



REVISTA MÉDICA INTERNACIONAL SOBRE EL SÍNDROME DE DOWN

www.elsevier.es/ sd



CASO CLÍNICO

Sexualidad y síndrome de Down

B. Garvía Peñuelas

Centro Médico Down, Fundación Catalana Síndrome de Down, Barcelona, España

Recibido el 12 de julio de 2010; aceptado el 6 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Down;
Sexualidad;
Identidad;
Depresión;
Descompensación
psicótica

KEYWORDS

Down's syndrome;
Sexuality;
Identity;
Depression;
Psychotic
decompensation

Resumen

Introducción: La vida afectiva y sexual y su relación con la identidad y la conciencia de la discapacidad, en una persona con síndrome de Down (SD).

Caso clínico: Mujer de 25 años con SD que inicia un episodio psicótico con ideación delirante en el momento en que se plantea la realización de una ligadura de trompas. La enfermedad surge por el conflicto entre sexualidad e identidad.

Discusión: Las personas con SD pueden tener una evolución disarmónica o quedar fijadas en etapas evolutivas anteriores. Esta situación, junto con sus dificultades para simbolizar, puede llevar a desorganizaciones mentales de tipo psicótico, como en el caso que se expone.

© 2010 Fundació Catalana Síndrome de Down. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Sexuality and Down's syndrome

Abstract

Introduction: The emotional sphere and its relationships with sexual identity and awareness of disability in a person with Down's syndrome (DS).

Case report: 25-year-old woman with DS who has a psychotic episode with delusions when a tubal ligation is being considered. The condition arises due to a conflict between sexuality and identity.

Discussion: People with Down's syndrome can undergo unharmonious development or remain anchored in previous evolutionary stages. This situation, together with difficulties to symbolise, can lead to psychotic mental disorders, as in this case.

© 2010 Fundació Catalana Síndrome de Down. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La vida afectiva y sexual de las personas con síndrome de Down (SD) está sometida a una serie de mitos, prejuicios y fantasmas que inquietan a la sociedad. Entre los mitos están los que hacen referencia a la edad mental (son niños y no entienden de sexualidad) o a la idea de que su sexualidad es diferente: se percibe más exagerada —“no controlan impulsos” —o más inhibida —“no les interesa este tema” —. Sin embargo, la sexualidad de la persona con SD es sexualidad humana, no es una sexualidad especial.

La sexualidad y la afectividad son dimensiones de la personalidad que están presentes en el comportamiento; son funciones biológicas y afectivas. La sexualidad va más allá de la genitalidad. Atraviesa todos los elementos esenciales de la vida humana, desde la identidad individual hasta el proyecto de vida, el ejercicio de derechos y deberes y la participación en la vida social. Una vida digna va unida a unas condiciones que permitan el ejercicio responsable de la sexualidad¹.

Un concepto fundamental que hay que tener presente al hablar de sexualidad es el concepto de identidad. “La sexualidad tiene que ver con la identidad y con el deseo. Por eso, la expresión de la sexualidad de las personas con SD depende de la fuerza y de la forma de su identidad que, asimismo, depende del puesto que la sociedad les otorga y de las expectativas que tiene de ellos” (Denis Vaginay)². Al temerse las consecuencias (los embarazos), la inquietud tiene que ver más con la anticoncepción que con la manera de proporcionar una educación sexual que garantice unas relaciones afectivo-sexuales satisfactorias³.

El caso que se analiza es un ejemplo de depresión psicótica en una mujer con SD producido por un conflicto entre su identidad (trisómica) y su sexualidad (esterilización). Sus dificultades de simbolización y su entendimiento muy precario de la sexualidad desencadenan la crisis.

Caso clínico

Mujer de 25 años con SD y un buen nivel de aprendizaje, de expresión y de comprensión. De carácter alegre y cariñoso, mantenía buenas relaciones personales y sociales y bastante autonomía.

En el momento de la consulta presenta una clínica de un año de evolución, caracterizada por ansiedad, toma de conciencia de su discapacidad, permanencia durante largos períodos de tiempo sentada en la cama, alteraciones del sueño, miedos, falta de atención a su aseo personal e inicio de una deambulación rígida (con las piernas rectas y los puños cerrados). Asimismo, inicia comportamientos agresivos con su madre y no quiere lavarse, ni arreglarse, ni dormir en su habitación. Aparecen ideas delirantes relacionadas con su sexualidad y con el embarazo: debajo de su cama hay una mujer que quiere hacerle daño. Se trata de la madre del protagonista de una serie de TV del que la paciente está enamorada. Presenta un importante rechazo hacia el padre y deja de ir al taller porque se ríen de ella. Cualquier desplazamiento se puede hacer eterno porque anda muy despacio y con una total rigidez en sus piernas.

Los padres asocian este cuadro al hecho de que, en el taller al que asiste la paciente, tras una valoración psicológica, la bajan de nivel y la separan de las compañeras que había tenido siempre. Pasó de ganar una cantidad a la semana a cobrar algo simbólico. Asimismo, todas sus compañeras se someten a una operación de ligadura de trompas, operación que también se programa para la paciente pero que no llega a efectuarse porque enferma de depresión. La paciente explica que las personas con SD tienen un cromosoma de más pero que no son “tontas”, aunque tienen limitaciones. Niega de ser como es y quiere ir a la universidad. Tiene una obsesión con la operación: es bueno operarse, porque así será como las otras compañeras que mantienen su puesto de trabajo en un nivel más alto.

El psiquiatra que la atiende diagnostica episodio psicótico con ideación delirante y relacional, todo ello relacionado con la proyectada intervención quirúrgica. Receta haloperidol y clorhidrato de tioridazina, y aconseja psicoterapia.

La paciente dice: “Cuando me opere, andaré bien, porque la operación será la salvación”. Responde bien a los tratamientos, accede a lavarse los dientes (no lo hacía desde meses atrás) y a dormir en su cama. Se va reincorporando al taller, pero no quiere ver a sus amigas e insiste en que estará bien cuando se opere. Accede a ducharse y también va remitiendo la agresividad y el rechazo al padre. En el último año, desde que se desencadena la enfermedad, la paciente engorda 14 kilos. Habla del chico de la serie televisiva como si fuera real, y cuando se le señala responde: “Bueno, pero yo quiero hacer el amor y la operación será mi salvación”.

El abuelo materno enferma de gravedad y la madre se plantea ir a cuidarlo, por lo que tiene que ausentarse durante un tiempo. Se acuerda que la paciente permanezca en su casa, con su padre y sus hermanos, durante el mes que la madre esté fuera. Poco a poco va hablando de personajes reales. Explica que es amiga de un chico (F) y que se dan besos. Ante la pregunta de por qué cree que le quiere hacer daño la señora de debajo de la cama, responde: “Es un daño de amores, porque me gusta su hijo” (obsérvese la culpa con la que la paciente vive su deseo sexual). La paciente mejora ostensiblemente, aunque continúa descuidando su aspecto personal. Sobre este punto, explica que no se arregla para no provocar, que le gustaría tener dos años y no hacerse mayor. Quiere cortarse el pelo e ir en pantalones, como los chicos, y no le gusta ducharse porque tiene miedo de que alguien la vea —un señor— y le haga algo. “¿Qué temas que te haga?” “Verme las piernas o tocarme las piernas. Unos niños se tocan y se besan. Yo no. Si provoco, la gente me hace daño.” “Si provocas, pueden tocarte y besarte.” “Sí. Eso es.” La madre explica delante de ella cómo le gusta dar besos a F.

El tratamiento continúa y la paciente empieza a bañarse sola y a dormir con una muñeca blandita. A la pregunta de qué sabe acerca de hacer el amor, responde que no sabe nada y que, además, está muy constipada. Hay un chico y una chica que se besan en la boca, y eso le da miedo (la chica es ella). “¿Y te da miedo quedarte embarazada?” “Sí, sí, eso es.” “¿Por eso la operación será la salvación?” “Sí, por eso.” Al poco tiempo, comienza a caminar bien y dice:

“Hoy me he lavado el culo”. Y señala los genitales. Se le señala la confusión y responde: “Bueno, la vagina”. “Mi madre se va a final de mes y yo no estoy asustada.” “Andas bien y no te has operado.” Contesta: “A ratos ando bien. A veces me balanceo con los pies y me gusta hacerlo” (sustituto masturbatorio). El tratamiento se interrumpe por las vacaciones. Vuelve habiendo pasado un buen verano: está simpática, se arregla más y dice que su muñeca se llama Rubí. “Es guapa, preciosa. Juego con ella a los papás. F es el padre y yo la madre.” A la pregunta de si ha pensado en tener un hijo con F. cuando le besa, responde que sí. “Ahora que estás mejor, quizá puedes hablar de aquello que te tenía tan asustada.” “Sí, me iban a cortar algo en el estómago.” “¿El qué?” “No lo sé. Un bebé o las piernas (fantasía de embarazo y de castación), y tenía mucho miedo.” “Quizá lo que te iban a cortar era la posibilidad de tener un bebé.” “Sí, y tenía miedo. Nunca más lo volveré a hacer”.

Discusión

Freud⁴ explica que los niños pequeños van elaborando sus teorías acerca de la sexualidad bajo la sola influencia de los componentes instintivos sexuales. Una de estas teorías explica que los niños crecen en las barrigas de sus madres. El desconocimiento de la existencia de la vagina lleva a pensar que el nacimiento se realiza por el conducto intestinal (el niño es expulsado como un excremento en una deposición). ¿Cómo llegan los niños a las barrigas de las madres? Otra de las teorías sexuales infantiles es la de que los niños son engendrados por un beso⁴. Freud dice que esta teoría es exclusivamente femenina. Más tarde, hacia los diez u once años, los niños llegan a sus primeras revelaciones acerca de las relaciones sexuales (la paciente no había llegado a este grado de evolución).

La enfermedad de la paciente se desencadena bajo la influencia de esta fantasía de embarazo oral (por darse besitos con F. se ha quedado embarazada) y también por la ingestión de alimentos (engordó 14 kilos, como en un embarazo). Esto la culpabiliza enormemente (no lo haré más). Como se ha besado, la van a operar y a quitarle el bebé. La culpa desató el delirio. Pero por otro lado, sus amigas se han operado y son más listas (han cambiado de puesto de trabajo a uno de mayor rendimiento). Ella quiere

ser lista, y para ser lista le sobra algo (recordar cómo explica que el SD consiste en tener un cromosoma de más). El anuncio de la operación parece que cortocircuitó todas estas fantasías y desencadenó la descompensación psicótica. Por un lado, la operación es un castigo, y por otro, la salvación, porque le van a quitar el bebé que no le deja andar y, a la vez, puede volverse lista como sus amigas operadas e ir al taller con ellas. La operación es el elemento descompensador.

La paciente dice no saber de la sexualidad. Está excitada y confundida. Tiene fantasías orales y excitaciones genitales. Dice que está resfriada. Al estar resfriada no puede besar, y esto la hace estar tranquila. Por eso tampoco se lava los dientes. El delirio gira alrededor de la culpa.

La paciente está desprendiéndose de la madre pero, individuarse, independizarse y crecer le da miedo. Le da miedo hacerse una mujer. Por eso quiere tener dos años; porque hacerse mujer implica tener deseos sexuales, y estos deseos pueden desencadenar embarazos y operaciones. En sus fantasías tiene sus novios, sus devaneos, pero no puede metabolizar todo esto y se descompensa.

Este caso es un ejemplo de cómo la imposibilidad de elaborar simbólicamente la sexualidad —aun tratándose de una chica con un buen nivel intelectual— puede provocar una desorganización mental y hacer enfermar.

Es importante trabajar la identidad y la sexualidad en pacientes con discapacidad intelectual para ayudarles a integrar funciones, haciendo hincapié en las que están en un grado de progreso más avanzado, entendiendo cuál es su necesidad real y el momento en que se encuentra de su evolución psicoafectiva.

Bibliografía

1. Garvía B. Salud mental y síndrome de Down. En: Corretger JM, Serés A, Casaldáliga J, Trias K, editores. Síndrome de Down: aspectos médicos actuales. Barcelona: Masson y Fundación Catalana Síndrome de Down; 2005. p. 203-14.
2. Vaginay D. Comprendre la sexualité de la personne handicapée mental. Lyon: Chronique; 2002.
3. Vaginay D. Conferencia sobre la sexualidad del individuo trisómico 21. Seminario de Atención y Cuidados. Lyon: GEIST; 1997.
4. Freud S. Tres ensayos a una teoría sexual. 3.^a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1974. p. 1200-26.