

SEXOLOGIA INTEGRAL

Vol 2 nº 2 Abril-Junio 2005

Determinantes sociobiológicos
de la moral sexual

Variables asociadas a la satisfacción sexual
de los presos

Influencia que sobre la excitación sexual
de la mujer adulta tienen algunas situaciones
reales o imaginadas

Disfunción eréctil y riesgo cardiovascular

Las otras agresiones sexuales: un caso
de exhibicionismo

Fármacos antihipertensivos y disfunción sexual

Medicalización, erotismo y diversidad sexual:
una crítica al DSM-IV-TR (II parte)

Las otras agresiones sexuales: un caso de exhibicionismo

The other sexual aggressions: a case of exhibitionism

A. Casaubón Alcaraz¹, O. Gómez Llorens², C. Sanmartín Blanco³, M.A. Cueto Baños⁴

¹Psicólogo Clínico, sexólogo, Centro de Psicología Clínica, Escolar e Infantil (CEI), Motril, Granada

²Doctora en Psicología, sexóloga, Centro de Orientación Psicoterapia y Sexología (CARSIS), Valencia

³Doctor en Medicina, sexólogo, Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA), Santander

⁴Psicólogo Clínico, sexólogo, Centro Psicológico de Terapia de Conducta (CEPTECO), León

Resumen

Paciente de 34 años con una larga historia de visitas a profesionales de salud mental, con una patología de carácter exhibicionista y una psicopatología cronicada. Reconoce una mala relación con el sexo femenino, incluidas su mujer y su madre, verbalizando un sentimiento de haber recibido maltrato por parte de las mujeres, y reconoce tener deseo de dañarlas y hacerlo a través de la conducta exhibicionista. Se detecta en el paciente una serie de características personales tales como: inmadurez sexual, pocas habilidades sociales, rasgo de personalidad ansioso y una agresividad y violencia muy arraigadas.

El paciente sigue tratamiento farmacológico (prescrito por su psiquiatra); se lleva a cabo una intervención terapéutica tendente a superar la patología inicial. Dicha intervención se desarrolla a varios niveles: personal/sexual/familiar/social.

La evolución del paciente es buena inicialmente, hasta que, tras una disputa con su mujer, abandona la terapia.

Palabras clave: exhibicionismo, trastornos psicosexuales, relaciones matrimoniales.

Summary

The paper presents a thirty-four-year old patient with a long history of visits to mental health professionals, with exhibitionism pathology and chronic psychopathology. He recognizes a bad relationship with females, including his wife and his mother, and verbalizes a feeling of having received abuse by women and he acknowledges having desire to damage them and to do it through his exhibitionism behaviour. The patient shows personal characteristics as: sexual immaturity, scarce social skills, anxious feature of personality and very ingrained aggressiveness and violence.

The patient follows pharmacological treatment (prescribed by his psychiatrist); a therapeutic intervention tending to overcome the initial pathology is being carried out. This intervention is developed at several levels: personal/sexual/family/social.

The patient's initial evolution is good, until after a dispute with his wife, he abandones the therapy.

Key words: exhibitionism, psychosexual disorders, marital relationship.

Correspondencia:

A. Casaubón Alcaraz
C/ Nueva, 1, 2º B. Edificio Mediterráneo
18600-Motril, Granada (España)
E-mail: a.casaubon@correo.cop.es

Fecha de recepción: 7 de marzo de 2005.

Fecha de aceptación: 15 de abril de 2005.

Introducción

Presentamos el caso de un paciente que viene a la consulta del psicólogo sexólogo, derivado por su psiquiatra, diagnosticado de cuadro ansioso y trastorno psicosexual. Hay que reseñar que el recorrido del paciente por diferentes consultas en los dos años previos ha sido amplio: un psiquiatra, una médico especialista en sexología, un psicólogo y una psiquiatra (actualmente).

Caso clínico

Anamnesis

D.R.C., de 34 años, delgado, de estatura mediana y funcionario de seguridad del Estado, refiere no tener problemas de salud. Casado desde hace cinco años, acude a la consulta solo, manifestando tener fantasías sexuales y conductas de tipo exhibicionista desde la adolescencia. Reconoce que siempre ha sido nervioso, con tendencia a perder el control, y que en aquellas situaciones en las que se ve superado huye, tranquilizándose al exhibirse y a veces masturbarse.

Según comenta, las relaciones con su pareja son malas desde hace años (con varios intentos de separación) y las materno-filiales siempre fueron muy conflictivas: “Mi madre era muy mandona y siempre estaba encima mía”, “he sido agresivo con ella en ocasiones”. Por el contrario, se siente muy unido a su hermana mayor.

De sus primeros recuerdos sexuales refiere que a los 8 años un vecino de 15 le enseñó a autoestimularse obligándole a hacerlo en su presencia; con posterioridad, a los 15-16 años comienza a exhibirse de modo habitual ante chicas solas y en ocasiones en pequeños grupos, continuando la conducta hasta la actualidad.

Su vida sexual de adulto se ve jalonada por una serie de relaciones cortas con mujeres que le marcan: “Varias mujeres me han hecho daño”, y un significativo complejo de inferioridad debido al tartamudeo de tensión que presenta; con su mujer se siente muy inferior, al ser ella titulada universitaria. Manifiesta cierto rencor hacia las mujeres: “No sé qué tengo contra las mujeres”, y reconoce que su conducta tiene como finalidad hacer daño: “Me exhibo para asustar y hacerles daño a las mujeres”.

En las conductas exhibicionistas, poco a poco, ha ido incrementando el riesgo de ser reconocido y/o detenido, al realizarlas en pueblos poco distantes (a 10 ó 15 km de su domicilio) y en zonas vigiladas por sus propios compañeros, manifestando profundo deseo de ser descubierto: “Quiero que me pillen para que esto acabe”.

Desde hace dos años no tiene ningún tipo de relación sexual con su esposa (desde que supo que estaba embarazada de su hija, actualmente de 2 años) ni con otras mujeres, sólo se masturba a escondidas y después de exhibirse: “Si me masturbase delante de otra mujer, sería como estar poniéndole los cuernos a la mía”. Ha pagado a prostitutas sólo para que fuesen espectadoras de sus exhibiciones, nunca para mantener relaciones sexuales.

Después de varios intentos, se lleva a cabo la entrevista en solitario con A.P.F., mujer del paciente, de 32 años, ama de casa y con estudios universitarios, que manifiesta sufrir un cuadro ansioso-depresivo en tratamiento farmacológico desde hace un año. De su marido hace referencia a la habitual ausencia de comunicación y apego y a que, cuando está alterado o se le lleva la contraria, discute y abandona la vivienda conyugal. A.P.F. conoce la patología de su marido, de la que al parecer él la culpa, y comenta que desde siempre se ha mostrado tímido ante las mujeres, introvertido y muy machista. Confirma que desde que nació su hija (hace dos años) tiene una actitud despótica y de distanciamiento con ella y la niña. Habla de la extraña relación de D.R.C. con una de sus hermanas: “Parece más su marido que el mío”.

El paciente sigue tratamiento farmacológico prescrito por su actual psiquiatra: Mutabase 2/25 (3 comprimidos/día), Haloperidol solución (54 gotas en 3 dosis/día), Akinetón Retard 4 mg (1 comprimido/día) y Lexatin 3 mg (3 comprimidos/día). No consume sustancias tóxicas, incluidos alcohol y tabaco.

Estudio exploratorio

1. *STAI (Escala de Ansiedad Estado-Rasgo)*: 1. Ansiedad/Estado: percentil 97 (estado de personalidad ansioso); 2. Ansiedad/Rasgo: percentil 99 (rasgo de personalidad ansioso).

2. *BDI (Inventario de Depresión de Beck)*: puntuación 46 (depresión severa).

3. *ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad)*: a. *Nivel Cognitivo* (sentimientos y pensamientos de preocupación y miedo): percentil 99 (ansiedad extrema); b. *Nivel Fisiológico* (respuestas que son índice de activación del Sistema Nervioso Autónomo y Central): percentil 95 (ansiedad extrema); c. *Nivel Motor* (índices de agitación motora): percentil 95 (ansiedad extrema).

Factores correspondientes a áreas situacionales o rasgos específicos: *Factor I: Ansiedad ante la Evaluación* (tomar decisiones, recibir críticas o pensar que se le critica o se le evalúa negativamente): percentil 99 (ansiedad extrema); *Factor II: Ansiedad Interpersonal* (situaciones de interacción social o interpersonal, situa-

ciones sexuales íntimas): percentil 99 (ansiedad extrema); *Factor III: Ansiedad Fóbica* (ansiedad ante situaciones que le resultan aversivas): percentil 98 (ansiedad extrema); *Factor IV: Ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana*: percentil 99 (ansiedad extrema).

4. *CEP (Cuestionario de Personalidad): Escala C (Estabilidad Emocional)*: percentil 1 (cambios emocionales por razones nimias sin intervención de la propia voluntad); *Escala E (Extraversión Social)*: percentil 1 (bajísima extraversión social del sujeto, escasa facilidad y gusto por el contacto social); *Escala P (Agresividad y Suspiciousidad)*: percentil 99 (agresividad y concepción pesimista de las intenciones ajenas; tras ello puede vislumbrarse cierta convicción de propia superioridad sobre los demás).

En las figuras adjuntas se muestran los dibujos realizados por el paciente a nuestra solicitud de que expresase su opinión sobre: cómo considera que es la actitud de las mujeres en general hacia él (Fig. 1), cómo se siente durante el acto de exhibicionismo (Fig. 2), después del mismo (Fig. 3) y habitualmente (Fig. 4).

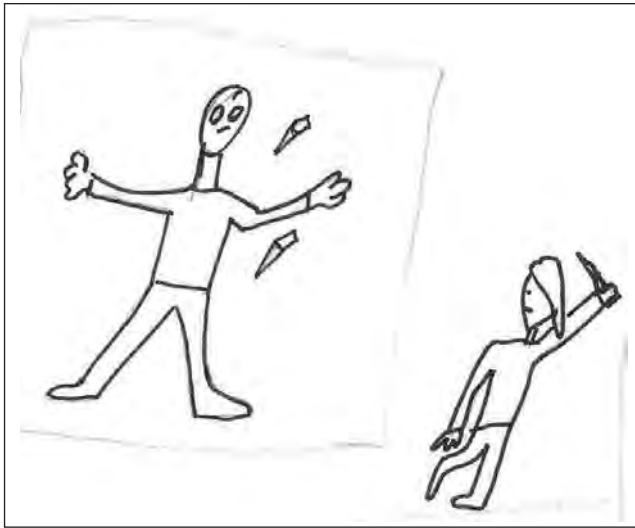


FIG. 1. Cómo considera que es la actitud de las mujeres hacia él.

Diagnóstico

Una vez valorado el caso (ver Discusión), siguiendo los criterios de CIE-10 y DSM-IV-TR (1, 2) se llega a los diagnósticos: trastorno de la inclinación sexual (parafilia), exhibicionismo, trastorno de ansiedad.

Intervención terapéutica

Ya que se implican aspectos psicopatológicos profundos, sexológicos, sociales y familiares, el proceso terapéutico ha de abordar globalmente el problema con actuación parcializada en las distintas áreas afectadas.



FIG. 2. Cómo se siente durante el acto de exhibicionismo.



FIG. 3. Cómo se siente después del acto de exhibicionismo.



FIG. 4. Cómo se siente habitualmente.

- *A nivel personal*: 1. Aprendizaje de ejercicios de relajación y autocontrol para que el paciente pueda controlar su grado de tensión y ansiedad, que derivan en la

conducta exhibicionista. 2. Reestructuración cognitiva (3), que evite el modo erróneo de analizar las conductas de los demás (particularmente la de su mujer) y, consecuentemente, sus acciones punitivas hacia las mujeres. 3. Técnica de tiempo fuera ante situaciones que generen tensión y/o ansiedad que modifiquen la conducta establecida por el paciente.

- *A nivel sexual*: 1. Consejo sexual, aclarando dudas sobre sexualidad humana, planteadas por el paciente. 2. Experimentación positiva del deseo sexual solo o con su pareja, en situaciones relajadas y cotidianas dentro de casa. 3. Recondicionamiento orgásmico con análisis y práctica de nuevas conductas sexuales, alternativas a las que desarrolla el paciente: autoestimulación con fantasías (4) y/o imágenes de sexo y prácticas sexuales no forzadas o clandestinas, etc. 4. Sensibilización encubierta sin relajación: recuerdo de una escena real de exhibicionismo, asociando justo antes de la ejecución de la conducta estímulos aversivos establecidos por el paciente. 5. Auto-instrucciones de autorrefuerzo a la consecución de objetivos.

- *A nivel familiar*: 1. Terapia de pareja (mejora de la comunicación y el diálogo, actividades de tiempo libre con la pareja, etc.). 2. Técnica de la suspensión temporal (tiempo fuera) ante situaciones que generen tensión y/o ansiedad estando en pareja. 3. Mejora de la relación paterno-filial (colaborar en el cuidado de su hija, llevar a cabo actividades lúdicas con la menor, etc.).

- *A nivel social y laboral*: mejora de la comunicación y participación en actividades de tiempo libre con el entorno social y/o laboral.

Evolución

Inicialmente, es significativa la persistente oposición de la mujer a asistir a consulta; después de varias negativas admitió hablar por teléfono. Poco a poco el paciente fue controlando ciertas situaciones menores que le generaban ansiedad y, como consecuencia, toda su conducta ritual (ver que la mujer fume, que la hija llore, etc.). Ante situaciones de máxima tensión, fue consiguiendo exhibirse sin masturbarse en alguna ocasión. Según fue mejorando la comunicación de pareja, disminuyó moderadamente la conducta problema, siendo significativo su incremento cada vez que hubo discusiones familiares. Al aumentar la relación con su hija, hubo mayor tolerancia a los llantos, con el consecuente descenso de la ansiedad. Comenzaron los acercamientos físicos en la pareja, aunque sin llegar a tener

relaciones completas. La psiquiatra comenzó a reducir la medicación conforme notó la mejoría del paciente.

Después de seis meses de tratamiento y a raíz de unas discrepancias por unas tierras, él piensa que su mujer y su familia le engañan y toma la decisión, sin previo aviso, de abandonar la terapia (¿acción punitiva?).

Discusión y conclusiones

El paciente se nos presenta como un sujeto solitario, sexualmente inmaduro, agresivo y con una significativa carencia de habilidades sociales. Manifiesta rasgo y cuadro de personalidad ansiosa, que es incapaz de controlar, y ha desarrollado una parafilia de tipo exhibicionista, al parecer con una doble finalidad: disminuir la ansiedad (exhibición-excitación-masturbación-relajación) y de carácter punitivo (hacia las mujeres y hacia sí mismo). Pensamos como Robert Stoller que el riesgo de ser detenido forma parte de la parafilia (5).

Desde el punto de vista sexológico, la intervención terapéutica en casos con trastornos psicopatológicos profundos, violencia y agresividad arraigada y que pueden evolucionar a formas clínicas más graves a menudo se encuentra supeditada a los vaivenes de la propia patología psíquica del paciente; de ahí que se haga necesaria una actuación integral multidisciplinar, tanto en las áreas sobre las que intervenir como en las estrategias y herramientas terapéuticas (farmacología, psicoterapia, orientación sexual, terapia de pareja, terapia sexual). Los resultados no siempre cumplirán, tanto en éste como en otros casos similares (6), nuestras expectativas profesionales.

Referencias

1. ICD-10. International Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson SA; 2002.
3. Master WH, Johnson VE, Kolodny RC. Eros: los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo; 1996.
4. Dandescu A, Wolfe R. Considerations on fantasy use by child molesters and exhibitionists. *Sex Abuse* 2003; 15 (4): 297-305.
5. Segú H. Conductas sexuales inadecuadas. Estudio clínico de las disfunciones sexuales y las parafilias. Buenos Aires: Lumen Humanitas; 1996.
6. Kenworthy T, Adams CE, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. Intervenciones psicológicas para personas que han cometido delitos sexuales o que están en riesgo de cometerlos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).