998, que señala que el factor común en pacientes parafílicos es una estructura de familia disfuncional y desorganizada.

En cuanto al **abuso sexual**, en una investigación realizada en Europa en el año 2012, se determinó que la mayoría de víctimas de abuso sexual, acaban convirtiéndose en pedófilos o adquiriendo otras conductas parafílicas (Jiménez, 2012); en contraposición con el grupo de estudio investigado, donde el 50% de los pacientes señalaron haber sido víctimas de abuso sexual en alguna etapa de su vida, sin embargo, la mayoría, no presentan trastorno pedofílico. Estos datos tenemos que manejarlos con sumo cuidado a la hora de hacer generalizaciones.

Con respecto a la escala de **búsqueda de sensaciones**. Nuestros evaluados tienen niveles altos en la escala de búsqueda de sensaciones, se encontraron niveles similares en una población de delincuentes sexuales (pedofilia, violadores, acosadores y exhibicionistas), privados de la libertad en Estados Unidos (Barlow & Wincze, 2009); (Zapata Boluda & Gutiérrez I, 2016). Los resultados de la escala de búsqueda de sensaciones concuerdan en los dos grupos, con la diferencia que el grupo de estudio pertenece a internos por consumo de sustancias, cuyas conductas son de tipo zoofílicas, voyeuristas, fetichistas, exhibicionistas y sádicos sexuales, y no a delincuentes sexuales como en la población del estudio de Barlow y Wincze.

Según los hallazgos del Test de Apercepción Temática, utilizado por primera vez en el presente estudio para determinar la autoimagen, la percepción del ambiente, los mecanismos de defensa, los conflictos relacionados con temas sexuales y el superyó e idoneidad del héroe en la presente población. Por esta razón no hay registros de estudios similares con la aplicación de este test proyectivo en parafilias a nivel de Latinoamérica.

En el 2012, en España se realizó un estudio referente a autoestima, en el cual se constató que los individuos con baja autoestima, presentaban pedofilia, zoofilia, voyeurismo, froteurismo y exhibicionismo, debido a que era más asequible conseguir niñas, animales e incluso ancianas, que mujeres de su edad (Jiménez, 2012), coincidiendo con la presente investigación, donde en el apartado de **autoimagen** se encontró que la mayoría se percibe a sí mismo con una autoimagen negativa.

Por otro lado, los pacientes evaluados perciben el **ambiente o mundo** de forma ambivalente, entre hostil y amistoso, esto debido a que, como lo menciona Allport, cada individuo percibe el ambiente de forma única y particular, y de ello dependerán los

procesos de aprendizaje, la codificación de la memoria y el significante de ambiente (Allport & Floyd, 1974); lo que coincide con los resultados obtenidos de la aplicación del inventario de ansiedad sexual, donde se obtuvo resultados ambivalentes entre comodidad sexual y culpa sexual.

En el apartado de **superyó** e **idoneidad** se evidenció que los pacientes eran demasiado indulgentes frente al castigo y poseen una baja capacidad resolutive frente a los problemas. Este fenómeno se dio sobretodo en pacientes con trastorno voyeurista y fetichista.

Entre los principales **mecanismos de defensa** que los pacientes utilizan se encuentran: la represión, la racionalización y la anulación, como respuestas cognitivas para proteger el yo, de pensamientos y deseos de índole sexual (Freud & Carcamo, 1961). En contraposición con el estudio sobre el origen de las parafilias de Melanie Klein que consideraba que los medios de defensa van dirigido contra una angustia primitiva y no como una regresión a un nivel antiguo de conductas y deseos (Ey, Bernard, & Brisset, 1990). Lo que significa que los mecanismos de defensa no son exclusivos de los deseos de índole sexual, sino la forma más primitiva de protección frente a la angustia.

Con respecto al apartado de **conflictos**, se hizo hincapié en temas de índole sexual, donde se pudo evidenciar que todos tienen culpa masturbatoria y conflictos de deseos sexuales, una gran mayoría presenta temores homosexuales y voyeurismo. Debido a que no existen estudios previos de este tipo, no se puede establecer una relación en pacientes con trastornos parafilicos.

Rubio y Velasco señalan que la fantasía es un componente inflexible e indispensable de la parafilia para desencadenar esta conducta; es decir la fantasía es un requisito indispensable en una parafilia, pues bien existe una vinculación entre estos dos componentes y puede existir un desbalance entre la fantasía y el acto, es decir individuos más fantasiosos que conductuales y viceversa, por lo tanto la fantasía puede sustituir al acto en una parafilia (Rubio & Velasco Tellez, 1994). En nuestro estudio se evidenció que la mayoría de pacientes presentan fantasías parafilicas, sin mostrar la conducta, ni desarrollar el trastorno parafílico.

La población completa del grupo de estudio sufre un problema de abuso de consumo de alcohol y drogas, y además presenta una **comorbilidad** con otro tipo de trastornos, como lo son los parafilicos. Datos similares se encontraron en un estudio de

Kafka y Hennen en varones con parafilias y trastornos relacionados con parafilias, quienes presentaban comorbilidad con el abuso de sustancias psicoactivas, especialmente el abuso de alcohol y cocaína (Kafka & Hennen, 2002). Además se relacionó el alcoholismo con una gran variedad de crímenes sexuales, concluyendo en una comorbilidad de alcoholismo y parafilias específicas que incluyen el sadismo sexual, el fetichismo, la pedofilia, el exhibicionismo y el travestismo (Allnutt, Bradford, Greenberg, & Curry, 1996).

En nuestro estudio se evidenció que los trastornos parafilicos sí están directamente relacionados con el **consumo de sustancias** porque, a mayor consumo mayor recurrencia, pero este último factor causal. En consonancia con los hallazgos detallados en el estudio de Taylor y Francis (2002) que afirman que la dependencia física hacia las drogas potencia múltiples trastornos sexuales (Taylor & Francis, 2002). Además según Kafka y Hennen (2002) el abuso de sustancias psicoactivas (40.8%), especialmente abuso de alcohol (30%) y la cocaína se asoció estadísticamente de forma significativa con los varones con parafilias.

Por lo anteriormente expuesto, se deduce que existen factores psicológicos que intervienen en la adopción de conductas parafilicas o sexuales atípicas, tales como el sexo, la edad, la personalidad, el autoestima, la estructura familiar y los traumas de índole sexual sufridos por los pacientes durante alguna etapa de su infancia; los mismos que asociados al consumo de sustancias infieren la presencia de estas conductas.

CONCLUSIONES

Los objetivos relativos a identificar los factores psicológicos asociados a conductas parafilicas, identificar a los pacientes con conductas parafilicas, evaluar los factores psicológicos asociados a conductas parafilicas y determinar la relación existente entre las conductas parafilicas y el consumo de sustancias.

Luego de haber analizado esta investigación podemos concluir:

- a. La prevalencia de los trastornos parafilicos en el grupo de estudio en orden de incidencia son: trastorno voyeurista, trastorno de fetichismo y el trastorno parafilico no especificado de tipo zoofílico.
- b. Los factores psicológicos como: la **edad**, el **sexo**, la **personalidad**, **autoestima**, la **percepción**, la **estructura familiar** y antecedentes de traumas y **abuso sexual** sufridos por los pacientes durante alguna etapa de su infancia, intervienen en la adopción de conductas parafilicas o sexuales atípicas.
- c. Se evidencio que en la escala de **búsqueda de sensaciones**, se obtuvo **niveles altos** en la mayoría de pacientes. En el inventario de **ansiedad sexual** se obtuvo resultados ajustados entre **comodidad sexual** y **culpa sexual**.

El **test de apercepción temática** se concluye que la mayoría se percibe a sí mismo con una autoimagen negativa. Por otro lado, los pacientes evaluados perciben el **ambiente o mundo** de forma ambivalente, entre hostil y amistoso. Entre los principales **mecanismos de defensa** se encuentran: la represión, la racionalización y la anulación. En el apartado de **conflictos** se pudo evidenciar que todos tienen culpa masturbatoria y conflictos de deseos sexuales, una gran mayoría presenta temores homosexuales y voyeurismo. Finalmente, en el apartado de **superyó** e **idoneidad** se demostró que los pacientes eran demasiado indulgentes y poseen una baja capacidad resolutive frente a los problemas.

- d. El **consumo de sustancias** potencializa las **conductas parafilicas** y no es un factor etiológico de estos trastornos.
- e. La totalidad de los pacientes evaluados a más de la **conducta parafilica**, presentaron **trastornos parafilicos** incluso antes del inicio del consumo de sustancias.
- f. La ausencia de educación sexual en las primeras etapas del desarrollo del paciente contribuyen a la presentación de las conductas parafilicas, siendo su única educación sexual la **escena primaria**, **juegos sexuales patológicos** y el **abuso sexual**.

RECOMENDACIONES

Con la finalidad de mejorar el tratamiento de los pacientes con problemas de abuso de sustancias, es indispensable considerar un trabajo interdisciplinario que incluya: una evaluación médica, psicológica y psiquiátrica. Además del involucramiento de la familia y la educación a la comunidad; para de esta manera facilitar el proceso de reinserción social. A continuación, se enlistará algunas recomendaciones:

a) A nivel profesional

- . Mediante una evaluación médica integral con exámenes complementarios y tratamiento apropiado para las diferentes comorbilidades para así garantizar el completo bienestar físico del paciente.
- . Realizar una evaluación psicológica completa, que incluya la utilización de una serie de dispositivos, como baterías de test, entrevistas, historia clínica, entre otros. Con el fin de determinar el comportamiento del paciente y decidir el tipo de terapia acorde a las necesidades de cada uno
- . Remitir a los pacientes al psiquiatra, para evaluación y tratamiento farmacológico en caso de que sea necesario.

b) A nivel Institucional

- . Talleres de capacitación para el personal administrativo, cuerpo técnico y clínico, con el fin de mejorar la percepción acerca de estos trastornos para que los pacientes se beneficien con una atención de calidad con calidez.
- . Psicoeducación en el abordaje de pacientes con adicciones, trastornos de personalidad, sexualidad, patologías duales, entre otras.
- . Realizar el abordaje y tratamiento como una patología dual y no solamente del trastorno de consumo de sustancias.

c) A nivel familiar

- . Involucramiento y compromiso de la familia en el proceso de recuperación del paciente.
- . Impartir terapia familiar y conyugal, para mejorar patrones de conducta dentro del hogar y a nivel de pareja.
- . Psicoeducación sexual a los padres para la prevención de abuso sexual y juegos sexuales inapropiados en menores de edad.
- . Implementar talleres sistemáticos sobre estilos de crianza en la infancia hacia los padres que adecuen límites y fronteras en vínculos familiares y así prevenir complejos edípicos.

d) A nivel de la comunidad

- . Psicoeducación en prevención de consumo de sustancias, con el fin de crear consciencia en grupos vulnerables y reducir índices de consumo.
- . Formación de grupos de apoyo para evitar posibles recaídas.
- . Implementar talleres de psicoeducación sexual a líderes comunitarios y grupos organizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, G. (1989). *Parafilias*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Alcaraz, M., Nápoles, Y., Chaveco, I., Martínez, M., & Coello, J. (2010, enero 7). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *MEDISAN*, 982-993.
- Allnutt, S., Bradford, J., Greenberg, D., & Curry, S. (1996). Co-Morbidity of Alcoholism and the Paraphilias. *Journal of Forensic Sciences*, 234-239.
- Allport, & Floyd, H. (1974). *El problema de la percepción*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Asamblea Nacional. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Montecristi: Registro oficial N180.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Barlow, & Wincze, J. P. (2009). *Enhancing Sexuality*. New York: Oxford University Press.
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (1997). *T.A.T., C.A.T. Y S.A.T. Uso clínico*. México DF: Manual Moderno.
- Bernstein, J. (1983). *Handbook of Drug Therapy in Psychiatry*. Boston: John Wright. PSG.
- Boschi, I. (1993). Una concepción sistémica de las parafilias. *Revista Argentina de Sexualidad Humana*, 52-60.
- Bradford, J. (1990). *The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press.
- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. In R. Gittelman, *Anxiety disorders of childhood*, 24-57.
- Carrasco Gómez, J., & Maza Martín, J. M. (2005). *Manual de Psiquiatría Forense*. Madrid: La Ley Actualidad S.A.

- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2, 162-167.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1990). *Tratado de psiquiatría*. Paris: Masson.
- Freud, A., & Carcamo, C. E. (1961). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1973). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freund, K., & Blanchard, R. (1986). The concept of courtship disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 79-92.
- Gonzalez Martinez, M. (2009). *Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa*. Salamanca: Aula 11.
- Jiménez, R. (2012). La génesis de las parafilias sexuales y la homosexualidad egodistónica: el Modelo de los Mecanismos Tensionales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 146-158.
- Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) with Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *A Journal of Research and Treatment*, 349–366.
- Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) with Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *A Journal of Research and Treatment*, 349–366.
- Kinsey, A. C., Pomery, W. B., Martin, C. E., & Gebhar. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Bloomington: Indiana University Press.
- Kraft-Ebing, R. (1928). *Psychopathia Sexualis*. New York: Physicians and Surgeons Book Company.
- Lange, A., & Jakubowski, P. (1978). *Responsible Assertive Behavior*. Illinons: Research Press.

- Levin, S. M., Barry, S. M., Gambaro, S., & Wolfensohn. (1977). Variations of covert sensitization in the treatment of pedophilic behavior: A case study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 896-907.
- Macculloch, M., Waddington, J., & Sabrook, J. (1979). Avoidance and sexual attitude during aversive therapy for homosexuals. *British medical journal*, 594-597.
- Maletzky, B. (1974). Assisted covert sensitization in the treatment of exhibitionism. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 34-40.
- Mark A. Bellis, K. H. (2004). Relationships between alcohol, drugs and sex. *Addiction*, 249-250.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1987). *La Sexualidad Humana*. Barcelona: Grijalba.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnostic. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guildford Press.
- Money, J. (1980). *Love and love sickness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Moser, C. (1992). Lust, lack of desire, and paraphilias. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 65-69.
- Muse, M. (2000). Las parafilias. *Revista de Psicoterapia*, 38-39.
- Muse, M., & Frigola, G. (2003). La Evaluación y Tratamiento de Trastornos Parafílicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 55-73.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor.
- Ortiz Valero, T., & Ladrón de Guevara y Guerrero, J. (1998). Diversas formas de actuación del Pederasta. *Lecciones de Psiquiatría Forense*, 332.
- Real Academia Española (RAE). (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid.
- Rubio, E., & Velasco Tellez, A. (1994). *Antología de la sexualidad humana*. Mexico D.F: conapo.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (1991). *Kaplan y Sadock Manual de psiquiatria*. Philadelphia: Wolter Kluwers.
- Sanz, L. J., & Álvarez, C. (2006). *Evaluación en Psicología Clínica. Manual CEDE de Preparación PIR*. Madrid: CEDE.
- Solis Espinoza, A. (2004). Familias carenciales como factor criminógeno. *Criminología – Panorama Contemporáneo*, 288.
- Taylor, & Francis. (2002). A Study of the Sexuality of Opiate Addicts. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 427-437.
- Telégrafo, R. J. (2014, Marzo 26). El nuevo COIP sanciona el maltrato de las mascotas. *El Telégrafo*, p. 5.
- Unicef. (2015). *Informe anual 2015*. Panama: UNICEF.
- Wincze, W., Harsal, S., & Malamud, M. (1986). Effects of medroxyprogesterone acetate on subjective arousal, arousal to erotic stimulation, and nocturnal penile tumescence in male sex offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 293-305.
- Winnicott, D. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Zapata Boluda, R. M., & Gutiérrez I, M. I. (2016). *Salud sexual y reproductiva*. Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Zuckerman, M., Eysenk, S. B., & Eysenk, H. J. (1978). Sensation-seeking in England and America: Cross cultural, age and sex comparisons. *J Consult Clin Psychol*, 139-149.

ANEXOS

Anexo1: Historia clínica

Datos de filiación

Nombre: Lugar y fecha de nacimiento:

Edad:

Género:

Estado Civil:

Residencia:

Instrucción:

Ocupación:

Fecha de internamiento:

Motivo de consulta

Evolución de la enfermedad

Familiograma

Historia personal evolutiva

Examen de las funciones psicológicas básicas

Reactivos Psicológicos

ASSIST:

Millon o Seapsi:

SRQ:

Diagnóstico

Rasgo de personalidad

Anexo 2: Entrevista

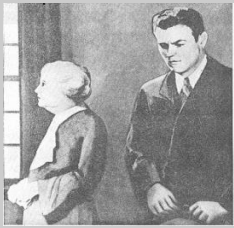
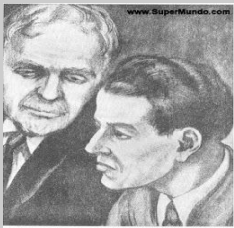
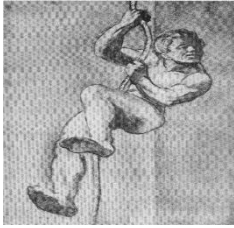
ENTREVISTA

1. Embarazo
2. Parto
3. Infancia y desarrollo
4. Adolescencia
5. Antecedentes personales
6. Antecedentes familiares
7. Historial de consumo
8. Aspectos cognitivos
9. Aspectos afectivos

Esfera sexual

1. Inicio de vida sexual
2. Experiencias previas
3. Vida sexual actual
4. Número de parejas sexuales
5. Tipo de fantasías sexuales
6. Frecuencia y actividad sexual durante efectos del consumo
7. Grado de satisfacción
8. Participación en actos parafilicos
9. Conductas sexuales atípicas
10. Culpa o comodidad sexual

Anexo 3: Laminas del T.A.T seleccionadas para la investigación

Lámina	Lámina
1	3
	
4	5
	
6VH	7VH
	
8VH	9VH
	
11	13HM
	
17VH	18VH
	

Anexo: Historias del T.A.T de Jaime

LAMINA 1

Había una vez un niño sentado en su escritorio, (¿qué estaba haciendo el niño?) estaba leyendo o llorando, (¿cómo crees que termina la historia del niño que estaba leyendo o llorando?) terminara mal, (¿por qué crees que estaba llorando?) porque su madre no estaba ahí. (¿Y cómo se sentía el niño de que su mamá no estuviera ahí?) Se sentía mal, quería salir corriendo. Cuando su padre lo llevaba a la escuela, él pensaba que en su casa lo iba a recibir su madre con un almuerzo; pero su mamá no estaba, estaba solamente su abuela. (¿Y cómo termina la historia de este niño?) Termina mal, termina en la cárcel, primeramente termina abusado, a los ocho años es abusado y después termina en otra ciudad, en esa otra ciudad se repite la misma historia y termina preso; salió de la cárcel y nuevamente cae preso. (¿Cómo termina la historia?) Y termina metido en el mundo de las drogas.

LAMINA 3

Una señora, se trata de una madre derrotada al ver a sus dos hijos metidos en el mundo de las drogas, destruyéndose, matándose con sus propias manos. Ella no sabe qué hacer, si matarse o irse de la casa. Quiere irse bien lejos, pero está ahí (ahí ahí). (¿Cómo termina la historia?) A la larga terminaría viendo a sus hijos en recuperación. LAMINA 4 Mi padre y mi madre. Es como ver a mi padre y mi madre. Yo nunca les vi pelear a mis padres, siempre ha habido ese trato de amor (¿si me entiende?). Y esa pareja nunca (nunca, nunca, pero nunca) en su vida se va a separar. Va a terminar felices ellos (¿si me entiende?).

LAMINA 5

Su madre cuando espía a su hijo. (¿Por mí?) Me acuerdo tanto cuando mi madre entró por primera vez a mi cuarto y me vio masturbándome. Me sorprendí, mi mamá también se sorprendió. Desde ese momento crecieron mis trastornos, a querer abusar de mi madre, pensaba que mi mamá estaba enamorada de mí. Termina mal, hasta el día de hoy sigo pensando en lo mismo, que mi madre siempre va a ser mía. Siempre pensaba que mi madre iba a ser mía. (¿Cómo termina la historia?) Todavía se está trabajando en mí. Termina mal esa historia porque mi madre nunca superó eso. (¿Por qué termina mal?) Mi madre me ha visto auto agredirme, me ha visto meterme cosas, objetos por mí mismo, abusarme yo mismo. Termina mal, mi madre nunca hubiera querido que su hijo varón iba a hacer eso. (¿Y tú crees que en esta historia es lo mismo?) Sí.

LAMINA 6VH

Mi abuela y mi tío. Es una abuela y un señor. Son dos personajes que me criaron (que criaron a un niño). Pero el señor siempre le enseñó al niño como el traficaba, como él tenía los kilos; y la anciana siempre le dio de todo al niño, siempre le dio amor, comprensión, siempre estuvo ahí; la anciana siempre supo comprender al niño. Pero esta historia termina en un caos triste, bien triste. (¿Cuál?) Porque el niño se aleja de ellos dos por muchos años.

LAMINA 7VH

Un padrastro con el hijastro (su padre y el hijastro). Ese señor debe buscar a su hijo engendró, a su hijo original; no buscaba a su hijo original, a su hijo mayor original, buscaba al hijastro, conversaba con él, conversaban sobre emprender cosas grandes (¿si me entiende?) y el hijo verdadero siempre veía o siempre escuchaba, y el hijo verdadero mayor (mayor) decía: -“mi padre no me quiere” (que esto, que el otro) y al señor no le importaba, siempre le importo más la vida de su hijastro. Ellos terminan felices, se siguen comprendiendo.

LAMINA 8VH

Un niño que tiene como dieciocho años, le gustaba demasiado las motocicletas. (Esto de acá es la muerte ¿no?). A los dieciocho años vio una muerte, (¿qué fue lo que vio ese niño?) a ese niño le dieron una moto para que pudiera matar a unas personas. (Luego que pasó con ese niño). Se terminó yendo a otro país; estaba asustado, no sabía qué hacer.

LAMINA 9VH

Un chico adulto, que está ahí, está volado, está acostado en medio de sus amigos. Al final termina mareado, drogo, hecho una mierda. Así termina.

LAMINA 11

Es un bosque, con una cascada. Termina en una pesadilla, un simple sueño. Todo esto es una a pesadilla, es algo que yo he soñado. (¿Cómo es ese sueño?) Que yo caigo al vacío y siempre en ese vacío grito (ahhhhhhh) y nunca caigo, nunca caigo al piso. Esto es algo que yo ya había soñado. (¿Esto sería una pesadilla de alguien? Certifico). (¿Cómo sería el final?) El final sería que me termino levantando, (se despierta de esta pesadilla).

LAMINA 13HM

Es un chico que abusa de una chica de quince años. (¿Cómo se siente ese chico?) En ese momento Fabio haber estado alcoholizado, drogado. Al día siguiente se sintió con culpa; porque la chica vivía ahí mismo en su casa y le vio a la cara y sintió culpa. Y con más ganas se iba a alcoholizar y drogar. Termina bien mal, terminó mal, se terminó auto agrediendo más el chico.

LAMINA 17VH

No se identificar que hay ahí. (¿Que ves ahí? ¿Qué está haciendo esa persona?) No sé, a mí me atraen los hombres musculosos. Con grandes brazos y esas piernotas. No sé, pero me atraen. Estoy confundido en ese sentido. (Invéntate una historia). No puedo, no puedo, no puedo inventarme una historia, no sé. No nada.

LAMINA 18VH

La pesadilla que siempre la tengo. A sujeto que asesinaron, el que todas las noches no me deja dormir, el que todas las noches me levanta. (¿Que pasó, antes para que llegue aquí esta persona?) Esa persona lo contrató para asesinar a alguien. Yo lo había visto como tres veces, le hicimos seguimiento y falleció, lo matamos, yo solamente manejé la moto no más. Pero esa persona siempre la veo, siempre lo tengo presente en mi sueños, siempre está ahí conmigo, si duermo en mi cama, en mi cama me despierta. Es la pesadilla que siempre tengo, pero no puedo despertarme de esa pesadilla.

Anexo: Hojas de calificación del T.A.T de Jaime

Nombre: Jaime Historia No 1 (Lámina del TAT No. 1)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):

Un niño estaba sentado en su escritorio llorando porque su madre no estaba ahí, quería salir corriendo. Cuando su padre le traía de su escuela él quería que este su madre preparando el almuerzo pero solo estaba su abuelita. A los 8 años es abusado luego termina preso se cambia de ciudad donde nuevamente cae preso sale y se mete en el mundo de las drogas.

2. **Héroe principal:** edad niño sexo masculino vocación ninguna.

Intereses salir corriendo rasgos triste capacidades llorar.

Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas triste.

3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**

a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): quería salir corriendo, quería que su madre esté preparando el almuerzo.

Inferencia dinámica: escapar, necesidades orales.

b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: madre, abuela, padre, abuso sexual, prisión, emigración, drogas.

Que implican necesidad de o para: protección, violencia, evitación, necesidad oral.

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: violín.

Que implican necesidad de o para: culpa relacionada con la masturbación.

4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** Hostil.

5. **Figuras parentales** (m___, f ✓) vistas como abandono y la reacción del sujeto es negativa

(m_✓_, f_) vistas como amistoso y la reacción del sujeto es positiva.

(m___, f ✓) vistas como amistosa y la reacción del sujeto es positiva.

Figuras contemporáneas (m___, f___) vistas como ___ y la reacción del sujeto es _____.

Figuras jóvenes (m___, f___) vistas como ___ y la reacción del sujeto es _____.

6. **Conflictos significativos:** culpa con la masturbación (omitir el violín), agresión sexual (abuso sexual), Necesidad oral (drogas).

7. **Naturaleza de las ansiedades:** (✓)

De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión _____

De desaprobación _____ de privación ✓ _____

De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____

De ser abandonado ✓ _____ de ser dominado e indefenso _____

Otro _____

8. **Principales defensas contra conflictos y temores:** (✓)

Represión ___ formación reactiva ___ racionalización ___ asilamiento ___

Regresión ___ introyección ___ negación ___ anulación ✓ escisión ___

Identificación proyectiva ___ otro ___

9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es:** (✓,✓✓,✓✓✓)

Castigo por el “delito” ✓✓✓ inmediato ✓ justo _____ demasiado severo ✓ _____

Demorado _____ injusto _____ demasiado indulgente _____

Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____

10. **Integración del yo que se manifiesta en:** (✓,✓✓,✓✓✓)

Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz ✓✓✓ _____

Realista ✓ irreal _____

Solución: adecuada _____ inadecuada ✓✓ _____

Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)

Estructurada ___ desestructurada ✓ estereotipada ___ original ✓ apropiada ___

racional ___ extraña ___ completa ✓ incompleta ___ inapropiada ___

Inteligencia: (✓) superior ___ superior al promedio ___ promedio ✓ inferior al promedio ___ Deficiente ___

Nombre: Jaime Historia No 2 (Lámina del TAT No. 3)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):
Una señora que es madre esta derrotada al tener a sus dos hijos metidos en el mundo de las drogas, destruyéndose, matándose con sus propias manos. La madre no sabe qué hacer, si matarse o irse de la casa, quiere irse lejos pero se queda. Al final terminaría viendo a sus hijos en recuperación.
2. **Héroe principal:** edad Señora sexo Femenino vocación Madre.
Intereses ver a sus hijos recuperados rasgos desolada capacidad ninguna.
Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas derrotada.
3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**
 - a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): no sabe qué hacer, si matarse, o irse, viendo a sus hijos en recuperación.
Inferencia dinámica: incertidumbre, tendencias suicidas, desesperada.
 - b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: otro hijo, drogas, recuperación.
Que implican necesidad de o para: necesidades orales, necesidad de logro.
 - c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: _____.
Que implican necesidad de o para: _____.
4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** Hostil.
5. **Figuras parentales** (m_, f_) vistas como _ y la reacción del sujeto es _____.
Figuras contemporáneas (m_, f_) vistas como _ y la reacción del sujeto es _____.
Figuras jóvenes (m_✓, f_) vistas como vulnerables y la reacción del sujeto es negativa.
6. **Conflictos significativos:** Sumisión.
7. **Naturaleza de las ansiedades:** (✓)
De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión _____
De desaprobación _____ de privación ✓ _____
De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____
De ser abandonado ✓ _____ de ser dominado e indefenso _____
Otro _____
8. **Principales defensas contra conflictos y temores:** (✓)
Represión ___ formación reactiva ___ racionalización ✓ ___ asilamiento ___
Regresión ___ introyección ___ negación ___ anulación ___ escisión ___
Identificación proyectiva ___ otro _____
9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es:** (✓,✓✓,✓✓✓)
Castigo por el “delito” ✓ ___ inmediato ___ justo ___ demasiado severo ___
Demorado ✓ ___ injusto ___ demasiado indulgente ___
Inhibiciones ___ tartamudeo ___ respuesta inicial demorada o pausas _____
10. **Integración del yo que se manifiesta en:** (✓,✓✓,✓✓✓)
Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz ✓✓ ___ infeliz _____
Realista ✓ ___ irreal _____
Solución: adecuada ✓✓ ___ inadecuada _____
Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)
Estructurada ✓ ___ desestructurada ___ estereotipada ___ original ✓ ___ apropiada ___
racional ___ extraña ___ completa ✓ ___ incompleta ___ inapropiada _____

Inteligencia: (✓) superior ___ superior al promedio ___ promedio ✓ ___ inferior al promedio ___ Deficiente ___

Nombre: Jaime Historia No 3 (Lámina del TAT No. 4)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):
Una pareja de padres, son como mis padres nunca peleaban solo había amor, esta pareja nunca se van a separar van a ser felices para todo la vida.
2. **Héroe principal:** edad Pareja sexo Masculina/Femenino vocación Padres.
Intereses ser felices rasgos capacidad amarse.
Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓✓✓ imagen corporal, autoimagen o ambas Amorosos.
3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**
 - a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): nunca se va a separar.
Inferencia dinámica: necesidad de apoyo.
 - b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: nunca peleaban.
Que implican necesidad de o para: represión de estímulos agresivos.
 - c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: imagen del semidesnudo.
Que implican necesidad de o para: represión de estímulos sexuales.
4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** Amistoso.
5. **Figuras parentales** (m_✓_, f_✓_) vistas como padres y la reacción del sujeto es positiva.
Figuras contemporáneas (m_, f_) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____.
Figuras jóvenes (m_, f_) vistas como vulnerables y la reacción del sujeto es negativa.
6. **Conflictos significativos:** deseos sexuales, sumisión
7. **Naturaleza de las ansiedades: (✓)**
De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión _____
De desaprobación _____ de privación _____
De falta o pérdida de amor ✓ de ser devorado _____
De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso _____
Otro _____
8. **Principales defensas contra conflictos y temores: (✓)**
Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ asilamiento _____
Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____
Identificación proyectiva _____ otro _____
9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el "castigo" para el "delito" es: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Castigo por el "delito" _____ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____
Demorado ✓ injusto _____ demasiado indulgente _____
Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____
10. **Integración del yo que se manifiesta en: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Idoneidad del héroe ✓✓✓ desenlace: feliz ✓✓✓ infeliz _____
Realista ✓ irreal _____
Solución: adecuada ✓✓ inadecuada _____
Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)
Estructurada ✓ desestructurada _____ estereotipada _____ original ✓ apropiada _____
racional _____ extraña _____ completa ✓ incompleta _____ inapropiada _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 4 (Lámina del TAT No. 5)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):
Una madre le espió a su hijo, al momento que la madre entra le encuentra a su hijo masturbándose e introduciéndose objetos los dos se sorprenden muchísimo, desde ese momento el hijo pensaba que la madre lo deseaba e intento una vez abusarla, esta historia termina mal ya que la madre se decepciona de su hijo.
2. **Héroe principal:** edad joven sexo Masculino vocación ninguna.
Intereses desear a su madre rasgos capacidad introducirse objetos.
Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas perverso.
3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**
 - a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): le espió a su hijo, introduciéndose objetos, el hijo pensaba que la madre lo deseaba, intento una vez abusarla.
Inferencia dinámica: voyeurismo, autoagresión, complejo de Edipo.
 - b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: hijo masturbándose.
Que implican necesidad de o para: masturbación.
 - c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: _____
Que implican necesidad de o para: _____.
4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** hostil, vigilador.
5. **Figuras parentales** (m_, f_ ✓) vistas como deseo y la reacción del sujeto es ambivalencia.
Figuras contemporáneas (m_, f_) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____.
Figuras jóvenes (m_, f_) vistas como vulnerables y la reacción del sujeto es negativa.
6. **Conflictos significativos:** impulsos masturbatorios, complejo de Edipo, agresión y culpa sexual
7. **Naturaleza de las ansiedades:** (✓)
De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión _____
De desaprobación ✓ de privación _____
De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____
De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso _____
Otro _____
8. **Principales defensas contra conflictos y temores:** (✓)
Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ asilamiento _____
Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____
Identificación proyectiva _____ otro identificación con el agresor _____
9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es:** (✓,✓✓,✓✓✓)
Castigo por el “delito” ✓ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____
Demorado ✓ injusto _____ demasiado indulgente ✓
Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas identificación ✓
10. **Integración del yo que se manifiesta en:** (✓,✓✓,✓✓✓)
Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz ✓
Realista ✓ irreal _____
Solución: adecuada _____ inadecuada ✓✓
Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)
Estructurada ✓ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____
racional _____ extraña ✓ completa ✓ incompleta _____ inapropiada ✓

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 5 (Lámina del TAT No. 6VH)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):
Es una abuela y un tío que le criaron a un niño, el tío le enseñó al niño a traficar y la abuela siempre le daba de todo al niño, comprensión y amor la historia termina mal porque el niño se aleja por muchos años de ellos.
2. **Héroe principal:** edad niño sexo Masculino vocación traficar.
Intereses aprender rasgos capacidad vender droga.
Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas vulnerable.
3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**
 - a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): la abuela siempre le daba de todo al niño comprensión y amor.
Inferencia dinámica: necesidad de afecto.
 - b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: niño, tráfico de drogas
Que implican necesidad de o para: necesidad oral.
 - c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: _____
Que implican necesidad de o para: _____.
4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** violento.
5. **Figuras parentales** (m✓, f✓) vistas como protección y la reacción del sujeto es ambivalencia
Figuras contemporáneas (m_, f_) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____.
Figuras jóvenes (m_, f_) vistas como vulnerables y la reacción del sujeto es negativa.
6. **Conflictos significativos:** autonomía
7. **Naturaleza de las ansiedades: (✓)**
De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión _____
De desaprobación _____ de privación _____
De falta o pérdida de amor ✓ de ser devorado _____
De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso ✓
Otro _____
8. **Principales defensas contra conflictos y temores: (✓)**
Represión _____ formación reactiva _____ racionalización _____ asilamiento _____
Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____
Identificación proyectiva ✓ otro _____
9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el "castigo" para el "delito" es: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Castigo por el "delito" ✓ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____
Demorado _____ injusto _____ demasiado indulgente _____
Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____ identificación ✓
10. **Integración del yo que se manifiesta en: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Idoneidad del héroe ✓✓ desenlace: feliz _____ infeliz ✓
Realista ✓ irreal _____
Solución: adecuada _____ inadecuada ✓
Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)
Estructurada ✓ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____
racional _____ extraña _____ completa ✓ incompleta _____ inapropiada ✓

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 6 (Lámina del TAT No. 7VH)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):
Es la historia de un padre y su hijastro, pero el señor tenía un hijo biológico al que no le buscaba, solo conversaba y emprendía cosas grandes con el hijastro, el hijo verdadero solo veía y escuchaba y decía mi padre no me quiere y al señor no le importaba más le importaba la vida del hijastro, ellos terminan felices, se siguen comprendiendo.
2. **Héroe principal:** edad joven sexo Masculino vocación ninguna.
Intereses escuchar rasgos capacidad comprender.
Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas rechazado.
3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**
 - a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): el hijo verdadero solo veía y escuchaba, decía mi padre no me quiere.
Inferencia dinámica: necesidad de afecto, voyeurismo.
 - b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: hijo biológico, emprender cosas grandes
Que implican necesidad de o para: necesidad de logro, rivalidad fraternal.
 - c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: _____
Que implican necesidad de o para: _____.
4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** competitivo.
5. **Figuras parentales** (m✓, f) vistas como indiferente y la reacción del sujeto es ambivalencia
Figuras contemporáneas (m✓, f) vistas como y la reacción del sujeto es ambivalencia
Figuras jóvenes (m, f) vistas como y la reacción del sujeto es .
6. **Conflictos significativos:** autonomía
7. **Naturaleza de las ansiedades: (✓)**
De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión _____
De desaprobación _____ de privación _____
De falta o pérdida de amor ✓ de ser devorado _____
De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso ✓
Otro _____
8. **Principales defensas contra conflictos y temores: (✓)**
Represión _____ formación reactiva _____ racionalización ✓ asilamiento _____
Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____
Identificación proyectiva _____ otro _____
9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Castigo por el “delito” ✓ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____
Demorado _____ injusto _____ demasiado indulgente _____
Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____ identificación ✓
10. **Integración del yo que se manifiesta en: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Idoneidad del héroe ✓✓ desenlace: feliz ✓ infeliz _____
Realista ✓ irreal _____
Solución: adecuada _____ inadecuada ✓
Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)
Estructurada ✓ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____
racional _____ extraña _____ completa ✓ incompleta _____ inapropiada _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 7 (Lámina del TAT No. 8VH)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):
Un niño de 18 años que le gustaba demasiado las motocicletas, el a esa edad vio una muerte, a ese niño le dieron una moto para que pudiera matar a unas personas, se terminó yendo a otro país estaba muy asustado no sabía qué hacer.
2. **Héroe principal:** edad 18 sexo Masculino vocación Sicario.
Intereses motocicletas rasgos temerario capacidad manejar moto y matar.
Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas angustiado.
3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**
 - a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): le dieron una moto para que pudiera matar a unas personas, terminó yendo a otro país, no sabía qué hacer.
Inferencia dinámica: _____.
 - b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: hijo biológico, emprender cosas grandes
Que implican necesidad de o para: necesidad de logro, rivalidad fraternal.
 - c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: Arma
Que implican necesidad de o para: Represión de estímulos agresivos.
4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** Hostil.
5. **Figuras parentales** (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____
Figuras contemporáneas (m✓, f ✓) vistas como vulnerables y la reacción del sujeto es negativa
Figuras jóvenes (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____.
6. **Conflictos significativos:** autonomía, agresión
7. **Naturaleza de las ansiedades:** (✓)
De daño, castigo físico o ambos ✓ de enfermedad o lesión _____
De desaprobación _____ de privación ✓
De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____
De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso ✓
Otro _____
8. **Principales defensas contra conflictos y temores:** (✓)
Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ asilamiento _____
Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación ✓ escisión _____
Identificación proyectiva _____ otro identificación proyectiva con el agresor
9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es:** (✓,✓✓,✓✓✓)
Castigo por el “delito” ✓✓ inmediato ✓ justo _____ demasiado severo _____
Demorado _____ injusto _____ demasiado indulgente ✓
Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____ identificación ✓
10. **Integración del yo que se manifiesta en:** (✓,✓✓,✓✓✓)
Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz ✓
Realista ✓ irreal _____
Solución: adecuada _____ inadecuada ✓
Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)
Estructurada ✓ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____
racional _____ extraña _____ completa ✓ incompleta _____ inapropiada _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 8 (Lámina del TAT No. 9VH)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):
Un chico adulto, que está ahí, está volado, está acostado en medio de sus amigos. Al final termina mareado, drogo, hecho una miseria así termina.
2. **Héroe principal:** edad adulto sexo Masculino vocación drogarse
Intereses descansar rasgos temerario capacidad descansar drogado.
Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas miseria.
3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**
 - a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): esta volado, acostado en medio de sus amigos, mareado, drogo.
Inferencia dinámica: persona adicta a las drogas.
 - b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: estar drogado
Que implican necesidad de o para: autoidentificación.
 - c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: _____
Que implican necesidad de o para: _____.
4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** Hostil.
5. **Figuras parentales** (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es
Figuras contemporáneas (m✓, f) vistas como compañía y la reacción del sujeto es ambivalencia
Figuras jóvenes (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____.
6. **Conflictos significativos:** sumisión, autoagresión
7. **Naturaleza de las ansiedades: (✓)**
De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión ✓
De desaprobación ✓ de privación _____
De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____
De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso ✓
Otro _____
8. **Principales defensas contra conflictos y temores: (✓)**
Represión _____ formación reactiva ✓ racionalización _____ asilamiento _____
Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____
Identificación proyectiva ✓ otro _____
9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Castigo por el “delito” ✓✓✓ inmediato ✓ justo _____ demasiado severo ✓
Demorado _____ injusto ✓ demasiado indulgente _____
Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____ identificación ✓
10. **Integración del yo que se manifiesta en: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz ✓
Realista _____ irreal _____
Solución: adecuada _____ inadecuada ✓
Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)
Estructurada ✓ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____
racional _____ extraña ✓ completa _____ incompleta _____ inapropiada ✓

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 9 (Lámina del TAT No. 11)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):
Es un sueño donde hay un bosque, con una cascada, luego se convierte todo esto es una a pesadilla, que yo caigo al vacío y siempre en ese vacío grito y nunca caigo, nunca caigo al piso el final sería que me termino levantando
2. **Héroe principal:** edad adulto sexo Masculino vocación soñar
Intereses despertarse rasgos gritar capacidad caer y no al piso.
Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas desamparado.
3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**
 - a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): yo caigo al vacío y siempre grito, me termino levantando.
Inferencia dinámica: angustia.
 - b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: sueño
Que implican necesidad de o para: necesidad de fantasía.
 - c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: dragón
Que implican necesidad de o para: represión de temores infantiles.
4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** Hostil.
5. **Figuras parentales** (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____
Figuras contemporáneas (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____
Figuras jóvenes (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____.
6. **Conflictos significativos:** angustia, represión a agresiones
7. **Naturaleza de las ansiedades: (✓)**
De daño, castigo físico o ambos ✓ de enfermedad o lesión ✓
De desaprobación _____ de privación _____
De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____
De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso _____
Otro _____
8. **Principales defensas contra conflictos y temores: (✓)**
Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización ✓ asilamiento _____
Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____
Identificación proyectiva _____ otro _____
9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Castigo por el “delito” ✓ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____
Demorado _____ injusto _____ demasiado indulgente _____
Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____ identificación ✓
10. **Integración del yo que se manifiesta en: (✓,✓✓,✓✓✓)**
Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz ✓ infeliz _____
Realista _____ irreal _____
Solución: adecuada ✓ inadecuada _____
Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)
Estructurada ✓ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____
racional _____ extraña ✓ completa _____ incompleta _____ inapropiada _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 10 (Lámina del TAT No. 13HM)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):

Es un chico que abusa de una chica de quince años, en ese momento debió haber estado alcoholizado, drogado, al día siguiente se sintió con culpa; porque la chica vivía ahí mismo en su casa y le vio a la cara y sintió culpa y con más ganas se iba a alcoholizar y drogar, termina bien mal se terminó auto agrediendo más el chico.

2. **Héroe principal:** edad joven sexo Masculino vocación violar

Intereses alcoholizarse y drogarse rasgos agresor capacidad ninguna.

Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas agresor.

3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**

a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): abusa de una chica, le vio la cara y sintió culpa, con más ganas se iba a alcoholizar.

Inferencia dinámica: agresor, sentimiento de culpa, necesidades orales.

b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: estar alcoholizado

Que implican necesidad de o para: necesidad oral.

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: _____

Que implican necesidad de o para: _____.

4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** Hostil.

5. **Figuras parentales** (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____

Figuras contemporáneas (m, f ✓) vistas como víctima y la reacción del sujeto es negativa

Figuras jóvenes (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____.

6. **Conflictos significativos:** culpa sexual

7. **Naturaleza de las ansiedades: (✓)**

De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión _____

De desaprobación ✓ de privación _____

De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____

De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso _____

Otro _____

8. **Principales defensas contra conflictos y temores: (✓)**

Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización ✓ asilamiento _____

Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____

Identificación proyectiva _____ otro _____

9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es: (✓,✓✓,✓✓✓)**

Castigo por el “delito” ✓ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____

Demorado ✓ injusto ✓ demasiado indulgente ✓

Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____ identificación ✓

10. **Integración del yo que se manifiesta en: (✓,✓✓,✓✓✓)**

Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz ✓

Realista _____ irreal _____

Solución: adecuada _____ inadecuada ✓

Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)

Estructurada ✓ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____

racional _____ extraña ✓ completa _____ incompleta _____ inapropiada _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 11 (Lámina del TAT No. 17VH)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):

No se identificar que hay ahí, no sé, a mí me atraen los hombres musculosos, con grandes brazos y esas piernas. No sé, pero me atraen. Estoy confundido en ese sentido.

2. **Héroe principal:** edad joven sexo Masculino vocación ninguna

Intereses rasgos musculosos capacidad ninguna.

Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas musculoso

3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**

a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): me atraen hombres musculosos

Inferencia dinámica: sentimientos homosexuales.

b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: _____

Que implican necesidad de o para: _____

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: _____

Que implican necesidad de o para: _____.

4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** confusión.

5. **Figuras parentales** (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____

Figuras contemporáneas (m, ✓ f) vistas como deseo y la reacción del sujeto es negativa

Figuras jóvenes (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____.

6. **Conflictos significativos:** culpa sexual

7. **Naturaleza de las ansiedades:** (✓)

De daño, castigo físico o ambos _____ de enfermedad o lesión _____

De desaprobación ✓ de privación _____

De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____

De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso _____

Otro _____

8. **Principales defensas contra conflictos y temores:** (✓)

Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ asilamiento ✓

Regresión _____ introyección _____ negación ✓ anulación _____ escisión _____

Identificación proyectiva _____ otro _____

9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es:** (✓,✓✓,✓✓✓)

Castigo por el “delito” ✓ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____

Demorado _____ injusto _____ demasiado indulgente _____

Inhibiciones ✓ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas _____ identificación ✓

10. **Integración del yo que se manifiesta en:** (✓,✓✓,✓✓✓)

Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz _____

Realista _____ irreal _____

Solución: adecuada _____ inadecuada ✓

Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)

Estructurada _____ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____

racional _____ extraña _____ completa _____ incompleta ✓ inapropiada ✓

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Nombre: Jaime Historia No 12 (Lámina del TAT No. 18VH)

1. **Tema principal** (descriptivo, interpretativo, diagnóstico):

La pesadilla que siempre la tengo. Al sujeto que asesinaron, el que todas las noches no me deja dormir, el que todas las noches me levanta. Esa persona lo contrató para asesinar a alguien. Le hicimos seguimiento y falleció, lo matamos, yo solamente manejé la moto no más. Pero esa persona siempre la veo, siempre lo tengo presente en mi sueños, siempre está ahí conmigo, si duermo en mi cama me despierta. Es la pesadilla que siempre tengo, pero no puedo despertarme de esa pesadilla.

2. **Héroe principal:** edad joven sexo Masculino vocación sicario

Intereses rasgos disocial capacidad manejar moto.

Idoneidad (✓,✓✓,✓✓✓) ✓ imagen corporal, autoimagen o ambas angustiado

3. **Principales necesidades y pulsiones del héroe:**

a) Necesidades conductuales del héroe (como en la historia): no me deja dormir, lo matamos, no puedo despertarme de esa pesadilla

Inferencia dinámica: angustia, sentimiento de culpa

b) Personajes, objetos o circunstancias introducidas: _____

Que implican necesidad de o para: _____

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidas: _____

Que implican necesidad de o para: _____

4. **Concepto de ambiente (mundo) como:** hostil

5. **Figuras parentales** (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____

Figuras contemporáneas (m, ✓ f) vistas como victims y la reacción del sujeto es negativa

Figuras jóvenes (m, f) vistas como _____ y la reacción del sujeto es _____

6. **Conflictos significativos:** angustia, culpa

7. **Naturaleza de las ansiedades: (✓)**

De daño, castigo físico o ambos ✓ de enfermedad o lesión _____

De desaprobación _____ de privación _____

De falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____

De ser abandonado _____ de ser dominado e indefenso ✓

Otro _____

8. **Principales defensas contra conflictos y temores: (✓)**

Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ asilamiento _____

Regresión _____ introyección _____ negación _____ anulación _____ escisión _____

Identificación proyectiva _____ otro identificación proyectiva con el agresor

9. **Severidad del superyó que se manifiesta por el “castigo” para el “delito” es: (✓,✓✓,✓✓✓)**

Castigo por el “delito” ✓ inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____

Demorado ✓ injusto _____ demasiado indulgente _____

Inhibiciones _____ tartamudeo _____ respuesta inicial demorada o pausas ✓ identificación ✓

10. **Integración del yo que se manifiesta en: (✓,✓✓,✓✓✓)**

Idoneidad del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz _____

Realista _____ irreal _____

Solución: adecuada _____ inadecuada ✓

Los procesos de pensamiento como se revelan, porque la trama es: (✓,✓✓,✓✓✓)

Estructurada _____ desestructurada _____ estereotipada _____ original _____ apropiada _____

racional _____ extraña ✓ completa _____ incompleta ✓ inapropiada ✓

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ Deficiente _____

Anexo: Resumen de resultados de T.A.T de Jaime

Lámina	Imagen corporal	Concepto del ambiente	Conflictos significativos	Naturaleza de las ansiedades	Principales defensas	Castigo por el delito	Idoneidad
Lámina 1	Triste	Hostil	Culpa masturbatoria, agresión sexual, necesidad oral.	De ser abandonado, de privación	Anulación	✓✓✓	✓
Lámina 3	Derrotado	Hostil	Sumisión	De ser abandonado, de privación	Racionalización, Anulación	✓	✓
Lámina 4	Afectivo	Amistoso	Represión de deseos sexuales, Sumisión	De falta o pérdida de amor	Represión	No hay delito	✓✓✓
Lámina 5	Perverso	Hostil	Impulsos masturbatorios, Complejo de Edipo, Agresión, Culpa Sexual, Voyeurismo.	De desaprobación	Represión	✓	✓
Lámina 6vh	Vulnerable	Hostil	Autonomía	De falta o pérdida de amor, De ser dominado o indefenso	Identificación Proyectiva	✓	✓✓
Lámina 7vh	Rechazado	Competitivo	Autonomía	De falta o pérdida de amor, De ser dominado	Racionalización	✓	✓✓
Lámina 8vh	Angustiado	Hostil	Autonomía, Agresión	De daño o castigo físico, De privación, De ser dominado o indefenso	Represión, Anulación.	✓✓	✓
Lámina 9vh	Miseria	Hostil	Sumisión, Autoagresión	De desaprobación, De enfermedad o lesión, De ser dominado o indefenso	Formación Reactiva, Identificación Proyectiva	✓✓✓	✓
Lámina 11	Desamparado	Hostil	Angustia, Represión a agresiones	De daño, castigo físico, De enfermedad o lesión	Represión, Racionalización	✓	✓
Lámina 13hm	Agresor	Hostil	Culpa Sexual	De desaprobación	Represión, Racionalización	✓	✓
Lámina 17vh	Musculoso	Confuso	Culpa Sexual	De desaprobación	Represión, Aislamiento, Negación	✓	✓
Lámina 18vh	Angustiado	Hostil	Angustia, Culpa	De daño o castigo físico, De ser dominado o indefenso.	Represión	✓	✓

Anexo: Informe general de Jaime

Luego de haber realizado la aplicación y el análisis correspondiente a las historias de las láminas 1, 3, 4, 5, 6VH, 7VH, 8VH, 9VH, 11, 13HM, 17VH, 18VH del TAT, podemos afirmar que la persona evaluada se percibe así misma con una autoimagen negativa (triste, derrotado, rechazado, vulnerable, desamparado, angustiado). En todas las láminas se identifica con la figura del héroe de su mismo sexo.

La percepción del ambiente o mundo del evaluado es, en su mayoría, hostil. Salvo por las láminas 4, 7VH y 17VH que representan amistoso, competitivo y confuso, respectivamente.

Con respecto a los conflictos significativos, se puede señalar que existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, agresión sexual, complejo de Edipo y culpa sexual), además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia y voyeurismo.

La naturaleza de las ansiedades indica la presencia de mayor preocupación en relación a ser dominado o indefenso, a continuación encontramos la ansiedad por privación, la de falta o pérdida de amor, la de desaprobación, de daño o castigo físico y finalmente la de enfermedad o lesión.

Entre los principales mecanismos de defensa que utiliza la persona evaluada se encuentran: la represión, anulación, racionalización, identificación proyectiva, formación reactiva, aislamiento y negación.

En cuanto al castigo por el delito podemos señalar que el sujeto es indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos.

Y en cuanto a la idoneidad del héroe podemos mencionar que el evaluado tiene una baja capacidad resolutive de problemas o conflictos.

Anexo: Informes generales del T.A.T del grupo de estudio

Informe general del T.A.T de José

Luego de haber realizado la aplicación y el análisis correspondiente a las historias de las láminas 1, 3, 4, 5, 6VH, 7VH, 8VH, 9VH, 11, 13HM, 17VH, 18VH del TAT, podemos afirmar que la persona evaluada se percibe así misma con una autoimagen negativa (triste, solitario, desvalorizado, fracasado, rechazado, incomprendido, depresivo). En todas las láminas se identifica con la figura del héroe de su mismo sexo, a excepción de las láminas 4 y 5 donde se identifica con la figura femenina.

La percepción del ambiente o mundo del evaluado es, en su mayoría, trágico. Salvo por la lámina 8VH en la que percibe el mundo como hostil.

Con respecto a los conflictos significativos, se puede señalar que existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, represión de deseos sexuales y temores homosexuales), además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia, ideación suicida, voyeurismo, temores infantiles y angustia por ataque.

La naturaleza de las ansiedades indica la presencia de mayor preocupación en relación a la falta o pérdida de amor, seguida de la de ser abandonado.

Entre los principales mecanismos de defensa que utiliza la persona evaluada se encuentran: la represión, racionalización, anulación y formación reactiva.

En cuanto al castigo por el delito podemos señalar que el sujeto es indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos.

Y en cuanto a la idoneidad del héroe podemos mencionar que el evaluado tiene una mediana capacidad resolutive de problemas o conflictos.

Informe general del T.A.T de René

Luego de haber realizado la aplicación y el análisis correspondiente a las historias de las láminas 1, 3, 4, 5, 6VH, 7VH, 8VH, 9VH, 11, 13HM, 17VH, 18VH del TAT, podemos afirmar que la persona evaluada se percibe así misma con una autoimagen pobre de sí mismo (afligido, víctima indefensa, desconcertado y alcohólico). En todas las láminas se identifica con la figura del héroe de su mismo sexo, a excepción de las láminas 5 y 6VH donde se identifica con la figura femenina.

La percepción del ambiente o mundo del evaluado es ambivalente, entre hostil y amistoso. Salvo por las láminas 13HM y 17H en las que percibe el mundo como desafiante y competitivo respectivamente.

Con respecto a los conflictos significativos, se puede señalar que existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, conflictos de deseos sexuales y represión de deseos homosexuales, además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia, voyeurismo, temores infantiles y necesidades orales.

La naturaleza de las ansiedades indica la presencia de mayor preocupación en relación a presencia de enfermedad o lesión, seguida de ser dominado e indefenso, de muerte, de daño y castigo físico; y finalmente encontramos la angustia ocasionada por la desaprobación.

Entre los principales mecanismos de defensa que utiliza la persona evaluada se encuentran: la racionalización, la represión, la negación, anulación, asilamiento y regresión.

En cuanto al castigo por el delito podemos señalar que el sujeto es demasiado indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos.

Y en cuanto a la idoneidad del héroe podemos mencionar que el evaluado tiene una mediana capacidad resolutive de problemas o conflictos.

Informe general del T.A.T de Roberto

Luego de haber realizado la aplicación y el análisis correspondiente a las historias de las láminas 1, 3, 4, 5, 6VH, 7VH, 8VH, 9VH, 11, 13HM, 17VH, 18VH del TAT, podemos afirmar que la persona evaluada se percibe así misma con una autoimagen pobre de sí mismo (angustiado, vulnerable, depresivo, inútil, alcohólico). En todas las láminas se identifica con la figura del héroe de su mismo sexo, a excepción de la lámina 5 donde se identifica con la figura femenina.

La percepción del ambiente o mundo del evaluado es, en su mayoría, hostil. Salvo por las láminas 4 (indiferente), 5 (trágico), 6VH, 8VH y 17VH (amistoso) y 9VH (placentero).

Con respecto a los conflictos significativos, se puede señalar que existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, represión de deseos sexuales, deseos sexuales relacionados a temas edípicos, temores homosexuales), además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia, represión de agresividad, ideación suicida, voyeurismo, exhibicionismo, temores infantiles y angustia por ataque.

La naturaleza de las ansiedades indica la presencia de mayor preocupación en relación al daño o castigo físico, de falta o pérdida de amor, de ser abandonado, de ser dominado o indefenso y de muerte.

Entre los principales mecanismos de defensa que utiliza la persona evaluada se encuentran: la represión, la racionalización, la anulación, la regresión, aislamiento y la negación.

En cuanto al castigo por el delito podemos señalar que el sujeto es demasiado indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos.

Y en cuanto a la idoneidad del héroe podemos mencionar que el evaluado carece de capacidad resolutoria de problemas o conflictos.

Informe general del T.A.T de Sergio

Luego de haber realizado la aplicación y el análisis correspondiente a las historias de las láminas 1, 3, 4, 5, 6VH, 7VH, 8VH, 9VH, 11, 13HM, 17VH, 18VH del TAT, podemos afirmar que la persona evaluada se percibe así misma con una autoimagen pobre de sí mismo (angustiado, vulnerable, depresivo, inútil, alcohólico). En todas las láminas se identifica con la figura del héroe de su mismo sexo, a excepción de la lámina 5 donde se identifica con la figura femenina.

La percepción del ambiente o mundo del evaluado es, en su mayoría, hostil. Salvo por las láminas 4 (indiferente), 5 (trágico), 6VH, 8VH y 17VH (amistoso) y 9VH (placentero).

Con respecto a los conflictos significativos, se puede señalar que existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, represión de deseos sexuales, deseos sexuales relacionados a temas edípicos, temores homosexuales), además se evidencia

conflictos de independencia versus dependencia, represión de agresividad, ideación suicida, voyeurismo, exhibicionismo, temores infantiles y angustia por ataque.

La naturaleza de las ansiedades indica la presencia de mayor preocupación en relación al daño o castigo físico, de falta o pérdida de amor, de ser abandonado, de ser dominado o indefenso y de muerte.

Entre los principales mecanismos de defensa que utiliza la persona evaluada se encuentran: la represión, la racionalización, la anulación, la regresión, aislamiento y la negación.

En cuanto al castigo por el delito podemos señalar que el sujeto es demasiado indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos.

Y en cuanto a la idoneidad del héroe podemos mencionar que el evaluado carece de capacidad resolutive de problemas o conflictos.

Informe general del T.A.T de Pedro

Luego de haber realizado la aplicación y el análisis correspondiente a las historias de las láminas 1, 3, 4, 5, 6VH, 7VH, 8VH, 9VH, 11, 13HM, 17VH, 18VH del TAT, podemos afirmar que la persona evaluada se percibe así misma con una autoimagen que oscila entre positiva y negativa (ordenado, limpio, elegante, competitivo, insensible, confundido, desconcertado, alcohólico). En todas las láminas se identifica con la figura del héroe de su mismo sexo.

La percepción del ambiente o mundo del evaluado es, en su mayoría, amistoso. Salvo por las láminas 3, 4, 6VH y 11 (indiferente) y, 8VH y 18VH (hostil).

Con respecto a los conflictos significativos, se puede señalar que existe conflictos con respecto a la sexualidad (culpa masturbatoria, represión y conflicto de deseos sexuales, represión de deseos homosexuales), además se evidencia conflictos de independencia versus dependencia, represión de agresividad, temores infantiles angustia por ataque y exhibicionismo.

La naturaleza de las ansiedades indica la presencia de mayor preocupación en relación a ser dominado o indefenso y de daño o castigo físico.

Entre los principales mecanismos de defensa que utiliza la persona evaluada se encuentran: la represión, la racionalización, regresión y negación.

En cuanto al castigo por el delito podemos señalar que el sujeto es demasiado indulgente debido a que no percibe castigo por sus actos.

Y en cuanto a la idoneidad del héroe podemos mencionar que el evaluado posee una baja capacidad resolutive de problemas o conflictos.

Anexo 4: Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman -V (SSS)

	Sí	No
1. A menudo desearía ser un escalador de montañas		
2. Me gustan algunos olores corporales		
3. Me gustan las fiestas desenfundadas y desinhibidas		
4. No puedo permanecer en el cine cuando he visto la película		
5. Algunas veces me gusta hacer cosas que impliquen pequeños sobresaltos		
6. Me gusta explorar una ciudad o barrio desconocido aunque pueda perderme		
7. Me gusta la compañía de personas liberadas que practican el «cambio de parejas»		
8. Me aburro de ver las mismas caras de siempre		
9. Me gustaría practicar el esquí acuático		
10. He probado marihuana u otras hierbas, o me gustaría hacerlo		
11. A menudo me gusta ir colocado (bebiendo alcohol o fumando hierba)		
12. Cuando puedes predecir casi todo lo que va a decir o hacer una persona, puedes considerarla como una persona aburrida		
13. Me gustaría practicar el <i>wind-surfing</i>		
14. He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones		
15. Me gusta tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes, aunque sean poco convencionales o incluso ilegales		
16. Generalmente no me divierten las películas o juegos en los que puedo predecir de antemano lo que va a suceder		
17. Me gustaría aprender a volar en avioneta		
18. Me gusta probar comidas nuevas que no he probado antes		
19. Me gusta salir con personas del sexo opuesto que sean físicamente excitantes		
20. Ver películas o diapositivas de viajes en casa de alguien me aburre tremendamente		
21. Me gustaría practicar el submarinismo		
22. Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente el tiempo de duración ni su itinerario		
23. Tener muchas bebidas es la clave de una buena fiesta		

24. Prefiero los amigos que son impredecibles	
25. Me gustaría probar a lanzarme en paracaídas	
26. Me gustaría hacer amigos procedentes de grupos marginales	
27. Una persona debería tener considerable experiencia sexual antes del matrimonio	
28. Me siento intranquilo si no me puedo mover alrededor de mi casa durante un largo período de tiempo	
29. Me gusta saltar desde trampolines altos en piscinas	
30. Me gustaría conocer personas que son homosexuales (hombres o mujeres)	
31. Me imagino buscando placeres alrededor del mundo con la <i>jet-set</i>	
32. El peor pecado social es ser un aburrido	
33. Me gustaría recorrer una gran distancia en un pequeño velero	
34. Frecuentemente encuentro preciosos los colores chocantes y las formas irregulares de la pintura moderna	
35. Me gusta ver las escenas sexy de las películas	
36. Me gusta la gente aguda e ingeniosa aunque a veces ofenda a otros	
37. Me gustaría la sensación de bajar esquiando muy rápido por la pendiente de una gran montaña	
38. La gente puede vestirse como quiera aunque sea de una forma extravagante	
39. Me siento muy bien después de tomarme unas copas de alcohol	
40. No tengo paciencia con las personas grises o aburridas	

Anexo 5: Inventario de ansiedad sexual

Inventario de Ansiedad Sexual - Louis H. Janda, Old Dominion University

1. Sexo extramarital
 - a) Está bien si todos están de acuerdo.
 - b) Puede separar familias.
2. Sexo
 - a) puede causar tanta ansiedad como placer.
 - b) en general es bueno y agradable
3. Masturbación
 - a) Me causa preocupación.
 - b) Puede ser un sustituto útil.
4. Después de tener pensamientos sexuales
 - a) Me siento excitado.
 - b) me siento nervioso.
5. Cuando me dedico a las caricias
 - a) me siento asustado al principio
 - b) lo disfruto completamente
6. Iniciando relaciones sexuales
 - a) es una experiencia muy estresante
 - b) no me causa ningún problema
7. Sexo oral
 - a) Me excitaría
 - b) Me aterraría
8. Me siento nervioso
 - a) acerca de iniciar relaciones sexuales
 - b) no cuando se trata de miembros del sexo opuesto
9. Cuando conozco a alguien que me gusta
 - a) Trato de conocerlo a él o ella
 - b) Me siento nervioso
10. Cuando era más joven
 - a) deseaba tener sexo
 - b) Me sentía nervioso por la posibilidad de tener relaciones sexuales.
11. Cuando otros coquetean conmigo
 - a) no sé qué hacer
 - b) yo también coqueteo
12. Sexo grupal
 - a) me asustaría mucho
 - b) podría ser interesante
13. Si en el futuro cometiera adulterio
 - a) probablemente me pillaría
 - b) No me sentiría mal al respecto
14. Contar chistes sucios
 - a) Me sentiría muy nervioso para contar una chiste sucio en compañía mixta
 - b) Diría una broma sucia si fuera graciosa
15. Escuchar chistes sucios
 - a) me haría sentir incómodo
 - b) a menudo me hacen reír
16. Cuando despierto de sueños húmedos
 - a) Me siento agradable y relajado
 - b) Me siento tenso
17. Cuando tengo deseos sexuales
 - a) Me preocupa lo que debería hacer
 - b) Hago algo para satisfacerlos
18. Si en el futuro cometiera adulterio
 - a) no sería asunto de nadie más que mío.
 - b) Me preocuparía que mi esposo/a lo descubriera
19. Comprar una revista pornográfica
 - a) no me molestaría
 - b) me pondría nervioso
20. Sexo casual
 - a) es mejor que no tener sexo en absoluto
 - b) puede herir a muchas personas
21. Sexo extramarital
 - a) Es algo necesario
 - b) puede dañar la carrera de uno
22. Avances sexuales
 - a) Me dejan sintiendo tenso
 - b) Me agradarían
23. Cuando tengo relaciones sexuales
 - a) Me siento satisfecho
 - b) Me preocupa ser descubierto
24. Cuando se habla de sexo en compañía mixta
 - a) Me siento nervioso
 - b) A veces me emociono
25. Si tuviera que coquetear con alguien
 - a) Me preocuparía su reacción
 - b) Lo disfrutaría

Anexo 6: Tablas de las esferas sexuales

<i>Paciente</i>	<i>Infancia</i>			
	Juegos sexuales	Escena primaria	Abuso sexual	Otras experiencias sexuales infantiles
<i>René</i>	A los 3 y 9 años.	A los 5 años.	No	A los 8 años prácticas sexuales con perros.
<i>Sergio</i>	A los 5 años	No	No	A los 5 años se introducía objetos analmente
<i>Jaime</i>	No refiere.	A los 10 años.	A los 8 y 11 años.	A los 10 años le gustaba desnudarse y salir así a la calle. Años 11 años se ponía los interiores, vestidos y tacos de su madre.
<i>José</i>	A los 6, 7, 8 y 9 años.	No	A los 11 años.	A los 10 años observa a sus amigos penetrar a cerdos. A los 11 años tiene contacto sexual con sus perros.
<i>Roberto Pedro</i>	A los 7 años	No	No	No
	A los 7 años	No	A los 6 años.	A los 9 años se introducía objetos analmente. A los 10 años penetraba terneras, yeguas y burras en el campo. A los 12 años espía a las vecinas cuando se duchan.

<i>Paciente</i>	<i>Adolescencia</i>		
	Primera relación sexual	Experiencias sexuales en la adolescencia	Experiencias sexuales atípicas en la adolescencia
<i>René</i>	A los 13 años, con una prostituta.	A los 14 años practica masturbación grupal.	No refiere
<i>Sergio</i>	A los 19 años, con su ex conviviente	A los 15 años mantenía juegos sexuales y toqueteos con una amiga.	A los 14 años tuvo contacto sexual con gallinas. A los 17 años tuvo contacto sexual con perros.
<i>Jaime</i>	A los 14 años, con una amiga de su madre	A los 15 años le penetraba a un amigo homosexual	A los 13 años disfrutaba de bajarse los pantalones y mostrarle sus genitales a sus amigos. A los 15 años tuvo contacto sexual con una yegua. A los 17 años, su madre lo encontró masturbándose e introduciéndose objetos analmente. A los 18 años se dedicó a la prostitución.
<i>José</i>		A los 14 años mantiene juegos sexuales con sus hermanas.	A los 14 años abusó sexualmente de su sobrina. A los 15 años abusó de una vecina de 7 años.
<i>Roberto</i>	A los 16 años, tiene su primera relación con una prostituta.	A los 13 años espiaba a sus compañeras en el baño del colegio. A los 18 años participo en tríos u orgías con trabajadoras sexuales.	A los 14 años tuvo contacto sexual con una gallina. A los 14 años se empieza a introducir objetos analmente durante la masturbación.
<i>Pedro</i>	A los 14 años tuvo su primera relación sexual con su vecina.	A los 16 años, a pesar de tener un compromiso, le gustaba espiar a su vecina. A los 19 años participó en una orgía.	A los 13 años mantenía relaciones sexuales con burras, mulas y yeguas. A los 14 años mantiene relaciones sexuales con perros.

Paciente	Actual / adultez				
	Satisfacción sexual	Fantasías	Fantasías llevadas al acto	Experiencias sexuales actuales	Experiencias sexuales atípicas
René	Insatisfecho con su vida sexual	Travestirse de mujer y salir a prostituirse.	Fijación hacia los zapatos de tacón.	Su última pareja era un travesti	Mantiene contacto sexual con perros.
Sergio	Alto grado de satisfacción.	Tener relaciones sexuales en un ascensor, en una piscina y en un espacio abierto, al aire libre.	Tener relaciones sexuales en un lugar público. Tener relaciones sexuales en el cine.	Desde hace 2 años no mantiene relaciones sexuales.	Espía a su hermana en la ducha. Disfruta de oler la ropa interior usada de su hermana.
Jaime	Alto grado de satisfacción.	Hacer un trío con sus padres	Disfruta vestirse de mujer, llegando a excitarse y masturbarse.	Mantenía juegos sexuales con su hermano.	Tiene agujeros en el baño para espiar a sus padres. Le gusta espiar a las clientas de su madre. Disfruta mostrar sus genitales a sus amigos. Refiere que le gusta que el perro le practique sexo oral después de masturbarse.
José	Alto grado de satisfacción.	Tener relaciones sexuales con sus hermanas. Practicar sexo oral a las mujeres.	Robar la ropa interior de vecinas, amigas y familiares para olerlas.	No ha tenido relaciones heterosexuales todavía. Mantiene juegos sexuales con su enamorada.	Se masturba al ver a sus hermanas en ropa interior, y las observa mientras están en la ducha. Oler la ropa interior usada de sus hermanas. Le gusta que los perros le practiquen sexo oral. Introducirse objetos analmente. Le gusta masturbarse con frutas (sandía o papaya) y luego hacer jugo para que su familia se lo tome.
Roberto	Insatisfecho con su vida sexual.	Fantasías recurrentes de violación a su prima y a su hermana mayor. Fantasías sádicas de amarrar a su pareja y tener sexo violento, golpearla y ser agresivo. Y tener un perro para que penetre a su pareja.	Se roba los interiores de las vecinas y las amigas.	Prefiere masturbarse que ir a los burdeles. Masturbación compulsiva (de 4 a 6 veces diarias). Practica el sexting.	Cuando se masturba, le gusta espiar a su hermana en ropa interior y cuando ella se ducha. Se masturba con los interiores usados de su hermana. Dedica hasta 6 horas diarias en ver pornografía del tipo violación, bestialismo y sádicas
Pedro	Insatisfecho con su vida sexual.	Refiere tener fantasías sexuales de tener relaciones en lugares apartados, al aire libre. Tiene fantasías sádicas sexuales.	Ha participado en una orgía y señala que quiere volver a participar.	No ha tenido relaciones sexuales en aproximadamente un año. Ha sustituido el acto sexual por la masturbación, espía a su vecina desnuda.	El paciente tiene una compulsión por introducirse objetos analmente cuando se masturba, al punto de sangrar. El paciente mantiene relaciones sexuales con yeguas, burras o cualquier animal grande.

<i>Paciente</i>	<i>Vida sexual durante el consumo</i>	
	Conductas sexuales durante el consumo	Conductas sexuales atípicas durante el consumo
<i>René</i>	Refiere un aumento de compulsión masturbatoria, llegando a masturbarse 10 o 12 veces al día.	Durante el consumo el paciente aumentaba su compulsión por estar sexualmente con perros. Intentó consumir su fantasía sexual incestuosa con su hermana.
<i>Sergio</i>	En consumo perdió el interés sexual.	Intentó abusar sexualmente de su hermana y le propuso a su madre que le practique sexo oral.
<i>Jaime</i>	Aumento del apetito sexual. Aumento de la compulsión masturbatoria, llegando a masturbarse más de 10 veces al día.	Quería estar sexualmente penetrando ya sea un hombre o una mujer. Aumento del deseo de espiar a sus padres en el baño.
<i>José</i>	Aumento de la compulsión masturbatoria, llegando a masturbarse 8 veces por día.	Le gustaba penetrar a homosexuales a cambio de dinero. Aumento del deseo de espiar a sus hermanas en el baño. Aumento de la conducta de frotarse con sus hermanas, mientras ellas dormían.
<i>Roberto</i>	Disminuye debido a un problema de disfunción eréctil.	Aumento del deseo de espiar a su hermana en ropa interior. Y deseos y fantasías de violación.
<i>Pedro</i>	Aumento de la compulsión masturbatoria y de introducirse objetos analmente, llegando a masturbarse hasta 10 veces por día.	Aumento del deseo de espiar a su vecina en ropa interior. Ideas de violación, llegando a intentar violar a su madre y hermana. Por la compulsión de consumir, ha tenido relaciones sexuales con homosexuales a cambio de droga.

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

En pleno uso de mis facultades, declaro que me han informado sobre este proceso de investigación psicológica, sus beneficios, consecuencias, confidencialidad, el anonimato y mi derecho a la libre decisión en la participación del mismo.

Por la explicación brindada, firmo voluntariamente y sin ser forzado, este documento que instaura mi consentimiento para que participe del proceso de evaluación.

Firma.....

Fecha.....

Sarmiento Gavilanes Sharon Doménica

INVESTIGADORA RESPONSABLE

Trelles Urgiles Francisco Ariosto

INVESTIGADORA RESPONSABLE