

REPERCUSIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL DESAPTADA EN LOS RECURSOS COMPETENCIALES DE RELACIÓN

EMILIO A. MARTÍN TEJEDOR
Psicólogo Clínico.
Jefe del Servicio de Rehabilitación

CRISTINA URIBETXEBERRÍA PRAT
Terapeuta Ocupacional del Servicio
de Rehabilitación

AMAIA GARATE SAMANIEGO
Terapeuta Ocupacional del Servicio
de Rehabilitación

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios,
Arrasate (Guipúzcoa)

1. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

El interés por este trabajo surgió de la necesidad de dar respuesta a un problema que se planteaba con la existencia de determinados trastornos de la conducta en dos pacientes que ingresan en la Unidad de Media Estancia coincidiendo ambos durante parte

de su ingreso. Era la primera vez que se intentaba un abordaje terapéutico, haciendo recaer sobre la conducta sexual un porcentaje importante de este proceso terapéutico.

Caso 1

- Varón de cuarenta y un años, soltero.
- Diagnosticado de una Esquizofrenia Residual.
- Curso de evolución patológica de veintidós años.
- Alteración de la conducta:
 - Conducta impulsiva, acompañada de una gran agresividad, sobre todo verbal. En ningún caso aparecían conductas heteroagresivas.
 - Continuas verbalizaciones de desvalorización hacia sí mismo.

Caso 2

- Varón de treinta y un años, soltero.
- Diagnosticado de Retraso Mental Leve, con alteraciones de conducta.
- Curso evolutivo de los trastornos de la conducta casi desde los cinco años.
- Alteración de la conducta:
 - Reacciones de gran hostilidad casi siempre verbal, aunque en este caso si se producían ciertas agresiones (a personas más débiles que él, por lo que no se obtenía una consecuencia negativa por parte de la otra persona); pero las respuestas de agresividad se centran más en la rotura de objetos, en concreto de cristales de las ventanas.
 - La existencia de impulsividad en gran parte de las conductas de agresión.

2. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Durante varias semanas se estudió la conducta de los pacientes, a través de la observación, durante diferentes periodos del día, con el propósito de verificar la «estabilidad» y «persistencia» de las alteraciones de la conducta (sobre todo, las conductas impulsivas de agresividad).

Además, distintos miembros del Servicio de Rehabilitación mantuvieron paralelamente entrevistas con estos pacientes.

En ambos pacientes aparecían claramente delimitadas alteraciones de la conducta comunes. Cabe resaltar por su trascendencia:

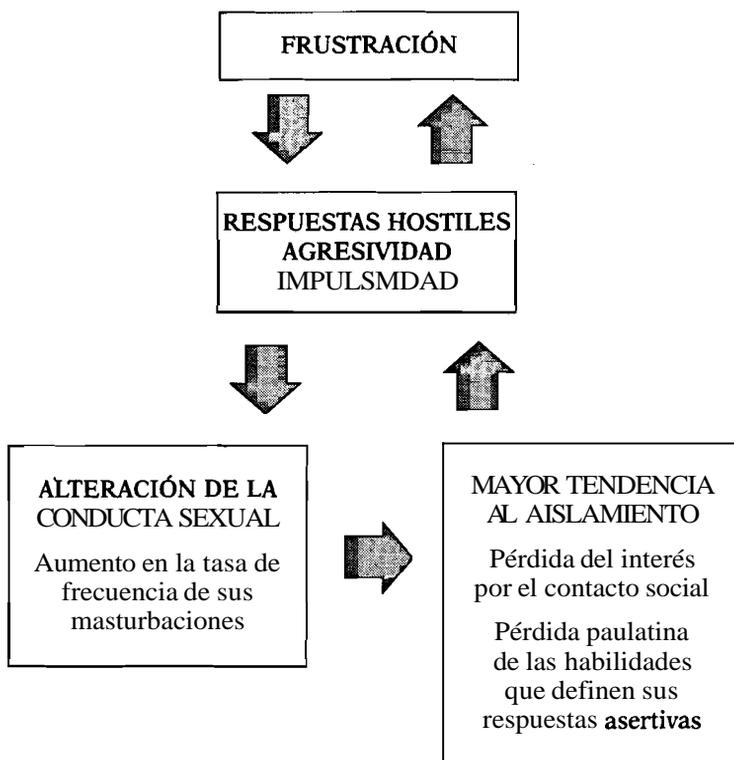
1. Las dificultades de relación y comunicación, es decir, en todos los recursos que definen la competencia asertiva de los mismos. En ambos pacientes se aprecia una inadecuada elaboración de la frustración.
2. La elaboración de respuestas hostiles como mecanismo de defensa ante esa frustración.
3. La existencia de alteraciones en la práctica de la conducta sexual en ambos casos. Uno de ellos (psicótico) con una tasa de frecuencia de masturbación diaria de cuatro a seis intentos. Algunos de estos sin que llegase a eyacular y sin que consiguiera un nivel aceptable de erección. El otro (defectuoso) con una tasa diaria menor de masturbaciones, pero con la dificultad añadida que supone el mecanismo que utilizaba (sin usar las manos, y por frotamiento boca abajo y contra la cama simulando el acto de penetración).
4. La existencia de un mecanismo de *feed back*, que condiciona negativamente su conducta, potenciándose entre sí, respuestas inadecuadas.

Las entrevistas con ambos pacientes nos llevan a verificar la existencia de este proceso de conducta que implica diferentes áreas. El

resultado de esta elaboración determina que existe una relación directa e inmediata entre estas cuatro variables.

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La determinación de este proceso nos permite suponer que si incidimos en una de estas variables conseguiremos una repercusión en todas ellas.



4. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

La intervención se produce de igual modo en ambos pacientes. No se tiene en cuenta su diagnóstico, ni la capacidad cognitiva de ambos.

- A. Por un lado se incluye a ambos en un grupo de Habilidades Sociales, con el objetivo de que pudieran «Manejar y Controlar situaciones de estrés o de frustración. Una sesión semanal de cuarenta y cinco minutos.
- B. Además, se **refuerza** positivamente «la decisión de participar en actividades que requieran la colaboración entre diferentes personas», lo que facilita el contacto **social** (actividades en la sala de manualidades, o en el taller prelaboral).
- C. De forma individual: en sesiones semanales de treinta y cinco a cuarenta minutos de duración. Se comienza un proceso de **información** sobre lo que es la sexualidad. Este proceso persigue varios objetivos:
 - Ayudar a que el paciente conozca «**sin restricciones**» de su sexualidad.
 - Ayudarles a relativizar la importancia que ellos dan en estos momentos a todo lo Sexual.
 - Ayudarles a elaborar el sentimiento de culpabilidad, asociado a determinados actos sexuales.

Posteriormente se inicia un periodo de **formación**, en el que se pretende dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- Hacerles conscientes de que la actividad sexual, en cualquiera de sus manifestaciones, lleva aparejada una serie de alteraciones fisiológicas «**que son transitorias**», pero que se han de elaborar adecuadamente.
- Trabajar los conceptos de relación personal y conducta sexual.

5. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

En la actualidad hemos confirmado nuestra hipótesis de trabajo, es decir, la existencia de un proceso de retroalimentación, en el que las conductas sexuales son un elemento más del mismo.

La inclusión de los pacientes en el programa de habilidades sociales no aportó un cambio importante en su conducta, aunque ha de resaltarse la ausencia de negativas por parte de estos a su participación.

La actividad ocupacional ha supuesto para estos pacientes un aliciente mayor, lo que sí ha contribuido a la existencia de respuestas menos impulsivas.

Pero lo que más nos ha sorprendido ha sido la repercusión que han tenido en ambos pacientes las sesiones individuales en las que se ha trabajado de manera específica la conducta sexual. Esta repercusión la podemos cuantificar de la siguiente manera:

1. Una disminución de casi el 50 por 100 de la tasa diaria de masturbaciones en el caso del psicótico, y algo menos en el paciente defectual, si bien es cierto que su tasa de frecuencia diaria era menor.
2. La consecución de mayor nivel de erección en el caso del psicótico.
3. En una faceta tan importante de nuestra propia vida, que ejercemos, pero que en demasiadas ocasiones no comprendemos.
4. El aprendizaje del nuevo mecanismo de masturbación en el paciente defectual ha supuesto una reducción de los problemas y alteraciones físicas producidos por el continuado frotamiento anterior.
5. Y, quizá, el resultado más importante para nosotros *ha sido la necesidad de tener que realizar un esfuerzo de comprensión y aceptación de este tema, constatando las dificultades incluso personales de formación en el terreno de la sexualidad;* y,

sobre todo, la importancia que tiene que los terapeutas que intervenimos en el proceso terapéutico de un paciente debemos ser educados Sin duda alguna, nuestro propio aprendizaje en este caso ha supuesto y supone uno de los mayores refuerzos a la hora de plantearnos día a día este trabajo.

Tomando una cita del Dr. WARREN JOHNSON, de la Universidad de **Marylan**, *«la educación sexual es un derecho y una necesidad, que en las personas con trastornos o deficiencias psíquicas debe de exigirse con mayor empeño, ya que si las personas "normales": tienen dificultades en la comprensión, elaboración o ejercicio de su sexualidad, no debemos exigir comportamientos más eficaces a aquellas personas poseedoras de esas deficiencias. La prohibición o cercenación de la sexualidad repercutirán de manera negativa en la manifestación de otros síntomas patológicos».*