

## TRATAMIENTO DE LAS DIFUNCIONES SEXUALES EN EL DISCAPACITADO PSÍQUICO

---

JOSÉ CÁCERES CARRASCO  
*Servicio Navarro de Salud, Pamplona*  
*Universidad de Deusto, Bilbao*

*Oscar, un adolescente de dieciséis años, lleva recluido en una institución, los dos últimos años de su vida por mandato judicial,*

*Había sido detenido en 1997 acusado de abordar y tratar de agredir a seis mujeres.*

*Durante el último período de su reclusión se le permitió salir los fines de semana, siendo de nuevo detenido por la policía, acusado de cometer tres nuevas agresiones sexuales. Las mujeres, jóvenes, explicaron a la policía que el agresor las siguió hasta sus domicilios y entró con ellas en los portales. Según explica la policía, las agresiones consistieron en besos, tocamientos y otros actos...*

*Elige como víctimas a chicas jóvenes, entre dieciocho y veintitrés años, atractivas, vestidas bien con minifalda o ropa ajustada.*

*Con las chicas de la Residencia, que con frecuencia se acercan a él, pues les es «resultón», se muestra más bien retraído y nunca toma iniciativa alguna.*

*Tiene reconocida una minusvalía del 42 por 100.*

## 1. INTRODUCCIÓN

El impulso sexual es un impulso primario, con prioridad, en ocasiones, sobre el resto de los impulsos primarios (e.g. hambre, sueño...) y que se diferencia de estos en que no es un impulso homeostático, es decir, no se inicia por la ruptura del equilibrio interno de ningún tipo de elemento, y su saciación tampoco depende de la consecución de ningún tipo de reequilibrio homeostático.

El papel jugado por los estímulos externos es determinante tanto para su inicio como para su perpetuación y saciación.

En todo ser humano, con discapacidad o sin ella, los procesos cognitivos (pensamientos, sentimientos, actitudes...) son, incluso, más importantes que los estímulos externos.

## 2. ELEMENTOS NECESARIOS PARA UNA BUENA SEXUALIDAD

Para que se dé una buena integración sexual, en cualquier persona, se requiere de la acción coordinada de tres elementos bien distintos: orgánicos, estimulares y cognitivos

### 2.1. Orgánicos

De los componentes orgánicos imprescindibles cabría resaltar los hormonales y los neurales.

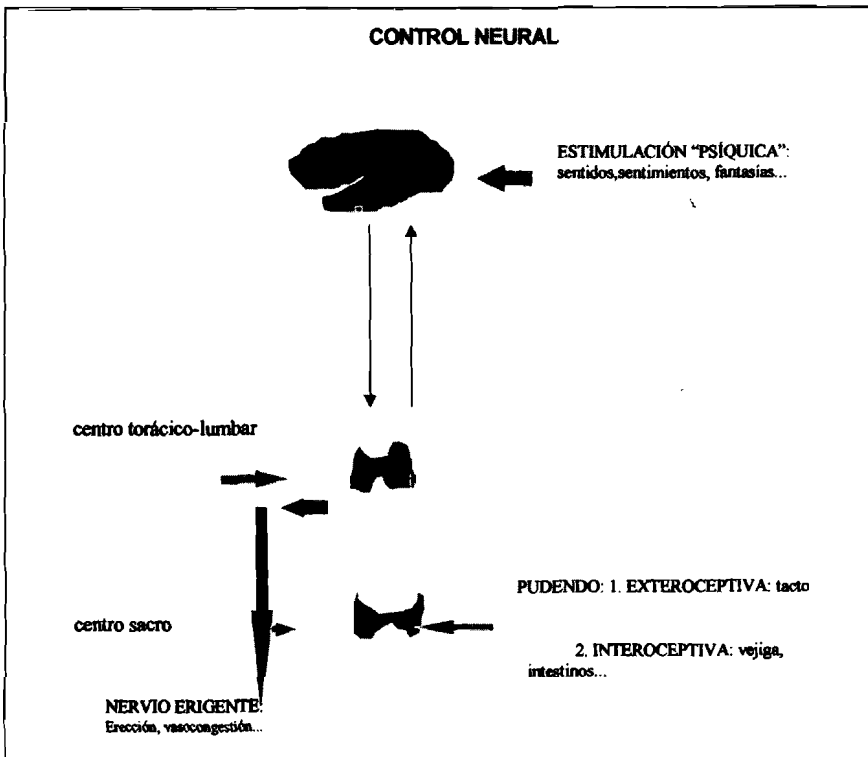
Por lo que a las hormonas se refiere, sabemos que hormonas diferentes están implicadas en fases o etapas diferentes de la sexualidad.

Así, la testosterona tiene que ver con la *proceptividad*, la progesterona con la *receptividad*, y los estrógenos con el *atractivo*.

Por lo que a los elementos neurales se refiere, la figura 1 resume los principales componentes implicados<sup>1</sup>.

Figura 1

CONTROL NEURAL DE LA RESPUESTA SEXUAL



En definitiva, la respuesta fisiológica sexual vendría desencadenada por dos mecanismos bien diferentes, mecanismos que actua-

<sup>1</sup> WEISS, H.D. (1972): «The physiology of human penile erection», *Annals of Internal Medicine*, 76, 793-799.

rían de manera **sinérgica** (potenciándose el uno al otro): el *reflexogénico*, desencadenado por la estimulación táctil e interoceptiva, y el *psicogénico*, desencadenado por el resto de los estímulos.

Cada uno de estos mecanismos estaría mediado por niveles fisiológicos diferentes.

Pero estos elementos orgánicos, en la especie humana, contrariamente a las especies inferiores, sólo servirían para preparar el escenario biológico en el marco del cual va a desarrollarse la respuesta sexual completa.

## **2.2. Estímulos**

Los verdaderos desencadenantes de la secuencia sexual son los estímulos.

Diversas especies están «colgadas» de determinadas modalidades sensoriales. La especie humana, afortunadamente, depende de todas las modalidades sensoriales.

Estos estímulos son idiosincrásicos, pudiendo ser diferentes en cada individuo.

El proceso de erotización de los diversos estímulos tiene mucho que ver con mecanismos de condicionamiento clásico (**asociacionismo**), procesos que se inician ya desde el comienzo de la vida, suponiéndose la existencia de una preparación biológica de determinados estímulos para convertirse en más susceptibles de tal investidura erótica.

En la medida en que se empieza a compartir la vida sexual con una pareja, es imprescindible que exista una buena comunicación de las preferencias sexuales, para que la armonía sexual y la satisfacción mutua sean adecuadas.

Esta comunicación sexual es preferible que sea no verbal y continuada.

### 2.3. Procesos cognitivos

Los elementos orgánicos habrán preparado el escenario, los estímulos externos habrán desencadenado el impulso, pero, en la mayoría de los mortales, éste puede verse inhibido o aumentado por procesos cognitivos (¡El mayor órgano sexual es el cerebro!).

Entre los procesos cognitivos que pueden interferir con el deseo y la respuesta sexual consiguiente, los sentimientos, las reacciones de ansiedad, el estrés, el miedo, las actitudes negativas y las fantasías sexuales son los más determinantes.

El inicio, el desarrollo y el establecimiento posterior de estos procesos vienen modelados por importantes procesos de aprendizaje.

## 3. IMPLICACIONES EN DISCAPACITADOS

En la gran mayoría de los discapacitados los mecanismos antes reseñados están intactos.

Por lo que a componentes *orgánicos* se refiere, si cabe, habría que señalar un desarrollo un tanto tardío.

El proceso de investidura de una constelación de *estímulos* como eróticos no parece ser diferente entre el discapacitado y la persona normal. Si cabe, la gama de estímulos podría reducirse, dependiendo no tanto de su grado de discapacidad como de la limitación de experiencias vitales que ésta le impone.

En otro orden de cosas, el discapacitado, por sus propias características, puede convertirse en objeto sexual de otros, poniéndole en alto riesgo de ser objeto de abusos y victimización sexual<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> DAY, K. (1994): «Male Mentally Handicapped Sex Offenders», *British J. Of Psychiatry*, 165, 630-639.

En cuanto a *aspectos cognitivos* se refiere, estos pueden verse especialmente determinados por las actitudes negativas hacia la sexualidad, tanto de padres como de cuidadores y, por ende, del mismo discapacitado. Muchos padres, cuidadores y, en ocasiones, la sociedad en general, tienden a considerar la sexualidad en el discapacitado como un problema, en lugar de como una emoción-atributo positivo más. Los cuidadores tienden a aceptar la expresión de sólo determinadas modalidades de sexualidad (e.g. masturbación), los padres se sienten inseguros en relación con su capacidad educadora en esta dimensión, temen que sus hijos puedan ser objeto de abuso, que desarrollen una sexualidad «equivocada»(e.g. homosexualidad o masturbación «excesiva»..). En demasiadas ocasiones, los profesionales de la Salud Mental tampoco se ven libres de estos prejuicios<sup>3</sup>.

En algunos casos de hipersexualidad, la motivación para ejercitar el control cognitivo ante situaciones excitantes puede estar disminuida, y procesos de negación de comportamientos, **minimización** de la propia culpa, o de los efectos negativos en las posibles víctimas (como las de Oscar), tan comunes en parafílicos no discapacitados, podrían ser prominentes<sup>4</sup>.

#### 4. RECOMENDACIONES

Es, pues, imprescindible que en los problemas sexuales del discapacitado, bien por exceso, bien por defecto, como haríamos en el caso del disfuncional no discapacitado, analicemos la posible con-

---

CRAFT, A., and CRAFT, M. (1982): «Sexuality and Mental Handicap. A review», *Brit. J. Of Psychiatry*, 139, 494-505. SAUNDERS, E.J. (1981): «The mental health professional, the mentally retarded, and sex», *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 10, 717-720.

<sup>4</sup> McCABE, M. (1993): «Sex education Programs for People with mental retardation», *Mental Retardation*, 31, 6, 377-387.

tribución de cada uno de los subcomponentes reseñados: orgánicos, estimulares y cognitivos.

Ello implicará:

*a)* Realizar un buen *historial psicosexual* que analice el problema con detalle, el desarrollo psicosexual del paciente, su despertar sexual y su proceso de formación de actitudes, así como su desarrollo heterosocial y su capacidad de relación interpersonal.

Este historial debiera complementarse con cuestionarios que le sean comprensibles (e.g. el cuestionario de Conocimientos y actitudes sexuales [SKAT], ha sido adaptado para ser usado con esta población).

*b)* Un *estudio pletismográfico*, (que implica la evaluación del reaccionar psicofisiológico del individuo ante una amplia gama de estímulos y valorar su capacidad de control sobre la excitación sexual por estos provocada, tan conveniente en sujetos no discapacitados en los que sospechemos que la «deseabilidad social») va a mediatizar sus respuestas ante un tema tan delicado), sena de gran ayuda, especialmente en aquellos pacientes cuya capacidad de introspección o fluidez verbal no facilitase el análisis adecuado del problema y su posible desarrollo etiológico<sup>5</sup>.

*c)* Una vez realizado este análisis estaríamos en condiciones de desarrollar un programa de intervención cortado a la medida del paciente que tenemos delante, y que pudiera corregir los excesos o los déficits de los tres subapartados antes reseñados.

Para ello contamos con un gran arsenal de posibles técnicas a emplear, entre las que se encuentran: acondicionamiento masturbatorio, entrenamiento en fantasías, técnicas de biofeedback, técnicas aversivas, potenciación de habilidades sociales y estrategias de cortejo.

---

<sup>5</sup> CÁCERES, J. (1990): *Evaluación psicofisiológica de la sexualidad humana*, Barcelona, Martínez Roca.

El objetivo final debiera ser potenciar todas aquellos comportamientos-respuestas sexuales socialmente aceptados, eliminando los temores prevalentes en esta población (el disfrute, el deseo, lugar del sexo fuera del matrimonio, ignorancia de hechos sexuales básicos, el temor a «no funcionar»..), e inhibir aquellos socialmente tildados de «desviados»o parafilicos.