

# **Universidad Abierta Interamericana**

---

Tesis de Grado



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**

**Facultad de Psicología y Relaciones Humanas**

**Sede Regional Rosario**

**Lic. En Psicología**

**“Comportamientos sexuales de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo según los profesionales tratantes”.**

**2013**

**Autor:** Martí, Estefania

**Director:** Laurito, Antonio

**Tutor:** Gómez Alonso, Raúl

## 1. RESUMEN

Este trabajo de investigación se fundamentó en analizar la problemática de la sexualidad en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, una patología considerada “la epidemia oculta” ya que actualmente afecta a 3% de la población mundial y sigue en aumento.

El objetivo de esta investigación es caracterizar cómo la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo influye en la sexualidad de los pacientes y de su entorno, provocando en ellos distintas disfunciones sexuales; para esto se analizó la experiencia y opinión de los profesionales tratantes al respecto. Con ello, se pretende afinar esta temática para no dejar de considerar que el trastorno obsesivo compulsivo además de irrumpir horas diarias en la subsistencia del paciente afecta su calidad de vida en todas sus esferas, incluyendo un aspecto tan subjetivo como es la sexualidad de un individuo.

**PALABRAS CLAVES:** comportamientos sexuales- disfunciones sexuales- trastorno obsesivo compulsivo- síntomas.-

2. AGRADECIMIENTOS.

*A los profesores Raúl Gómez Alonso y Antonio Laurito por sus aportes teóricos y metodológicos para llevar a cabo esta investigación.*

*A la Dra. Idelma Serpa por su predisposición, tiempo y dedicación.*

*A la fundación ALTUE, por el espacio y el tiempo que me brindaron.*

*A mis compañeras de ruta en esta carrera tan apasionante como es la psicología*

*A mi familia y pareja por el apoyo y el sostén durante mi tránsito por la Universidad y la vida.*

## 3. INDICE

1. Resumen, palabras claves.....	Pág. 1
2. Agradecimientos.....	Pág. 2
3. Índice.....	Pág. 3
4. Introducción.....	Pág. 4
5. Tema y problema.....	Pág. 6
6. Objetivos.....	Pág. 7
7. Estado del arte.....	Pág. 8
8. Marco teórico .....	Pág. 13
8.1. Primera parte: un acercamiento al concepto de sexualidad.....	Pág. 14
8.2. Segunda parte: Aportes sobre la sintomatología específica de la sexualidad de los pacientes.....	Pág. 28
8.3. Tercera parte: El trastorno obsesivo compulsivo, características fundamentales.....	Pág. 31
9. Marco metodológico.....	Pág. 51
10. Análisis e interpretación de resultados.....	Pág. 56
11. Conclusiones.....	Pág. 73
12. Bibliografía.....	Pág. 76
13. Anexo.....	Pág. 80

## 4. INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno de ansiedad que se exterioriza con pensamientos, temores o preocupaciones irracionales (obsesiones) que se intentan superar mediante una actividad ritual (compulsiones).

Las obsesiones son un conjunto de ideas o imágenes que dominan a la persona y lo perturban ocupan gran parte de su tiempo y se caracterizan por ser intrusivas.

Las compulsiones o rituales por otro lado son actos o pensamientos a los que el individuo recurre y cumple de manera rígida y formal para intentar evitar sus obsesiones.

Esta sintomatología primaria del trastorno obsesivo compulsivo interfiere en todos los aspectos de la vida del paciente, sin poder lograr una vida sana, mucho menos una vida sexual sana.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que los problemas de la sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de lo que hasta la fecha se había aceptado. Por lo que la OMS define a la salud sexual como "la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor".

El hecho de que no haya investigaciones sobre esta problemática en Argentina es un motivo para que se lleve a cabo ya que la epidemiología del TOC va aumentando con el correr de los años (actualmente es del 2% y 3% de la población mundial) y la sexualidad de los pacientes es un factor que no se puede dejar de tener en cuenta hoy en día en la clínica.

Este trabajo de investigación se basó en investigaciones como las de Freund y Steketee (1989), quienes sostienen que la sintomatología obsesiva no interfiere con la satisfacción sexual, particularmente en aquellos casos con preocupaciones acerca de secreciones corporales. En contraposición del estudio llevado a cabo por Aksaray et al (2001) en el artículo “La sexualidad en mujeres con TOC” quienes afirman que la obsesión de contaminación, como la necesidad de simetría y exactitud produce evitación y anorgasmia; sumado a la investigación recientemente publicada en la revista colombiana de psiquiatría, vol. XXXIV, n° 2, donde los autores afirman que en los relatos de los pacientes, la sexualidad aparece como algo ambiguo y peligroso.

Esta exploración es un punta pie para futuras investigaciones sobre el tema, además de las promoción y prevención para los pacientes que son los ejes fundamentales de nuestra profesión.

Con ello, la meta principal de esta investigación arroja la experiencia de los profesionales tratantes sobre una patología que está en pleno auge interfiriendo la calidad de vida de los pacientes que consultan. Hoy en día en la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

## 5. TEMA Y PROBLEMA

¿Qué características le imprime a la sexualidad la sintomatología de los trastornos obsesivos compulsivos según los profesionales tratantes?

La presente investigación se basa en explorar cuáles son los efectos que produce la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo sobre la función sexual del paciente diagnosticado con dicha patología según la experiencia y opinión de los profesionales del área de la salud mental que tratan este padecimiento.

## 6. OBJETIVOS

### 6.1. Objetivo general

Describir que características le imprime a la sexualidad (genitalidad) la sintomatología de los pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo según los profesionales tratantes.

### 6.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar las características más comunes de la sintomatología de estos pacientes según los profesionales.
- ✓ Especificar si la patología se identifica en hombres o en mujeres o en ambos por igual según los profesionales.
- ✓ Caracterizar los comportamientos sexuales característicos de los pacientes con TOC según los profesionales.
- ✓ Inferir cuales de los aspectos de la sexualidad puede atribuirse a la sintomatología específica.

## 7. ESTADO DEL ARTE

A continuación se detallaran las investigaciones más recientes sobre esta problemática.

Como se detalló en la introducción, es una temática que carece de estudios previos.

Esta guía puntual detalla cada investigación encontrada, no solo de la relación entre la sexualidad y el trastorno obsesivo compulsivo, sino de los autores que retratan sus experiencias sobre el TOC en general y la sexualidad en particular.

Están ordenados de forma tal con el objetivo de que el lector atestigüe las publicaciones desde la más antigua hasta la más reciente.

*I. Journal of Sex and Marital Therapy. 27:273, 277. Año 2001*

*Gökay Aksaray y grupo.*

*“Sexuality in Women with Obsessive Compulsive Disorder”*

*Traducción del autor.*

*“La sexualidad en mujeres con trastorno obsesivo compulsivo”*

Esta es una investigación que se hizo con respecto a la problemática puntual: evaluó el efecto del trastorno obsesivo compulsivo sobre la función sexual. Veintitrés pacientes diagnosticadas con TOC según el DSM-IV se compararon con 26 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, dando como resultado que las mujeres con TOC tenían la característica de que la obsesión de contaminación, como la necesidad de simetría y

exactitud produce evitación y anorgasmia. Estos datos sugieren que el TOC puede ser un factor de riesgo para los problemas sexuales de las mujeres que padecen este trastorno.

*II. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Bogotá 2002*

*Dr. Juan Felipe Ortiz Tobón: Residente Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana.*

*“Trastorno Obsesivo Compulsivo”*

En este caso el autor da cuenta de la epidemiología e incidencia, comenta que el trastorno obsesivo-compulsivo es una patología neuropsiquiátrica caracterizada por pensamientos intrusivos, repetitivos y conductas rituales que causan gran sufrimiento a quienes lo padecen por lo severo e irracional de sus síntomas y por la frecuente asociación con otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas. Su prevalencia en la población general llega al 3.3% e incluso se le ha denominado “la epidemia oculta”

*III. Medicina General. Habilidades en salud mental. Año 2002*

*P. J. Cañones Garzón y grupo.*

*Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. (Sociedad de Españoles de Médicos Generales y de Familia)*

*“Disfunciones sexuales de origen no orgánico”*

Esta publicación determina que, como el título lo dice, hay disfunciones sexuales que no tienen una génesis fisiológica y describe cada disfunción sexual que puede aparecer en la clínica. En esta investigación se tomarán las relacionadas a la problemática.

Los investigadores alegan que es habitual que los pacientes con un trastorno de su vida sexual lo atribuyan a procesos orgánicos y, por ello, es frecuente que acudan a la consulta del médico general en busca de ayuda. Posiblemente estemos ante uno de los problemas de Salud Mental que pasan más desapercibidos o en los que menos se quiere profundizar. Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual (por ejemplo, erección) o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo. Puesto que la respuesta sexual es un proceso psicosomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales es que estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos.

*IV. Hospital Universitario de Bellvitge. Universidad de Barcelona. Año: 2003*

*José Manuel Menchón Magriñá.*

*“Sexualidad y Trastorno Obsesivo Compulsivo”*

El autor afirma que la relación entre sexualidad y TOC se puede analizar en varios aspectos, por un lado las conductas sexuales compulsivas, como también el comportamiento sexual de los pacientes. Y por último analiza un fenómeno particular en el

TOC que es la presencia de obsesiones sexuales y hace una comparación con sujetos normales.

El resultado afirma que no se observan alteraciones con respecto a sujetos normales.

V. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV / No. 2. Colombia, 2005.

*Carolina Cortés Duque, Carlos Alberto Uribe, Rafael Vásquez.*

*Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo.*

Este artículo muestra, por medio de las historias de vida y la observación etnográfica de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la variedad de narrativas que se construyen alrededor de la sintomatología, y cómo éstas se alimentan de explicaciones relacionadas con las vivencias, las experiencias y el contexto cultural de cada paciente, es decir, cómo aluden a su propia biografía. Además, resalta la importancia de la narrativa de enfermedad como herramienta terapéutica, ya que la particularidad de cada relato trae consigo elementos que, a través de su interpretación, permiten al médico y al paciente una comprensión más amplia del malestar. El acercamiento a la manera específica en la que cada paciente experimenta y explica su enfermedad incide significativamente en la definición de su tratamiento y en su proceso curativo.

VI. *Libro. Cómo enfrentar el trastorno obsesivo compulsivo*

*Primera edición- Editorial Polemos. Buenos Aires 2010.*

*Alfredo H. Cía.*

*Fabrizia Sacerdoti*

El presente libro fue de utilidad para definir el trastorno. Mediante una completa descripción y el relato de casos, información acerca de los últimos adelantos en el tratamiento, etc.

VII. *Psiquiatría Integral. Centro Médico Estación Alicante (España). Año: 2011*

*Trastorno Obsesivo Compulsivo: Consideraciones Sobre la Etiología y los Tratamientos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.)*

*Autor: Javier López González. Psicólogo Clínico y de la Salud*

El objetivo de este trabajo narrativo consiste en pasar revisión al estado actual tanto de la etiología, como a los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Finaliza con un apartado de comorbilidad o solapamiento de síntomas que pudieran confundir al clínico a la hora de realizar su diagnóstico.

## 8. MARCO TEÓRICO

El marco teórico utilizado en esta investigación está relacionado directamente con la fundamentación, para ofrecerle al lector un recorrido teórico de forma que pueda comprender de manera clara y precisa los temas fundamentales de este trabajo.

Es por esto que se divide en 3 partes importantes.

La primera, una introducción de lo que comprende el termino sexualidad, así como también los comportamientos sexuales y la contraposición de lo que son las disfunciones sexuales.

Una segunda parte, con ejemplos en relación a la actitud que toman los pacientes respecto de su sexualidad y lo que implica para ellos.

Y una tercera y última parte que da cuenta del trastorno obsesivo en sí, cuáles son sus síntomas, y ejemplos de estos, su prevalencia e incidencia y la perspectiva desde la psicología cognitiva y desde el psicoanálisis de dicha patología. Finalizando el recorrido teórico con el tratamiento con psicofármacos más comunes hoy en día.

## 8.1. Primer parte

### Un acercamiento al concepto de sexualidad

*“El sexo es una trampa de la naturaleza para no extinguirse”.*

*Friedrich Nietzsche.*

### **Sexualidad**

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como: Un aspecto central del ser humano a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS)

La sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características, que significan sistemas dentro de un sistema. Éstas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social.

Las cuatro características son: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (genotipo) y físico (fenotipo). El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.

La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas.

La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.<sup>2</sup>

La sexualidad, como muchos otros aspectos de la experiencia humana, se muestra como una realidad muy compleja y diversa. De este modo, a la hora de abordar la sexualidad se deben tener en cuenta dos grandes categorías:

- ✓ La que hace referencia a la división orgánica entre hombres y mujeres, y a las cualidades que los diferencian.
- ✓ La que hace referencia al comportamiento erótico y a determinados aspectos físicos o de personalidad, asociados o relacionados con lo erótico.

---

<sup>2</sup> Gallardo Linares, Francisco J.; Escolano López, Víctor M. Informe Diversidad Afectivo-Sexual en la Formación de Docentes. Málaga. España, 2009

No obstante, e independientemente del alcance del término sexo, lo cierto es que la sexualidad siempre adquiere significados adicionales e implica algo más. Aparece como una fuerza primaria en la vida de cada individuo. Dicha fuerza es penetrante e integral, implicando diversos procesos fisiológicos y psicológicos. Se trata, por tanto, de un proceso activo, dinámico y orgánico, con una multiplicidad de variables interrelacionadas y cambiante. En definitiva, se trata de una dimensión que engloba aspectos como la manera de pensar, sentir y expresarse acerca del género, los órganos sexuales, el cuerpo, las imágenes mentales, así como también las elecciones y preferencias. De este modo se hace patente la enorme complejidad de la sexualidad humana, hasta el punto de que puede resultar muy difícil distinguir entre los aspectos sexuales y los no sexuales en la vida de una persona.

Por otra parte, la sexualidad humana está muy influida por los diversos contextos socioculturales, que modelan, estructuran y controlan el desarrollo y la expresión de la sexualidad en todos sus miembros. Por tanto, a la hora de analizar la sexualidad, es necesario tener en cuenta el lugar y el significado que la sexualidad ocupa en la vida social de una cultura o sociedad determinada.

En algunas culturas la sexualidad aparece como un componente esencial del ser humano y se asocia a sentimientos de placer y bienestar, por lo que tiende a potenciarse su expresión y desarrollo. Sin embargo, en otras culturas ocurre todo lo contrario, y la sexualidad aparece asociada a sentimientos negativos, o se circunscribe exclusivamente a su función reproductora.

De igual modo, las diferentes ideas y significados que tiene el hecho de ser hombre o mujer en diferentes culturas, y de los roles que cada uno ha de desempeñar en ellas, condiciona la forma concreta de vivir la sexualidad de sus miembros. Ahora bien, la forma concreta en que cada cultura o cada sociedad regula y controla la expresión sexual de sus miembros debe buscarse en el tipo de normas concretas que emanan al amparo de las distintas instituciones sociales, tales como los gobiernos, los saberes científicos, la economía, la religión, el matrimonio, etc. En efecto, estas normas en el terreno sexual van a dictaminar los siguientes aspectos:

- ✓ El tipo de conductas que son inapropiadas.
- ✓ El tipo de conductas que son apropiadas, pero no necesarias o requeridas.
- ✓ El tipo de conductas que se espera que lleven a cabo los miembros o determinados miembros de la sociedad.

Un aspecto fundamental con referencia al contexto sociocultural y su influencia sobre las conductas sexuales tiene que ver con el hecho de que en cada sociedad y en cada cultura existen formas concretas de sancionar o recompensar a los individuos que siguen las normas establecidas, y por el contrario, formas de castigar a los individuos que se desvían o alejan de tales normas.

La sexualidad es por lo tanto una construcción histórica que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales (identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías) que no necesariamente deben estar vinculadas, y que en otras culturas no lo han estado; se va modificando en cada etapa de la vida del individuo, y está básicamente determinada por el aprendizaje adquirido en el

medio que le rodea. Es por eso que de una edad a otra los intereses sexuales van cambiando, coincidiendo generalmente con los cambios corporales. La sexualidad, ofrece entonces la posibilidad de modificarse para permitir un mejor desarrollo del ser humano.

## Comportamientos sexuales

El comportamiento sexual humano es el comportamiento que desarrollan los seres humanos para buscar compañeros de orden sexuales, obtener la aprobación de posibles y futuras parejas, formar relaciones, mostrar deseo sexual, y el coito.

En el límite de las formas ampliamente aceptadas de conductas sexuales, se encuentran las llamadas expresiones del comportamiento sexual; como la masturbación y homosexualidad, las cuales hasta no hace poco tiempo eran consideradas parafilias o perversiones de personas degeneradas o moralmente degradadas en gran parte por la influencia religiosa en la sociedad. La evolución en los usos y costumbres y el ensanchamiento del margen de tolerancia ha hecho que estas conductas se admitan como válidas en el marco de los derechos hacia una sexualidad libre.

Dentro de los comportamientos sexuales del ser humano, se encuentra el coito, el cual es unión sexual entre dos individuos de distinto o igual sexo, que puede tener fines reproductivos, de placer o lúdicos.<sup>3</sup>

Además, se puede hablar de un comportamiento común en la vida de los seres humanos, la masturbación. Mc Cary la define como todo acto autoestimulador que tiende a producir o incrementar la satisfacción sexual<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Diccionario Medico de Salud. España, 2000

<sup>4</sup> Mc Cary J. Sexualidad humana, factores fisiológicos y psicológicos de la conducta sexual. México: Manual Moderno, 1983.

Las raíces evolutivas de la masturbación provienen de la tendencia biológica normal y adaptativa a examinar, manipular, limpiar e incidentalmente a estimular los órganos sexuales externos.

La autoestimulación genital es un hecho generalizado entre los mamíferos. En el ser humano, producto de su capacidad de simbolizar, el significado sexual de la masturbación está ligado a la fantasía.

La mayor parte de las culturas tienen normas sociales sobre la sexualidad. Por ejemplo, muchas culturas definen la norma sexual como una sexualidad que consiste únicamente en actos sexuales entre un hombre y una mujer casados. Los tabúes sociales y religiosos pueden condicionar considerablemente el desarrollo de una sexualidad sana desde el punto de vista psicológico.

### **Disfunciones sexuales**

Masters y Johnson estudiaron el comportamiento del ciclo de la respuesta sexual humana, y lo dividieron en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. La definición de estas fases los llevó a describir y delimitar las disfunciones sexuales inherentes, aunque no siempre presentes, de la sexualidad humana<sup>5</sup>.

A su vez, Rubio las define como “una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente y recurrente”<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Masters W, Johnson V, Kolondry R: La Sexualidad Humana. 13a edición. Grijalbo, 1:18-19. y 3:617, Barcelona, 1995

<sup>6</sup> Rubio E: Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: CONAPO (ed.) Antología de la Sexualidad Humana. Miguel Angel Porrúa, I:17-46, México, 1994.

Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada.

Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual (por ejemplo, erección) o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo, entre otras.

### *Disminución o ausencia del deseo y del placer*

Se basa en una impresión subjetiva de insatisfacción de la vida sexual que puede ser reflejo de otra disfunción sexual. No obstante, conviene recordar que no toda disminución del deseo sexual traduce una situación patológica: una de cada tres parejas estables no mantiene relaciones sexuales más de una vez al mes y en la mayoría de los casos esto no implica ningún tipo de sufrimiento, sino del simple hecho de la cotidianidad.

### *Masturbación excesiva*

No toda actividad masturbatoria es normal y saludable. Puede considerarse como una reacción patológica cuando se constituye la única o la mayor fuente de satisfacción y de alivio de tensión y, por lo tanto, existe un retraimiento social. Es también anormal que se realice en público cuando se tiene la capacidad de entender que es una actividad privada.

La masturbación excesiva o compulsiva puede ser un síntoma de trastornos psiquiátricos o psicológicos. Se ha descrito en los siguientes cuadros o trastornos:

- Abuso sexual.
- Retardo mental.
- Abuso de alcohol y otras sustancias.

- Depresión.
- Distimia.
- Manía o hipomanía.
- Psicosis.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastornos por ansiedad.
- Parafilias.
- Trastornos de personalidad (esquizoide, obsesivo compulsiva, paranoide, histriónica, pasivo agresiva)

La masturbación patológica, por lo tanto está presente en un grupo heterogéneo de individuos y obliga a una completa evaluación psiquiátrica y psicológica<sup>7</sup>

### *Trastorno de la excitación*

En la mujer: Se trata de la dificultad para obtener una lubricación vaginal adecuada que ayude a que el coito sea placentero hasta el final. No suele ser un problema aislado, sino que se acompaña por trastorno del deseo o del orgasmo o por dispareunia

En el hombre: La impotencia psicógena se define como la incapacidad recurrente o prolongada para conseguir la erección necesaria que permita la penetración o la realización completa del coito. Se trata de una afección fácilmente detectable por simple anamnesis:

- Patología orgánica nimia o inexistente.
- Circunstancias vitales favorecedoras (infidelidad, cambio de pareja...).
- Presencia de erecciones matutinas o durante las fases de sueño paradójico.
- Erecciones completas con la masturbación.

---

<sup>7</sup>Alberto Bardi, Carolina Leyton y Vania Martínez. Masturbación: mitos y realidades Mexico 2009

- Impotencia selectiva en función de la pareja.

## *Dispaurenia*

Se presenta tanto en mujeres como en varones.

A menudo puede ser atribuida a una patología local, pero en los casos en que no hay ninguna causa orgánica suelen ser frecuentes los trastornos psicógenos.

Algunos trastornos psicológicos pueden impedir el coito en la mujer, en el hombre o en ambos. En la mujer es frecuente el deseo sexual inhibido, la evitación fóbica del coito por trastornos de angustia o por fobia simple, un conflicto inconsciente en torno a la sexualidad, los delirios psicóticos en torno a la penetración y la evitación intencionada de la cópula; en el hombre, el deseo sexual inhibido, la ansiedad ante la penetración sexual, la evitación fóbica del coito, un conflicto inconsciente en torno a la sexualidad, delirios psicóticos sobre la penetración (vagina dentada), la evitación intencionada del coito y el retraso mental entre otros.

## *Trastornos del orgasmo y la eyaculación*

Consisten en la ausencia de orgasmo o en su presentación demasiado prematura o demasiado tardía tras un período de excitación considerado como normal en duración e intensidad.<sup>8910</sup>

---

<sup>8</sup> Sarfati Y. Trastornos sexuales y psiquiatría. En: Praxis Médica: clínica y terapéutica, vol VII, cap 7.981. Praxis Médica, SA. Madrid, 2000.

<sup>9</sup> Otero A, Ballús C. Trastornos psicosexuales. En: Rozman C y otros (Eds): Farreras- Rozman: Medicina Interna, 13ª edición, pag 1588 -1589. Harcourt Brace. Madrid, 1995.

<sup>10</sup> Disfunciones sexuales de origen no orgánico. P. J. Cañones Garzon y grupo. Madrid, 2000.

## *Posible etiología de los trastornos sexuales masculinos<sup>11</sup>*

- ✓ Factores psicosociales
  - Factores del desarrollo
  - Dominio materno o paterno.
  - Relación conflictiva entre padres e hijos.
  - Actitud familiar intensamente negativa hacia la sexualidad.
  - Experiencia sexual traumática durante la infancia.
  - Conflictos de identidad de sexo.
  - Primera experiencia traumática en el coito.
  - Homosexualidad.
- ✓ Factores afectivos
  - Ansiedad (temor a quedar mal en el acto sexual y por el tamaño del pene).
  - Sentimiento de culpabilidad.
  - Depresión.
  - Falta de autoestima.
  - Temor al embarazo.
  - Temor a las infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Factores interpersonales
  - Comunicación poco afectiva.
  - Hostilidad hacia la compañera o cónyuge.
  - Falta de confianza en la compañera o cónyuge.
  - No le atrae físicamente la compañera o cónyuge.

---

<sup>11</sup> Cabello, F.: Disfunción sexual eréctil. Un abordaje integral, Ed. Prismática, Madrid, 2004

- Divergencias en cuanto a las preferencias sexuales.
- Conflictos en el rol sexual.
- ✓ Factores cognitivos
- Ignorancia sexual.
- Aceptación de los mitos culturales.
- Exigencias en la actuación sexual.
- Degradamiento en el primer encuentro sexual.
- ✓ Otros factores
- Episodios aislados de imposibilidad de erección.
- Eyaculación precoz.
- Influencias iatrogénicas.
- Parafilias.<sup>12</sup>

### *Posible etiología de los trastornos sexuales femeninos*

La etiología podemos dividirla en causas orgánicas y causas de tipo psicosocial.

Orgánicas: Son aquellas relacionadas con alteraciones estructurales de algún órgano o sistema, endocrinas o fisiológicas, o a los efectos de una droga o fármaco.

Psicosociales: Los factores causantes son fundamentalmente de tipo psicosocial, como los psicológicos, interpersonales, ambientales y culturales.

No siempre el trastorno obedece a una u otra causa, sino que se imbrican varios factores y entonces podría decirse que obedece a factores combinados, es decir, cuando los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la

---

<sup>12</sup> Sánchez, I.: "Caracterización de la actividad sexual en el adulto mayor", TTR, Santiago de Cuba, 2004

persistencia del trastorno, y la enfermedad o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa.

- ✓ Causas orgánicas
  - Estados de carencia hormonal.
  - Alcoholismo.
  - Insuficiencia renal,
  - Farmacodependencia,
  - Drogodependencia,
  - Enfermedad dolorosa crónica,
  - Sedantes hipnóticos en dosis altas,
  - Antipsicóticos,
  - Antiepilépticos,
  - Antihipertensivos,
  - Antiulcerosos, antirreumáticos,
  - Diabetes,
  - Trastornos neurológicos,
  - Trastornos pélvicos (infecciones, traumatismos o desgarros de causa quirúrgica),
  - Afecciones cutánea alrededor de la abertura vaginal o de la vulva, irritación o infección del clítoris,
  - Enfermedades de la uretra y el ano,
  - Enfermedades de la vagina,
  - Escasa lubricación vaginal de cualquier causa.

- ✓ Causas psicosociales
  - Deficiente imagen del propio cuerpo,
  - Enmascaramiento de un trastorno sexual,
  - Traumas sexuales anteriores,
  - Falta de creatividad sexual,
  - Actitudes paternas negativas con respecto al sexo,
  - Antecedentes de violación, incesto, abuso lascivo,
  - Pareja demandante de mucha actividad sexual,
  - No buena identificación de género,
  - Conflictos con la pareja o con la familia,
  - Alta de intimidad en la vivienda,
  - Eficiente educación sexual, educación religiosa muy rígida e inadecuada;
  - temor: al embarazo, a las infecciones de transmisión sexual, a la pérdida del control, a sentir dolor a la penetración, a ser penetrada, al descrédito por parte de la pareja, al desempeño sexual, a ser rechazada, al grosor y tamaño del pene;
  - Mitos culturales, comunicación deficiente de la pareja, hostilidad o desconfianza hacia esta; atracción por otra persona que no es su pareja,
  - Poca atracción física por la suya;
  - Experiencias sexuales traumáticas durante la niñez o la adolescencia,
  - Rivalidad por el poder con la pareja,
  - Sentimientos de culpa con respecto al sexo;
  - Desacuerdo respecto a las preferencias sexuales, al horario y frecuencia de las relaciones sexuales;

- Ansiedad excesiva durante todo el tiempo y en el momento del acto sexual,
- Ausencia de fantasías sexuales;
- Depresión y baja autoestima.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Artiles, V. L.: "Disminución del deseo sexual en la mujer de edad mediana. ¿Realidad o Mito?", Rev. Sexología y Sociedad No. 27, abril 2006, pp. 28-31.

### 8.2. Segunda parte

#### Aportes sobre la sintomatología específica de la sexualidad de los pacientes

La relación de la sexualidad con trastorno obsesivo compulsivo puede analizarse en varios aspectos. Por un lado, las conductas sexuales compulsivas, nombradas dentro del espectro TOC y por otro lado los comportamientos sexuales específicos de dichos pacientes.

La sintomatología específica de esta patología, nos muestra la incapacidad del paciente de poder relacionarse lo que repercute en su vida sexual. Por ejemplo: según Cortés C y grupo (2005), las obsesiones de contaminación o limpieza se encuentran cargadas de significados culturales que varían según la experiencia subjetiva de cada paciente. Tales temas obsesivos incluyen analogías entre ‘lo sucio’ o ‘lo contaminante’ y ‘lo impuro’ o ‘lo inmoral’, que equiparan el contagio con el desorden; ese mismo desorden al que los pacientes con TOC le temen intensamente.

En sus narrativas, la sexualidad prima como referente de ambigüedad y peligro: las imágenes repetitivas de actos eróticos ‘prohibidos’, las dudas sobre la propia orientación sexual, el temor extremo al contacto físico con otros u otras son temas que aluden a concepciones culturales que condenan lo sexual y ensalzan la pureza basada en la ausencia de placer corporal, comúnmente en asocio con temas religiosos. De allí que los rituales suelen ser punitivos y dolorosos.

Esto se asocia con la predominancia que tiene en los relatos el miedo a las sanciones casi inmanentes a las violaciones de la regla. A menudo se realizan los rituales con un gran sentido de urgencia, basados en una intuición sobre el gran peligro en que se incurriría si no se hacen. Este temor emocional particular de los rituales se deriva de la vinculación con sistemas de creencias dedicados al descubrimiento y la anulación de riesgos invisibles. Los sentimientos que tanto llegan a atemorizar a los pacientes son de carácter muy agresivo y en sus relatos son relacionados con una parte de ellos mismos, que quiere dar rienda suelta a todos sus controles y a organizar un sucio desorden<sup>14</sup>.

Otro ejemplo: según Gókay Aksaray y grupo (2001). Las mujeres con TOC tienen la característica de que la obsesión de contaminación, como la obsesión de orden, simetría y exactitud produce en las pacientes evitación y anorgasmia<sup>15</sup>.

Los pacientes saben en todo momento que sus pensamientos no son normales (de hecho, la 'normalidad' es para ellos diferente), pero nunca acaban de desprenderse de la idea de que esos mismos pensamientos y gestos pueden tener un carácter significativo, comúnmente asociado con temas mágicos. La creencia que predomina como causa de sus síntomas es el castigo, bien sea por un hecho inmoral que cometieron, bien por alguna omisión o desobediencia ante un mandato. De esta manera, la culpa, como mediadora de todas sus acciones, es la que acaba por determinar sus vidas.

El establecimiento de 'cadenas' o 'redes de contagio', basadas en significaciones culturales particulares, amplía el radio de la enfermedad misma y limita considerablemente las decisiones y acciones del paciente en su cotidianidad.

---

<sup>14</sup> Carolina Cortés Duque y grupo. Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. Colombia, 2005

<sup>15</sup> Gókay Aksaray y grupo. "Sexuality in Women with Obsessive Compulsive Disorder" 2001

Otro ejemplo: Diversas investigaciones recientes han constatado que ciertos tipos de pacientes con TOC, por ej., aquellos en los que predominan las obsesiones de limpieza y/o las compulsiones de lavado, suelen experimentar sentimientos de asco, más que sentimientos de miedo o ansiedad, asociados a los objetos “contaminantes”, lo cual también podría interpretarse a partir del modelo de evitación de la enfermedad.

Esto se asocia directamente con datos recientes que indican que la sensibilidad al asco interfiere con el placer sexual y parece estar implicada en varias disfunciones sexuales relacionadas con el deseo sexual, la excitación sexual y la aversión al sexo.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Sandín, B y grupo. Sensibilidad al asco: Concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.,(2008)

## 8.3. Tercer parte

### El trastorno obsesivo compulsivo, características fundamentales

#### Definición

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad que se manifiesta con pensamientos, temores o

preocupaciones irracionales que se intentan superar mediante una actividad ritual. Las imágenes o los pensamientos perturbadores y frecuentes se denominan obsesiones y los rituales repetidos que se llevan a



cabo para evitarlos o disiparlos se llaman compulsiones.

En la enfermedad obsesivo compulsiva domina la intrusión persistente de pensamientos, necesidades o acciones no queridas que el paciente es incapaz de detener. Los pensamientos pueden estar constituidos por palabras o ideas simples, por oleadas de pensamientos sin sentido. Las acciones varían desde los movimientos simples hasta los rituales complejos.

## *Trastornos de ansiedad según DSM-IV TR<sup>17</sup>*

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia
- Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)
  - Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01)
  - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00)
- Fobia específica (F40.02)
- Fobia social (F40.1)
- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8)
- Trastorno por estrés postraumático (F43.1)
- Trastorno por estrés agudo (F43.0)
- Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4)
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

## *Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)*

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos

---

<sup>17</sup> Asociación Americana de Psiquiatría. 2010

2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real

3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos

4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

*Dentro del TOC podemos distinguir dos tipos de síntomas.*

- Síntomas primarios, constituidos por las obsesiones y compulsiones
- Síntomas secundarios, como ansiedad, depresión, rabia, duda, trastornos del discurso, cambios perceptivos o perturbaciones sexuales. Cabe consignar que la ansiedad es un síntoma secundario a pesar de que al TOC todavía se lo ubica como un trastorno de ansiedad, siendo la duda uno de los rasgos esenciales de esta patología.

*Dentro de la sintomatología del TOC otros autores distinguen:*

- Componentes cognitivos, como las obsesiones y las compulsiones mentales

- Componentes conductuales, como las compulsiones motoras
- Componentes emocionales o afectivos, como la ansiedad, la angustia, la duda, la inseguridad, el temor o la perplejidad.

Tanto obsesiones como compulsiones deben causar un distres marcado, consumir más de una hora por día o interferir significativamente con el funcionamiento habitual, ocupacional y social y no deberse a los efectos fisiológicos directos de una medicación, sustancia o condición médica general.

En algún momento del curso de la enfermedad salvo en el TOC infantil., el enfermo reconoce que ambos síntomas son excesivos o irracionales. (Cía., 2006)

## **Obsesiones y compulsiones**

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados (al menos inicialmente) como intrusos e inapropiados (egodistónicos) y que causan ansiedad o malestar acusados. Aunque la persona considera que las obsesiones no son el tipo de pensamientos que esperaría tener, reconoce que son el producto de su propia mente (aunque involuntarias) y que no vienen impuestas desde fuera, como ocurre en la inserción de pensamiento. La frecuencia y duración de las obsesiones varían mucho entre pacientes.

Los contenidos más frecuentes de las obsesiones tienen que ver con la contaminación (p.ej., al dar la mano o tocar ciertas cosas o sustancias), dudas repetidas (p.ej., sobre si se ha cerrado el gas o la puerta o si se ha atropellado a alguien) e impulsos de carácter agresivo u

horrendo (p.ej., hacer daño o matar a un hijo o proferir obscenidades en una iglesia). Estas obsesiones implican hacerse daño a sí mismo o causar daño a otros.

Otras obsesiones hacen referencia a la necesidad de tener las cosas en un orden determinado (lo que lleva a un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas), contenido religioso (p.ej., pensamientos blasfemos), imágenes sexuales (p.ej., una escena pornográfica) y acumulación.

La mayoría de las obsesiones implican la anticipación de consecuencias negativas si uno se expone a las situaciones que desencadenan aquellas y/o no lleva a cabo alguna acción protectora (compulsión).

Conviene señalar que una obsesión no siempre implica miedo a un daño específico; un tercio de los pacientes informan sólo de una noción vaga de daño o dicen experimentar simplemente un malestar que no pueden tolerar si no llevan a cabo el ritual. Así, un paciente puede experimentar un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas sin anticipar consecuencias nocivas por el estado de desorden; mientras que otro paciente puede pensar que si no ordena o pone bien las cosas, él o su familia sufrirán un accidente.<sup>18</sup>

El paciente con obsesiones intenta pasarlas por alto o suprimirlas o bien neutralizarlas con algún otro pensamiento o acción, es decir, con alguna compulsión.

Las compulsiones son conductas (p.ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (p.ej., rezar, contar, repetir palabras o pensamientos en silencio, repasar mentalmente acciones previas, formar contraimágenes) repetitivas que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben ser

---

<sup>18</sup> (American Psychiatric Association, 1994; para más información, véase Turner, Beidel y Stanley, 1992<sup>18</sup>).

aplicadas rígidamente (p.ej., llevar a cabo una acción, como vestirse o lavarse, de acuerdo con estrictas reglas propias y sin que se pueda explicar por qué se llevan a cabo).

La mayoría de autores emplean el término ritual como sinónimo de compulsión, aunque otros los distinguen; así, según Botella y Robert (1995), los rituales son compulsiones manifiestas o encubiertas que siguen un patrón rígido y una secuencia de pasos o etapas con un principio y un final bien definido. Las compulsiones están dirigidas no a proporcionar placer, sino a prevenir o reducir el malestar (o el aumento de este) o a prevenir algún acontecimiento o situación temidos (p.ej., consecuencias desastrosas como matar a alguien o ir al infierno); sin embargo, no están conectadas de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien son claramente excesivas.<sup>19</sup>

Aunque el 90% de las compulsiones van dirigidas a reducir el malestar o prevenir un daño, el 10% no se relacionan con las obsesiones según autoinformes de los pacientes (Foa y cols., 1995, citado en Kozak y Foa, 1997).

### *Las compulsiones se dividen en*

**Mentales:** consisten en una urgencia irresistible de llevar a cabo un ritual mental o intrapsíquico con el propósito de aliviar las obsesiones.

**Motoras:** implican una urgencia de llevar a cabo o desempeñar determinado acto de manera ritualizada.<sup>20</sup>

Hasta el 50-60% de los casos con TOC en estudios epidemiológicos presentan obsesiones sin compulsiones manifiestas. Las compulsiones mentales parecen más frecuentes en pacientes que presentan obsesiones de contenido religioso, agresivo o sexual (Abramowitz y cols., 2003).

---

<sup>19</sup> American Psychiatric Association, 1994

<sup>20</sup> Cía., A. Como tratar el trastorno obsesivo compulsivo. Ed: Polemos. Argentina 2010

Algunos de los ejemplos de obsesiones, compulsiones y conductas de evitación más comunes se presentan a continuación clasificadas por temas (Cruzado, 1998; Salkovskis y Kirk, 1989; Steketee, 1999).

- *Obsesión de Contaminación.* Obsesiones sobre sufrir daño o contagiar a otros por contacto con sustancias que se piensa son peligrosas, por ejemplo, suciedad, gérmenes, orina, heces, sangre, semen, secreciones vaginales, animales, productos de limpieza para el hogar, radiación, etc.

Compulsiones típicas son lavarse o ducharse, desinfectarse, limpiar cosas. Además, se tiende a evitar el contacto con los objetos contaminados y aparecen conductas defensivas como agarrar las cosas con guantes, abrir las puertas con los codos o pedir a otros que manipulen los objetos considerados contaminados.

- *Obsesiones agresivas así mismo o hacia los demás;* por ejemplo, accidente, enfermedad. Obsesiones sobre dejar la llave del gas o la puerta abierta, el fuego encendido o aparatos eléctricos conectados; haber atropellado a alguien; hacerse daño con un objeto afilado; escribir cosas comprometedoras; pensar que a un familiar le ocurrirá algo grave, etc.

Compulsiones: comprobar repetidamente la llave del gas, puerta o aparatos (en ocasiones la comprobación puede ser mental); llamar a hospitales o policía, rehacer la ruta, comprobar golpes o marcas en el auto; observarse detenidamente para comprobar si se está herido; comprobar repetidamente lo escritos, caminar de determinada manera o tocar ciertos objetos; revisar la comida.

Los pacientes creen que si no realizan las comprobaciones, se producirá una catástrofe de la que serán responsables.

# Universidad Abierta Interamericana

---

## Tesis de Grado

- *Conducta socialmente inaceptable*. Obsesiones sobre proferir o escribir obscenidades o insultos, decir algo poco respetuoso sobre una persona fallecida, robar, engañar, mentir.

Compulsiones: intentar mantener el control de la conducta, preguntar a otros si uno se comportó adecuadamente en una situación dada, confesar conductas inaceptables que no se han hecho. Conducta de evitación: no acudir a situaciones sociales.

- *Obsesiones sexuales*. Obsesiones sobre órganos sexuales, actos sexuales indeseados (cometer una violación, exhibirse, abusar de niños), dudas sobre la propia orientación sexual.

Compulsiones: intentar sacar de la mente los pensamientos sexuales, pensar en otras cosas, recordarse experiencias heterosexuales cuando asalta la obsesión de homosexualidad, realizar un ritual mental (p.ej., contar de 1 a 10 y de 10 a 1 cien veces).

Conductas de evitación: no quedarse solo con personas del sexo preferido.

- *Obsesiones religiosas*: pensamientos o imágenes blasfemos, pensamientos de ser castigado, dudas religiosas.

Compulsiones: rezar, buscar ayuda religiosa o confesarse, hacer penitencia, pensar una frase que contrarreste la obsesión, etc.

- *Obsesión de coleccionismo y atesoramiento*. Obsesiones sobre tirar cualquier cosa valiosa o cosas aparentemente poco importantes que puedan necesitarse en el futuro, sobre provocar un daño o cometer un error si se tiran ciertas cosas o sobre escrúpulos morales por malgastar.

Compulsiones: acumular gran cantidad de objetos tales como revistas, facturas, apuntes, ropa, etc. que pueden llegar a llenar la casa e incluso otros lugares. La persona evita

deshacerse de los objetos acumulados, que son de poco uso o valor, y puede tardar varias horas antes de decidirse a tirar algo.

Frost y cols. (2004) citan varias investigaciones según las cuales la acumulación puede no ser sólo un síntoma del TOC, sino un trastorno aparte en el que las personas no presentan otros síntomas del TOC.

- *Obsesión de orden, simetría y precisión.* Obsesiones sobre que las cosas deben estar en el sitio adecuado y/o simétricamente colocadas, la lectura perfectamente comprendida, la escritura perfectamente hecha, las palabras empleadas con precisión y las acciones realizadas del modo correcto de acuerdo con una secuencia o número particular.

Compulsiones: ordenar los objetos de una manera determinada, comprobar mirándose o midiendo que las partes del cuerpo son simétricas, leer con lentitud o volver a leer lo ya leído, repasar y reescribir lo escrito, preguntar sobre lo que se ha dicho, seguir una secuencia estricta a la hora de hacer algo como cocinar o limpiar, repetir la acción un gran número de veces, etc.

Esto último puede conducir a la lentitud compulsiva. Actividades cotidianas como levantarse de la cama, asearse y vestirse pueden llevar horas debido a la necesidad de seguir un orden programado, llevar a cabo comprobaciones mentales y repetir las acciones que no se han realizado “bien”. La lentitud es selectiva, afecta a ciertas acciones, pero no a otras.

- *Tema somático.* Obsesiones sobre tener una enfermedad (cáncer, SIDA, problemas cardíacos) o algún defecto imaginado en alguna parte del cuerpo a pesar de opiniones contrarias. Hay que establecer aquí el diagnóstico diferencial con hipocondría y trastorno Dismórfico corporal.

Compulsiones: Pedir a médicos y amigos que aseguren que no se tiene la enfermedad, autoobservarse, comprobar la apariencia en el espejo.

- *Temas diversos:* a) Necesidad de recordar cosas poco importantes (matrículas, números antiguos de teléfonos, eslóganes), b) pensamientos de perder cosas, c) obsesiones sobre sonidos o ruidos (relojes, voces, etc.).

Otras compulsiones a mencionar son las de:

- a) contar: el paciente se ve impelido a contar numéricamente cosas como los libros de una biblioteca o las baldosas que va pisando por la calle, o el número de veces que realiza una actividad como lavarse las manos;
- b) tocar: impulso de tocar superficies rugosas o calientes o de rozar a otras personas o tocarlas suavemente.

Las obsesiones y compulsiones suelen clasificarse empíricamente en distintas dimensiones, lo que sugiere que el TOC puede no ser un trastorno único, sino un espectro de síndromes potencialmente coincidentes.

Algunas actividades como comer, jugar, consumir sustancias o practicar sexo son etiquetadas de compulsivas cuando se llevan a cabo en exceso. Sin embargo, no son auténticas compulsiones porque la persona obtiene placer de las actividades y puede desear resistirse a las mismas sólo a causa de sus consecuencias nocivas.

Con relación a las obsesiones-compulsiones de limpieza, Rachman (1994, citado en Botella y Robert, 1995) ha hecho una interesante distinción entre tres problemas diferentes: polución mental (ansiedad ante la suciedad no sólo externa, sino también “interior”), ansiedad ante la suciedad (en general por contacto físico) y ansiedad ante la enfermedad. En un fino análisis, Rachman destaca las similitudes y diferencias entre los tres problemas

en diversos aspectos: desencadenantes, afecto experimentado, amplitud de la amenaza (a cuántas personas afecta), tipo de amenaza (inmediata/demorada, catastrófica o no), facilidad de invalidación de las creencias, evitación, tratamiento a elegir y facilidad de retorno del miedo. (Rachman, 2004)

La mayoría de los pacientes con TOC presentan más de un tipo de obsesión y compulsión (el 60% de los casos clínicos). Además, la inmensa mayoría presentan tanto obsesiones como compulsiones (mentales o motoras) y al menos la mitad presentan compulsiones manifiestas. Sólo el 2% tienen obsesiones puras, sin rituales. El 90% de las compulsiones se llevan a cabo en respuesta a las obsesiones, mientras que el 10% restante no se perciben relacionadas con una obsesión. La existencia de compulsiones sin obsesión precedente ha recibido dos explicaciones:

- a) La compulsión (p.ej., comprobar si se ha cerrado bien el auto) previene la aparición de la obsesión (Cruzado, 1998).
- b) Este tipo de compulsiones suelen ser de larga evolución y estereotipadas y además muy eficaces, por lo que han llevado a la desaparición de las obsesiones y ansiedad subsecuente, que sí existían al principio del trastorno (Salkovskis, 1985). Es de esperar que los pacientes con este tipo de compulsiones presenten poca resistencia a las mismas y experimenten poco malestar al realizarlas, aunque sí cuando se previene su ocurrencia.

Lee y Kwon (2003) han agrupado las distintas categorías de obsesiones en dos subtipos autógenas y reactivas– que difieren en una serie de características, en la valoración o significado que se otorga a las mismas y en las estrategias de control subsecuentes. A continuación se describen los dos subtipos:

- ✓ Las obsesiones autógenas tienden a aparecer súbitamente y es relativamente difícil identificar los estímulos que las disparan, son percibidas como egodistónicas, irracionales y aversivas, e incluyen pensamientos/impulsos/imágenes sexuales, agresivos, blasfemos e inmorales. Cuando se pueden identificar los estímulos disparadores, estos están conectados con las obsesiones de modo asociativo o simbólico en vez de realista y lógico, tal como ocurre en el otro tipo de obsesiones. Ante las obsesiones autógenas, las personas exageran la importancia de las mismas (consideran que pensar eso es tan malo como hacerlo y/o que indica que se es una persona terrible) y consideran fundamental controlarlas. Como estrategias de control predominan la detención del pensamiento, distracción, contraimágenes, otras compulsiones internas (rezos, contar números) y autocastigo.
- ✓ Las obsesiones reactivas son disparadas por estímulos externos identificables, son percibidas como relativamente realistas y racionales como para hacer algo respecto al estímulo disparador, e incluyen pensamientos sobre contaminación, suciedad, errores, accidentes, asimetría, desorden y pérdida de cosas consideradas importantes. Ante este tipo de obsesiones, las personas exageran su responsabilidad en la producción y prevención de consecuencias negativas. Las estrategias de control predominantes suelen ser compulsiones manifiestas de lavado, comprobación orden acumulación, etc.

Para que pueda diagnosticarse el TOC, la persona ha tenido que reconocer en algún momento que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables. Esto no se aplica a los niños porque puede que no posean suficiente capacidad cognitiva para hacer tal reconocimiento. Sin embargo, incluso entre los adultos existe una gran variabilidad al

respecto. Algunas personas tienen poca conciencia de que sus obsesiones y compulsiones son excesivas e irrazonables, mientras que en otros esta conciencia puede depender del momento y situación.

En aquellas ocasiones en las que un paciente intenta resistirse a una compulsión que se ve como irrazonable, la ansiedad puede incrementarse de tal manera que se ve impulsado a llevar a cabo la compulsión con el consiguiente alivio temporal de la ansiedad. Tras sucesivos fracasos en resistirse a las obsesiones o compulsiones, la persona puede claudicar ante ellas, no volver a experimentar el deseo de resistirse e incorporar las compulsiones en sus rutinas cotidianas.

Por otra parte, cuando un paciente tiene poca conciencia de que sus obsesiones son excesivas o irrazonables (lo cual se ha constatado hasta en el 25-30% de los casos<sup>21</sup>), puede decirse que está en el límite entre las obsesiones y los delirios.

Las obsesiones serían entonces ideas sobrevaloradas, esto es, ideas persistentes e irrazonables que son mantenidas con menos intensidad que las ideas delirantes.

Conviene tener en cuenta que fenómenos similares a las obsesiones y compulsiones son relativamente frecuentes en la población general (Freeston y cols., 1991; Muris, Merckelback y Clavan, 1997; Rachman y de Silva, 1978, citado en Steketee, 1999).

Las manifestaciones obsesivas y compulsivas en la población normal son similares en forma y contenido a las obsesiones y compulsiones observadas en población clínica; las diferencias estriban en que son menos frecuentes, intensas, duraderas, vívidas y molestas, son más manejables y fáciles de rechazar, generan menos resistencia e interfieren menos en la vida.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Bados Lopez, A. Trastorno Obsesivo Compulsivo. Universidad de Valencia, 2005

<sup>22</sup> DSM IV TR, 2010

De acuerdo con Foa (2004), las principales diferencias entre el TOC en adultos y niños es que estos son menos capaces de identificar las obsesiones, pueden tener más dificultades para establecer el vínculo funcional entre obsesiones y compulsiones, pueden tener creencias más inamovibles y tienden a presentar más pensamiento mágico y menos comorbilidad significativa.

## **Prevalencia e Incidencia**

Según la Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Andalucía<sup>23</sup> se considera que hasta hace poco tiempo se pensaba que el TOC era una patología poco común debido a que muchas personas que padecen este trastorno tienden a esconder los síntomas y no buscan ayuda médica, por lo que una gran parte de los casos no son diagnosticados. Estudios epidemiológicos recientes indican que es una afección frecuente. La prevalencia del TOC en la población general se aproxima al 3%. Se calcula que en el mundo más de 100 millones de personas sufren este trastorno, más que el número de pacientes a los que se les ha diagnosticado anorexia, esquizofrenia o trastorno bipolar.

La incidencia entre sexos parece ser la misma<sup>24</sup> aunque hay variaciones en algunos subgrupos: las obsesiones de contaminación son más frecuentes en mujeres y la lentitud obsesiva afecta más a los hombres. En adultos con TOC de inicio precoz es mayor la incidencia de varones y el predominio de las compulsiones de comprobación sobre las de lavado. Las mujeres tienen una edad de inicio más tardía y mayor frecuencia de

---

<sup>23</sup> TOCAS, Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo, Andalucía 2013

<sup>24</sup> Neziroglu FA, Yaryura-Tobías JA. Estudio demográfico del trastorno obsesivo-compulsivo. Madrid 1997

antecedentes de trastornos depresivos y trastornos de alimentación, mientras que en los varones se encuentran con más frecuencia antecedentes de rasgos de personalidad de tipo ansioso y meticulosidad.

## *Variables cognitivas del Trastorno Obsesivo Compulsivo*

Según el Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), destinado a consensuar las definiciones de determinados conceptos cognitivos relacionados con el TOC, las variables cognitivas más importantes en el TOC son: <sup>2526</sup>

**Intolerancia a la incertidumbre:** conjunto de creencias referidas a la importancia del control en todos los aspectos de la vida para lograr la seguridad y la certidumbre, debido a la dificultad de funcionar adecuadamente en situaciones ambiguas y al tener pocas habilidades para afrontar los cambios impredecibles.

**Sobreestimación de la amenaza:** se magnifican las probabilidades de que un suceso catastrófico suceda.

**Perfeccionismo:** creencias basadas en la idea de que encontrar soluciones perfectas es posible y necesario. Se le suma la incapacidad para tolerar errores o imperfecciones mínimas.

**Responsabilidad excesiva:** en base a determinados esquemas cognitivos, con reglas referentes a la conducta correcta y a la responsabilidad que se activan a partir de ciertos eventos críticos o específicos. <sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Página del tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. ¿Cómo funciona el TOC? Los modelos cognitivo-conductuales. Facultad de Psicología, Málaga, 2013

<sup>26</sup> Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. España, 2013

<sup>27</sup> Lopez Gonzales, J. El modelo cognitivo del TOC: el modelo de SALKOVSKIS Y WARRICK (1988)». España, 2010

Creencias sobre la importancia de los pensamientos: referido a la importancia dada a los pensamientos y al significado que se les atribuye. Esta característica es denominada por algunos autores como "fusión pensamiento-acción".

Creencias sobre la importancia del control de los pensamientos propios: necesidad de controlar todos los pensamientos en todo momento. Realizan férreos esfuerzos por intentar "no pensar" ciertas cosas o en eliminar determinados tipo de pensamientos.

Así como también, rigidez de ideas.

## **Teorías cognitivo-conductuales**

Los modelos que proceden de las teorías del aprendizaje consideran que los trastornos neuróticos, entre los que incluyen al TOC, surgen como respuesta de escape o evitación ante una situación o vivencia generadora de ansiedad y son reforzadas por su capacidad para reducirla. En el TOC pueden aparecer conductas de evitación pasiva, similares a las de las fobias, y conductas de evitación activas (compulsiones o rituales) que aparecen cuando la evitación pasiva no es capaz de aliviar la ansiedad; además se producen procesos de generalización de tal manera que existe tal cantidad de estímulos generadores de angustias y temores que la evitación pasiva es completamente ineficaz.

Sin embargo, el ritual o la compulsión no siempre guardan una relación lógica con lo temido<sup>28</sup>. Para intentar responder a esta cuestión hay autores, como el grupo de Foa (citado por Botella y Robert<sup>29</sup>), que consideran a este tipo de conducta como ejemplo de conducta

---

<sup>28</sup> <sup>12</sup> Botella C, Robert C. El trastorno obsesivo-compulsivo. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Volumen II. Madrid, 1995.

supersticiosa: si, probablemente de forma casual, redujo el malestar, será posteriormente utilizada por el sujeto ante situaciones evocadoras de la angustia.

Rachman<sup>30</sup>, señala la importancia de los sistemas de crianza, por lo que los rituales de limpieza serán más frecuentes en familias muy sobreprotectoras y las conductas de verificación en familias con padres exigentes y críticos. Estas teorías, y otras más que relacionan las prácticas educativas y parentales en la génesis y en la forma de la enfermedad, son insuficientes también para dar una explicación etiológica global. Sin embargo, algunos de los aspectos de la teoría de Rachman, sobre todo lo que hace referencia al papel de la responsabilidad asumida por el sujeto, se plasman en uno de los modelos cognitivos más reconocidos en la actualidad para intentar explicar el desarrollo del TOC, el modelo de Salkovskis<sup>31</sup>. Para este autor,

Los síntomas obsesivos surgen como consecuencia del particular significado que los pacientes atribuyen a la aparición o al contenido de los pensamientos intrusos: cuando éstos son valorados o interpretados como indicativos de una responsabilidad personal aumentada, el resultado es tanto una sensación de malestar (distress), como la aparición de conductas neutralizadoras.

## Teorías psicoanalíticas

Ante las dificultades para superar los conflictos idílicos, el niño sufre una regresión a niveles de funcionamiento previos. En el caso de la neurosis obsesiva, la regresión alcanza la fase sádica anal que, en la clínica del modelo psicoanalítico, se va a caracterizar por el

---

<sup>30</sup> Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behaviour Research and Therapy. New York, 1993

<sup>31</sup> Carmen Albert Colomer. Tesis Doctoral. Psicopatología del trastorno obsesivo compulsivo. Universidad de Córdoba, 2001

aislamiento, plasmado en la frialdad de los sentimientos, en la ausencia de espontaneidad y en el control obsesivo<sup>32</sup>. De ambos síntomas nucleares, aislamiento y control, derivarán el resto de los síntomas hallados en la conducta del sujeto. Dada que la regresión nunca es total, el Yo del sujeto no se adapta a las pulsiones de este nivel y ha de construir un sistema de defensas en contra de ellas. Los mecanismos que pone en marcha se caracterizan por el aislamiento antes citado, la anulación y la formación reactiva. Los peligros, las pulsiones de las que intenta defenderse, son vividos por el sujeto como algo inaceptable por su sentido moral, por su Súper-yo, en parte consciente y en parte inconsciente, plagado de prohibiciones y amenazas, que ejerce un papel de sujeción continuo. Para Henri Ey (1980), las compulsiones serían los intentos fracasados del sujeto para intentar librarse de esa tiranía. En lo que denomina una “lucha en dos frentes”: en contra de la pulsión y en contra de la represión a la pulsión, radica la ambivalencia y la lucha ansiosa del obsesivo<sup>33</sup>.

### **Teoría farmacológica.**

La explicación probable de la causa del TOC consiste en la ausencia o los niveles no suficientes de serotonina (5-Hidroxitriptamina; 5-HT), ésta última inhibe la secreción gástrica y la estimulación del músculo liso, por lo que afecta el funcionamiento vascular y la frecuencia del ritmo cardiaco guardando así una estrecha relación con los desequilibrios mentales y anímicos; en específico para el tratamiento del TOC se administran fármacos que aumenten el nivel intracelular de la serotonina.

---

<sup>32</sup> Chartier JP. Estructuras neuróticas. En: Bergeret J. Manual de Psicología Patológica. Barcelona; 1975.

<sup>33</sup> Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. 8ªed. Barcelona: 1980.

A estos fármacos se les ha agrupado como inhibidores selectivos de receptación de serotonina (ISRSs). Los que son aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) son: clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y citalopram de los cuales su mecanismo no está del todo establecido.<sup>34</sup>

La mayoría de los ISRSs produce efectos secundarios como son: resequedad en la boca, inducción del sueño, taquicardia, náusea, aumento de peso, visión borrosa, pérdida de la concentración, confusión, desorientación, agitaciones, disfunción sexual, alucinaciones, entre otros. Al ingerir alcohol junto con los ISRSs se observa una potenciación en el efecto depresor del sistema nervioso, el uso de anfetaminas también suele aumentar los síntomas de depresión y se ha comprobado que el uso paralelo de los ISRS con extractos de plantas que son depresoras del SNC producen un sinergismo.

Los efectos secundarios más comunes son: sequedad de boca y constipación. La sedación, la visión borrosa, la retención urinaria, la náusea y el vómito son menos frecuentes. La principal alteración cardiovascular es la hipotensión ortostática; pueden presentarse síncope, palpitaciones y taquicardia; los síntomas del SNC incluyen temblor, mioclonias, ataxia, rigidez, mareo, sedación y cefalea. Se han reportado crisis convulsivas en 0.7% de 3000 pacientes. Además se han documentado casos de manía por la administración de clorimipramina y fluoxetina. La clorimipramina produce una alta incidencia de disfunciones sexuales: disminución de la libido, problemas eyaculatorios, anorgasmia y trastornos menstruales.

Otros efectos pueden ser el aumento de peso y las alteraciones en la lactancia.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> inFÁRMate, año 1, número 6. Inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina y su relación con el Trastorno Obsesivo Compulsivo., Mexico marzo-abril 2006

<sup>35</sup> Cristina Lóyzaga, Humberto Nicolini. Tratamiento farmacológico del TOC. Mexico, 2006

## 9. MARCO METODOLOGICO

### 9.1. Tipo de estudio.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo desde el paradigma cuantitativo, el tipo de estudio fué no experimental, ya que se abordó al objeto en contexto natural y transversal porque se investigó en un momento dado.

El tipo de investigación fue descriptiva, con el objetivo de llegar a conocer las situaciones, percepciones y las actitudes predominantes, a través de la descripción exacta de las actividades, objetos y procesos que interfieren en la sexualidad del sujeto, según la opinión de los profesionales de la salud mental.

La meta no se limitó a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

### 9.2. Identificación y definición de las variables.

Definición conceptual:

- ✓ Sintomatología característica del TOC
  
- ✓ Comportamientos sexuales de los pacientes con TOC

Definición operacional: este punto se analizó según la declaración de los profesionales en salud mental de acuerdo a las preguntas formuladas.

### **9.3. Unidades de análisis.**

#### Población

Profesionales del área de la salud mental que trabajan actualmente o trabajaron con pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo.

#### Muestra

Se trabajó con una muestra no aleatoria accidental integrada por 20 profesionales de la salud (psicólogos) de ambos sexos, los cuales traten con pacientes TOC en la ciudad de Rosario. Se utilizara la técnica de muestreo en cadena para la integración de la misma.

### **9.4. Método**

Para efectuar la investigación se empleó el método inductivo, con el objeto de establecer relaciones entre la existencia de asociaciones entre la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo y la sexualidad de dichos pacientes. Se analizaron los resultados a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento, pero de bajo nivel sin pretensión de que se den leyes universales.

### **9.5. Técnicas, instrumentos y procedimiento.**

#### Técnicas para la recolección de datos

Debido a las características del estudio, se estimó sumamente conveniente el empleo de cuestionarios, ya que se trabajó con la opinión de los profesionales sobre una temática que es muy específica.

#### Instrumentos.

Cuestionarios: se utilizó un cuestionario creado por la autora, de 15 preguntas con opciones de respuestas; el cual indagó acerca de los siguientes ejes:

- ✓ Incidencia de pacientes TOC en la clínica.
- ✓ Sintomatología más común.
- ✓ Características de los comportamientos sexuales de dichos pacientes
- ✓ Aspectos de la sexualidad que pueden atribuirse a la sintomatología específica.

Procedimientos.

El proceso se llevó a cabo, primero pactando un encuentro con un profesional de la salud mental, donde en este primer contacto se le explicó detalladamente el presente trabajo de investigación y se le realizó las preguntas correspondientes al cuestionario.

Terminado este proceso se le solicitó al profesional que posibilite el vínculo con otro profesional y así se realizó este mismo procedimiento con los sujetos de la muestra.

Dependiendo de las respuestas y de la experiencia con esta patología, se eligió a varios profesionales que puedan aportar datos más precisos respecto de la problemática mediante encuentros que contribuyan a la investigación.

### 9.6. Área de estudio.

La aplicación se realizó con profesionales del área de la salud mental de la ciudad de Rosario.

La ciudad de Rosario está ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina. Se encuentra en una posición geoestratégica en relación al Mercosur, en el extremo sur del continente americano. Es cabecera del Departamento homónimo y se sitúa a 300 km de la ciudad de Buenos Aires. Los lugares de encuentros los determinaron los profesional que se entrevistaron, estos encuentros variaron según sus tiempos y lugares habituales de trabajo, fueron en instituciones, públicas y privadas, consultorio personal, universidades, etc.

#### Consideraciones éticas.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo con el único objetivo de producir conocimiento para abrir oportunidades de promoción y prevención de dicha problemática, aunque no sea de forma inmediata. Los datos obtenidos serán utilizados sólo para dicha investigación.

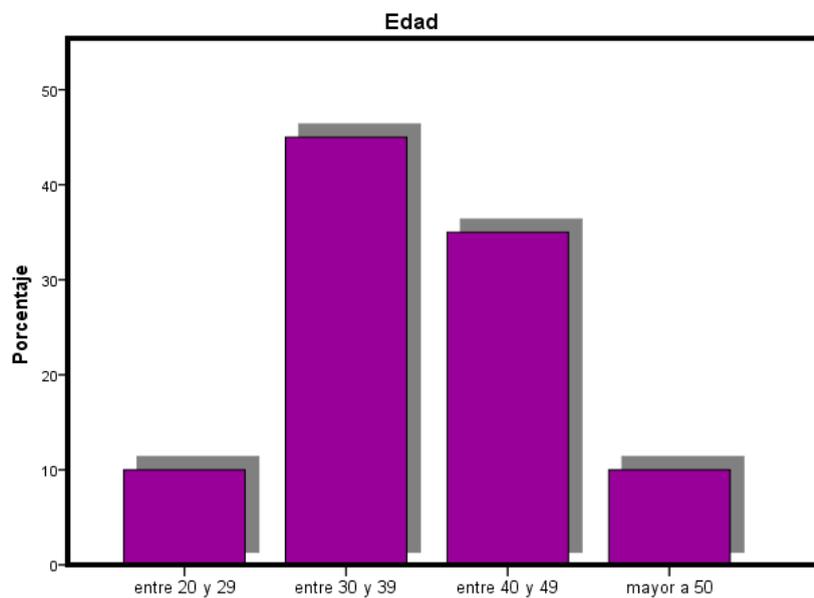
Los sujetos participaron del estudio en forma voluntaria, conociendo su finalidad y su importancia. Se les garantizó a los profesionales el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos.

## 10. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Para el análisis de los cuestionarios se elaboraron tablas y gráficos que permitieron el análisis de frecuencias y porcentajes mediante la utilización del programa SPSS 18 para Windows y el Microsoft Excel 2010.

Se entrevistaron 20 psicólogos para llevar a cabo esta investigación, entre los cuales la edad promedio fue de 37 (DS 7,815) el rango etario mayor fue el de entre 30 y 39 años, dando como resultado un 45% del total, lo que implica casi la mitad de los sujetos en su totalidad (Grafico 1).

Grafico 1



En cuanto al sexo de los sujetos entrevistados (N=20), 11 fueron de sexo femenino y 9 de sexo masculino (Tabla 1)

Tabla 1

**Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje
femenino	11	55,0
masculino	9	45,0
Total	20	100,0

La Tabla 2 refleja que los profesionales que intervinieron, el 50% del total terminó sus estudios universitarios entre el año 1990 y el 1999 y el otro 50% entre el periodo comprendido entre el 2000 y el 2009.

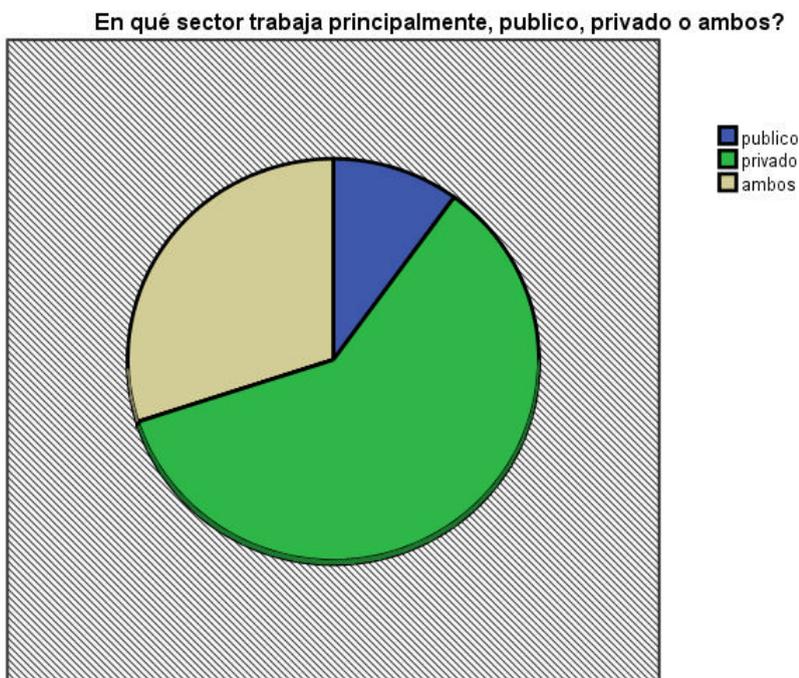
Tabla 2

**En qué año terminó sus estudios universitarios?**

	Frecuencia	Porcentaje
1990-1999	10	50,0
2000-2009	10	50,0
Total	20	100,0

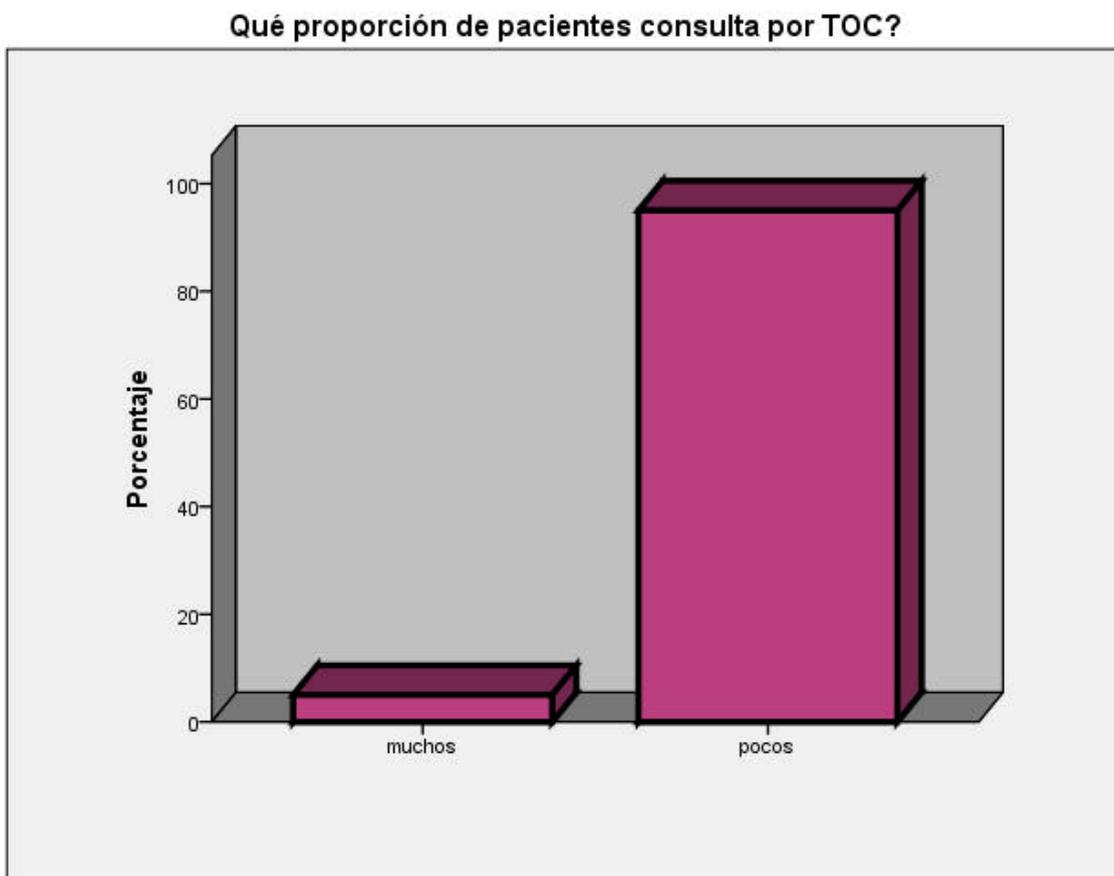
La mayoría aportaron sus experiencias desde el lugar donde trabajan habitualmente. El 60% expresó que trabajan en el sector privado, un 30% en ambos y sólo un 10 % en el ámbito público (Grafico 2)

Grafico 2



Se les preguntó a los profesionales que proporción de pacientes consulta por Trastorno Obsesivo Compulsivo, las respuestas arrojaron los siguientes datos: entre las tres opciones que se daban para elegir (Muchos, Pocos, No sabe) los sujetos optaron por la opción pocos, dando así un 95% del total por sobre las demás opciones. (Grafico 3)

Grafico 3



En cuanto al tipo de paciente que consulta por TOC, según los especializados el 55% de los pacientes son hombres, mientras que el otro porcentaje del total (el 45%) recae sobre ambos sexos. (Tabla 3)

Tabla 3

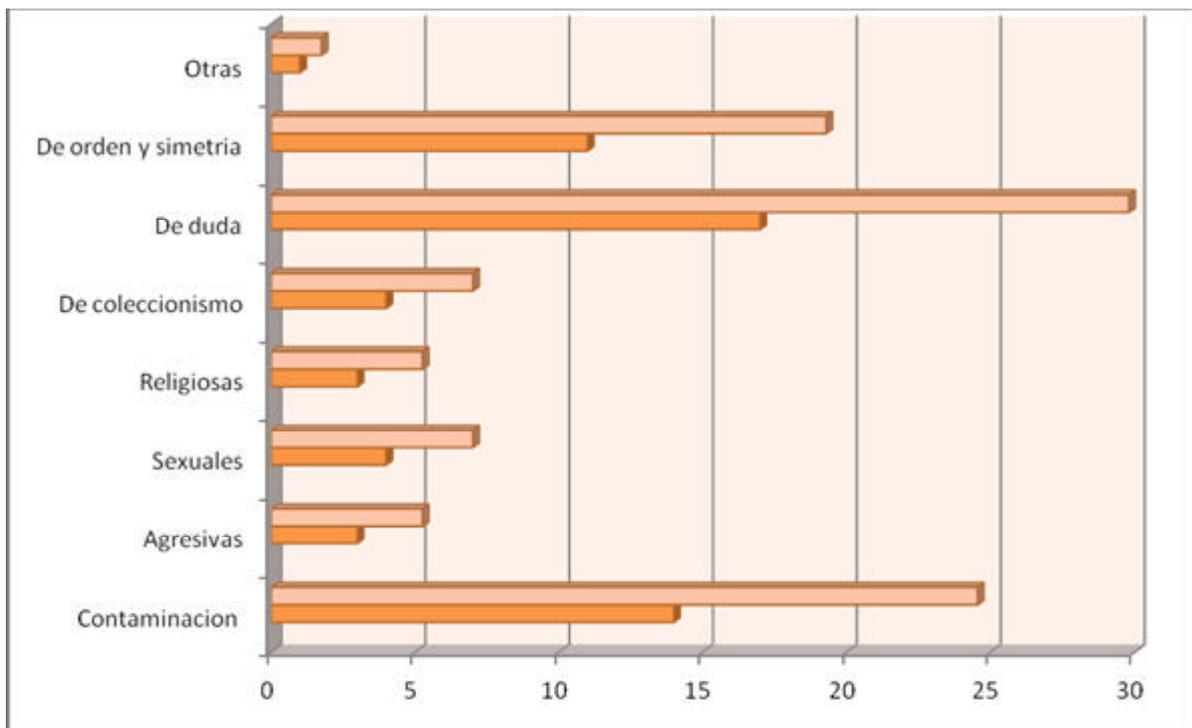
**El TOC es una patología que afecta más a hombres o a mujeres, o ambos por igual?**

	Frecuencia	Porcentaje
hombres	11	55,0
ambos sexos	9	45,0
Total	20	100,0

Según su experiencia, se les preguntó cuáles son las obsesiones más frecuentes que aparecen en la clínica. Las respuestas arrojaron los siguientes datos:

Las obsesiones que más aparecen en la clínica son las obsesiones de duda y de responsabilidad patológica (casi el 30% del total), seguida de las obsesiones de contaminación (el 24%) y por ultimo las obsesiones de orden simetría y precisión (19%) (Grafico 4)

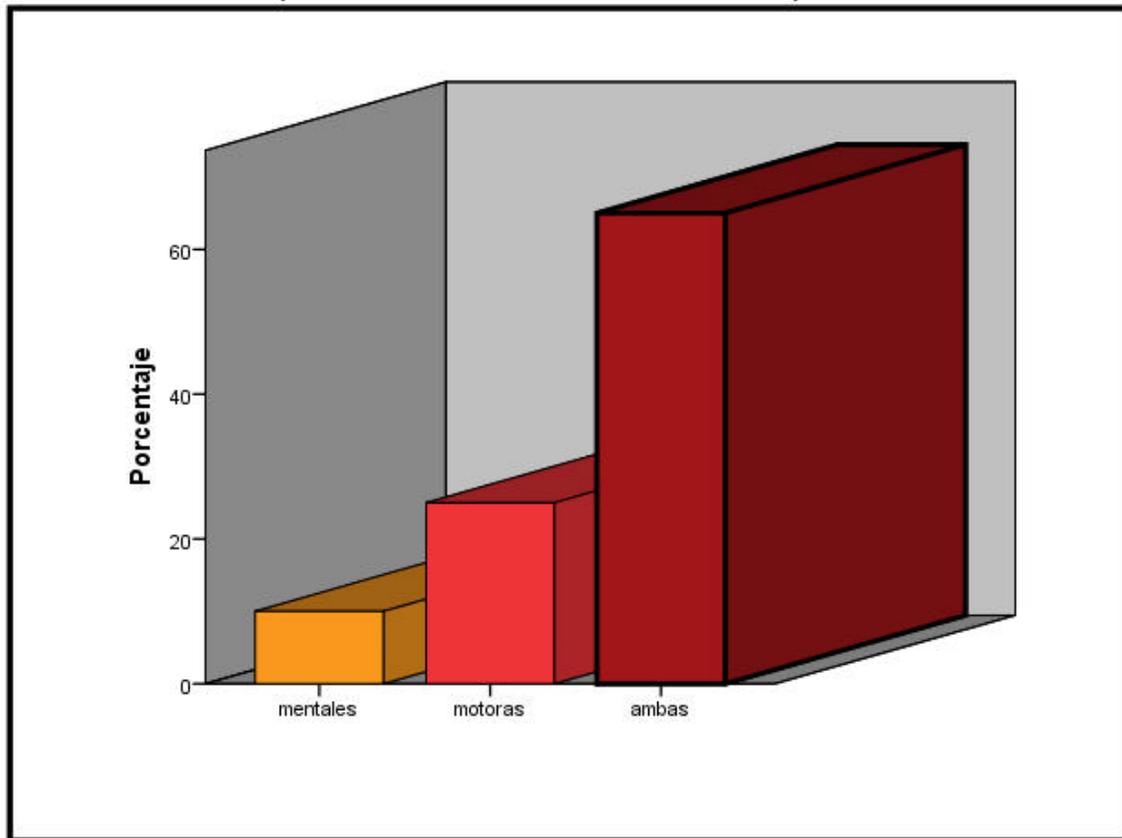
Grafico 4



Para aliviar las obsesiones antes mencionadas, las compulsiones o rituales más recurrentes son tanto las mentales como las motoras, el 25% de los profesionales optó por la opción de solo motoras y el 10% del total por sólo mentales. Dejando en evidencia que el 65% considera que ambas compulsiones de dan de igual manera en los pacientes (Grafico 5)

Grafico 5

**Cuáles son las compulsiones o rituales mas recurrentes para aliviar la obsesión?**



Con respecto al discurso del paciente, se les pregunto a los profesionales como se perciben sus relaciones. Según la experiencia, los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo tienen escasas relaciones interpersonales. Sólo el 20% consideró que pueden tener relaciones intermedias, ni escasas, ni excesivas (Grafico 6)

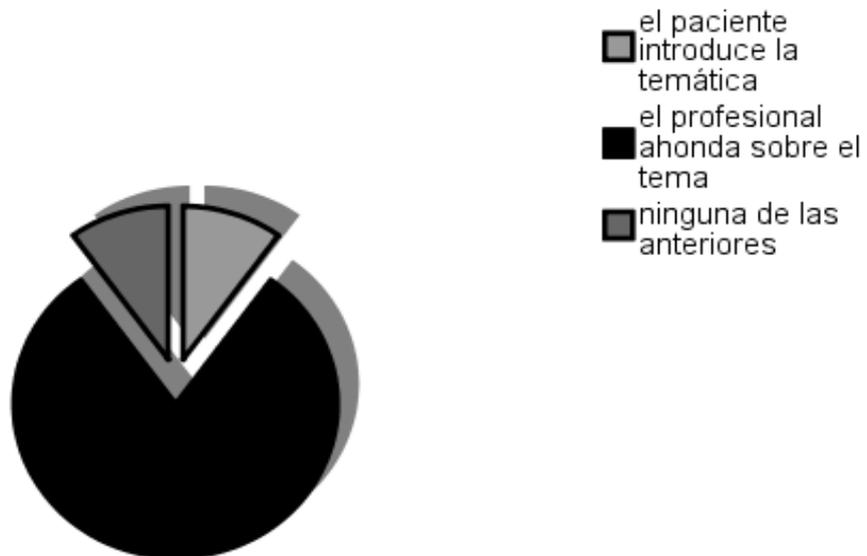
Grafico 6



Según lo que respondieron los psicólogos tratantes de esta patología, son ellos mismos los que tienen que introducir la temática de la sexualidad (Grafico 7)

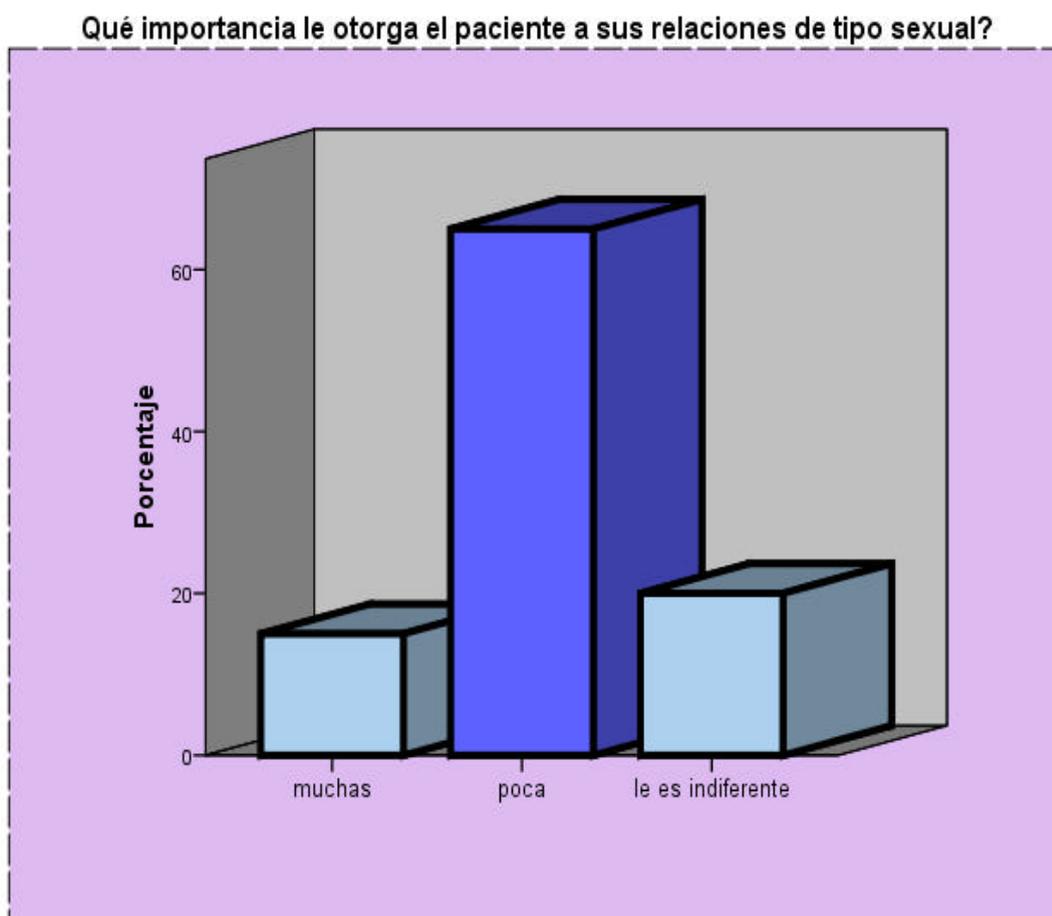
Grafico 7

**Durante el tratamiento, la temática de la sexualidad es introducida por el paciente o el profesional debe indagarla?**



A partir de las respuestas de los profesionales tratantes del Trastorno Obsesivo Compulsivo, el paciente le otorga poca importancia a sus relaciones interpersonales. Para el 15% del total le otorga mucha importancia, mientras que para el 20% es un tema indiferente para el paciente (Grafico 8)

Grafico 8

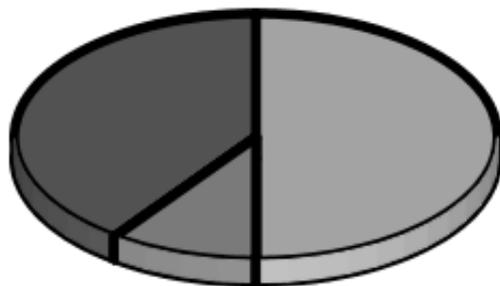


Para la mayoría de los entrevistados, la medicación que se administra a los pacientes con TOC afecta a su función sexual. Un 40% reveló no saber sobre esta temática y sólo un 10% manifestó que el psicofármaco no afecta su función sexual. (Grafico 9)

Grafico 9

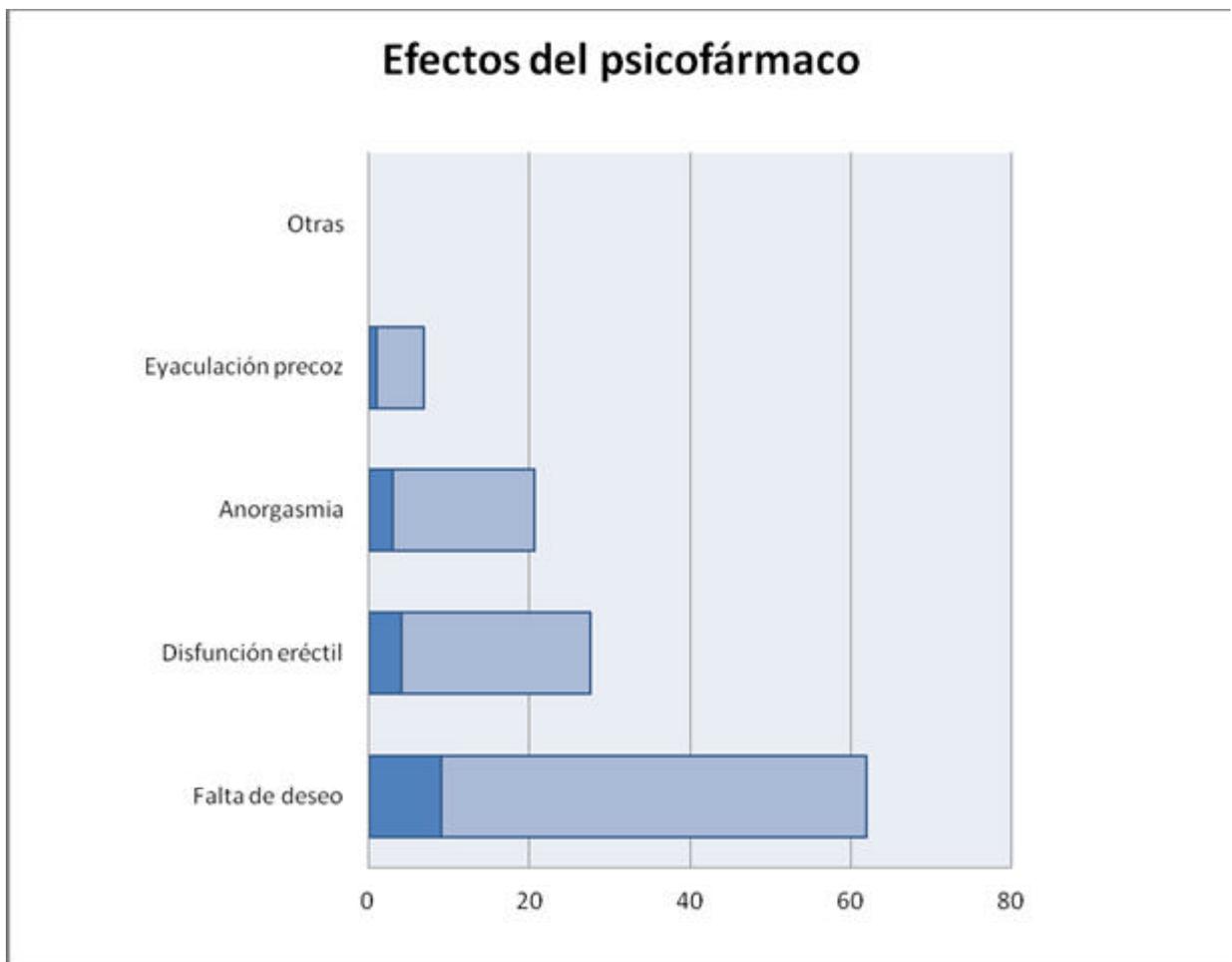
**Considera que el psicofarmaco que se administra puede causar algun efecto adverso sobre su función sexual?**

- si
- no
- no sabe



Los datos arrojaron que el efecto adverso que provoca el psicofármaco administrado a los pacientes TOC es la falta de deseo. Siguiendo este resultado, la disfunción eréctil y la anorgasmia es algo que también se da en dichos pacientes. (Grafico 10)

Grafico 10



El 45% de los encuestados afirma que el paciente TOC experimenta fantasías homosexuales. Los datos analizados muestran que casi la misma cantidad de entrevistados niega o no sabe sobre estas conductas (Tabla 4)

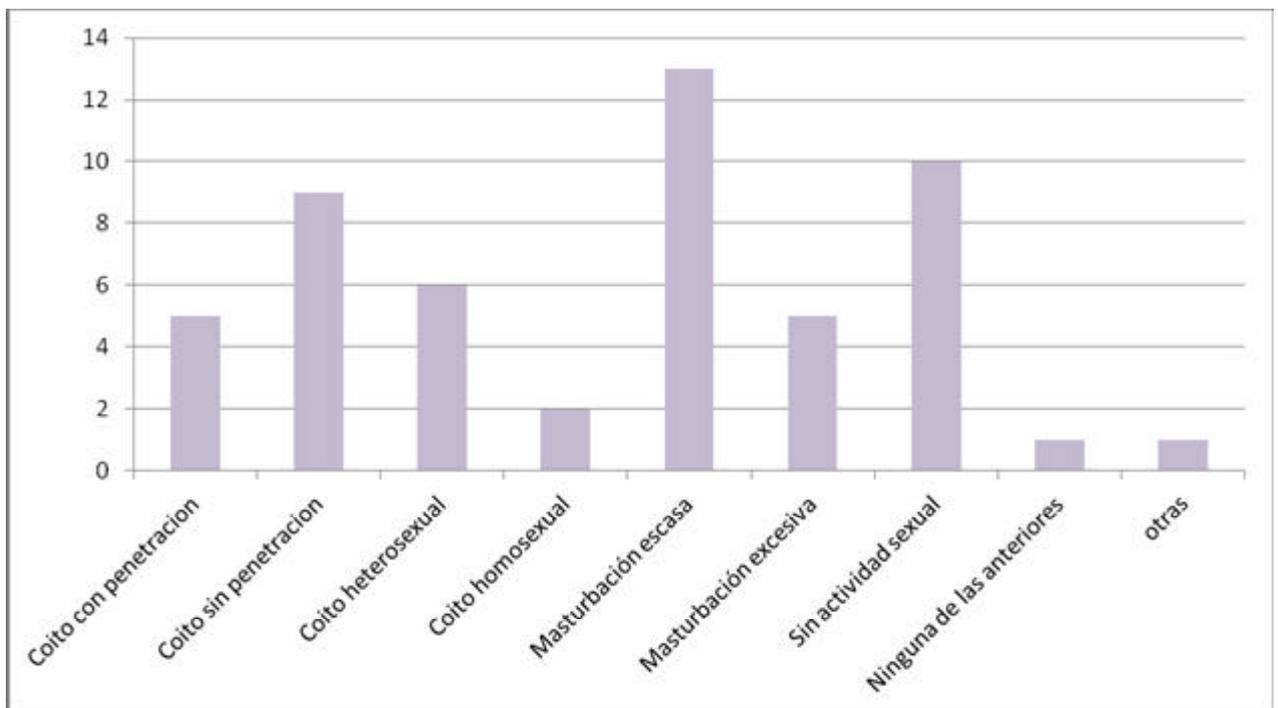
Tabla 4

**Considera que el paciente TOC experimenta fantasías homosexuales?**

	Frecuencia	Porcentaje
si	9	45,0
no	6	30,0
no sabe	5	25,0
Total	20	100,0

Según los psicólogos encuestados, el comportamiento sexual que más aparece dentro de los pacientes TOC es la masturbación escasa. Siguiendo esta conducta, para un 20% del total, el paciente con esta patología no tiene actividad sexual (Grafico 11).

Grafico 11

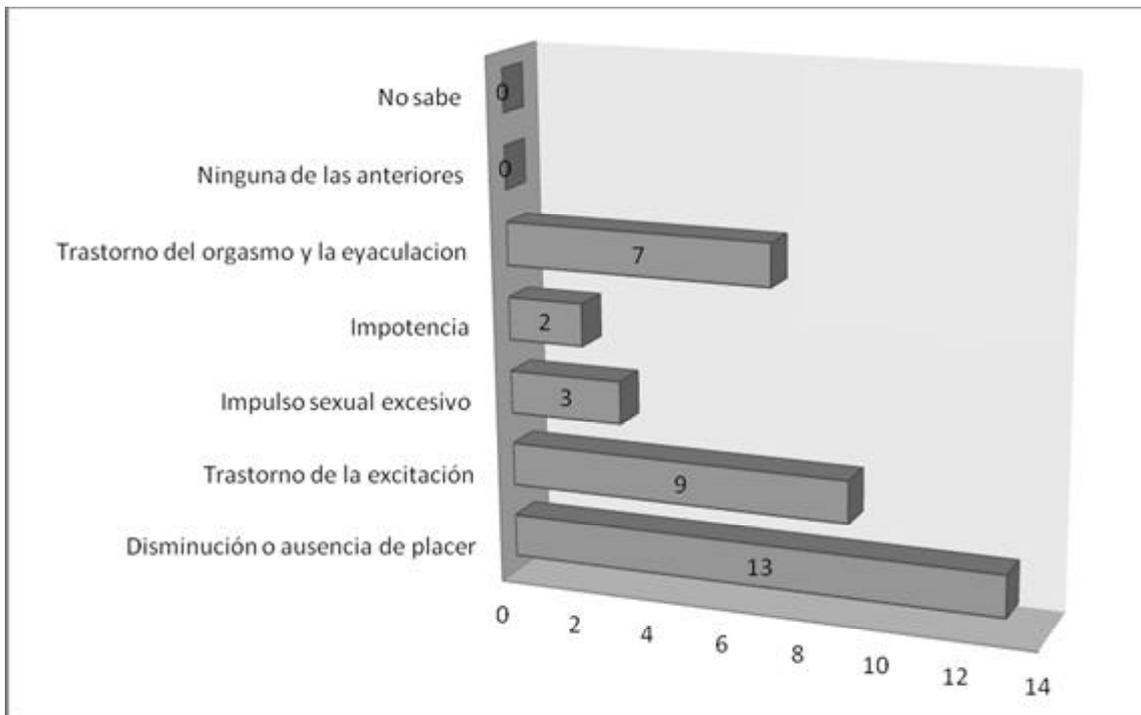


# Universidad Abierta Interamericana

## Tesis de Grado

Los datos de los cuestionarios mostraron que el paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo experimenta disminución o ausencia de placer en relación a su vida sexual; según los profesionales encuestados se observa que los afectados poseen trastorno de la excitación así como también del orgasmo y la eyaculación (Grafico12)

Grafico 12



Por último, se les pregunto a los psicólogos si consideraban que la sintomatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo interfiere en la sexualidad del paciente y el 100% de los entrevistados contesto afirmativamente.

## 11. CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo interrogarse sobre cómo la sintomatología del trastorno obsesivo compulsivo, no sólo afecta su calidad de vida, sino las relaciones interpersonales, los ámbitos y por consiguiente la sexualidad y la forma de relacionarse con los demás que tiene el paciente afectado.

Lo llamativo fue que se logró un consenso entre los psicólogos entrevistados, los cuales el 100 % respondieron afirmativamente sobre la inferencia que tiene el trastorno sobre la sexualidad del paciente.

Otros datos en directa relación con lo anterior, fue que los profesionales tratantes afirman que el paciente con TOC no tiene actividad sexual, que sus relaciones son escasas y que sobre todo experimentan disminución o ausencia del deseo y del placer.

Respecto al tratamiento farmacológico, la mayoría de los consultados opinó de forma afirmativa sobre el efecto adverso que puede provocar el psicofármaco, pero dejaron en claro que ese un tema que compete a los psiquiatras.

Los objetivos se cumplieron:

- ✓ Se pudo determinar qué características le imprime a la sexualidad la sintomatología de los pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo según los profesionales tratantes: se interrogó sobre las características más comunes de la

sintomatología, dando como resultado las obsesiones de duda y responsabilidad patológica así como la obsesión de contaminación como principales obsesiones y su consecuente compulsión motora y mental.

- ✓ La identificación de sexos de esta patología, en donde según la bibliografía recorrida un gran número de autores afirma que es una patología que afecta a ambos sexos por igual, pero que se puede pesquisar un número mayor en hombres que en mujeres, esto fue completamente válido por los profesionales encuestados;
- ✓ Y por último, sus comportamientos sexuales y la inferencia entre ambas variables: la sexualidad y el TOC.

Con respecto a la debilidad a la que se enfrentó esta investigación, fue el escaso número de trabajadores de la salud entrevistados.

La idea inicial de entrevistar a una muestra de la población de Rosario de profesionales psicólogos y psiquiatras no pudo ser llevada a cabo con la representatividad correcta por diversos motivos. El método procedimental en cadena llevó a reclutar sólo psicólogos ya que todos los primeros psiquiatras encuestados no accedieron a responder la encuesta, fundamentando que las preguntas no estaban orientadas al tipo de práctica que ellos utilizan. A su vez, varios comentaron que les era muy difícil encasillar a los pacientes dentro de ésta categoría (TOC) y que la mayoría no se basaba en el DSM IV para realizar los diagnósticos. Podía decirse que no se pudo continuar con la “cadena”.

Estos pensamientos podrían mostrar otra debilidad del trabajo en cuanto al desarrollo de las preguntas, que realizadas en una base de psicología, tal vez no tuvo en cuenta aspectos que desde la psiquiatría si son valorados.

La forma de entrevistar de psiquiatras y psicólogos es en general diferente, el marco contextual también lo es muchas veces y no siempre se llega a profundizar en el tema sexualidad con los pacientes desde la psiquiatría según comentaron los 10 psiquiatras tentados a responder a la encuesta. Aparentemente la “terminología” empleada no les era familiar o clara.

Fue un trabajo arduo de investigación por la precariedad de aportes que hay sobre esta temática, sobre todo en nuestro país, es por esto que ésta es la fortaleza más significativa de este trabajo. Dando iniciativa para que se siga investigando sobre esta problemática tan común con la que nos enfrentamos como auxiliares del sufrimiento humano.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Alberto Bardi, Carolina Leyton y Vania Martínez. Masturbación: mitos y realidades Mexico 2009
2. American Psychiatric Association, 1994  
American Psychiatric Association, 1994; para más información, véase Turner, Beidel y Stanley, 1992 ).
3. Artiles, V. L.: “Disminución del deseo sexual en la mujer de edad mediana. ¿Realidad o Mito?”, Rev. Sexología y Sociedad No. 27, abril 2006, pp. 28-31.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. 2010
5. Bados Lopez, A. Trastorno Obsesivo Compulsivo. Universidad de Valencia, 2005
6. Botella C, Robert C. El trastorno obsesivo-compulsivo. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F.
7. Cabello, F.: Disfunción sexual eréctil. Un abordaje integral, Ed. Prismática, Madrid, 2004
8. Carmen Albert Colomer. Tesis Doctoral. Psicopatología del trastorno obsesivo compulsivo. Universidad de Córdoba, 2001
9. Carolina Cortés Duque y grupo. Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. Colombia, 2005

10. Chartier JP. Estructuras neuróticas. En: Bergeret J. Manual de Psicología Patológica. Barcelona; 1975.
11. Cía., A. Como tratar el trastorno obsesivo compulsivo. Ed: Polemos. Argentina 2010
12. Cristina Lóyzaga, Humberto Nicolini. Tratamiento farmacológico del TOC. Mexico, 2006
13. Diccionario Medico de Salud. España, 2000
14. Disfunciones sexuales de origen no orgánico. P. J. Cañones Garzon y grupo. Madrid, 2000.
15. DSM IV TR, 2010
16. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. 8ªed. Barcelona: 1980.
17. Gallardo Linares, Francisco J.; Escolano López, Víctor M. Informe Diversidad Afectivo-Sexual en la Formación de Docentes. Málaga. España, 2009
18. Gókay Aksaray y grupo. "Sexuality in Women with Obsessive Compulsive Disorder" 2001
19. Lopez Gonzales, J. El modelo cognitivo del TOC: el modelo de SALKOVSKIS Y WARRICK (1988)». España, 2010
20. Manual de Psicopatología. Volumen II. Madrid, 1995.
21. Masters W, Johnson V, Kolondry R: La Sexualidad Humana. 13ª edición. Grijalbo, 1:18-19. Y 3:617, Barcelona,1995

22. Mc Cary J. Sexualidad humana, factores fisiológicos y psicológicos de la conducta sexual. México: Manual Moderno, 1983.
23. Neziroglu FA, Yaryura-Tobías JA. Estudio demográfico del trastorno obsesivo-compulsivo. Madrid 1997
24. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010
25. Otero A, Ballús C. Trastornos psicosexuales. En: Rozman C y otros (Eds): Farreras- Rozman: Medicina Interna, 13ª edición, pag 1588-1589. Harcourt Brace. Madrid, 1995.
26. Página del tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. ¿Cómo funciona el TOC? Los modelos cognitivo-conductuales. Facultad de Psicología, Málaga, 2013
27. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behaviour Research and Therapy. New York, 1993
28. Revista inFÁRMate, año 1, número 6. Inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina y su relación con el Trastorno Obsesivo Compulsivo., Mexico marzo-abril 2006
29. Rubio E: Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: CONAPO (ed.) Antología de la Sexualidad Humana. Miguel Angel Porrúa, I:17-46, México, 1994.
30. Sánchez, I.: “Caracterización de la actividad sexual en el adulto mayor”, TTR, Santiago de Cuba, 2004

31. Sandín, B y grupo. Sensibilidad al asco: Concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.,(2008)
32. Sarfati Y. Trastornos sexuales y psiquiatría. En: Praxis Médica: clínica y terapéutica, vol VII, cap 7.981. Praxis Médica, SA. Madrid, 2000.
33. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. España, 2013
34. TOCAS, Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo, Andalucía 2013

13. ANEXO

Edad \_\_\_\_ años

Sexo: Femenino  Masculino

1. En qué año termino sus estudios universitarios? \_\_\_\_\_
2. En qué sector trabaja principalmente, público, privado o por igual en ambos?  
 Publico  Privado  Ambos
3. Qué proporción de pacientes consulta por TOC?  Muchos  Pocos  No sabe
4. En base a su conocimiento, el TOC es una patología que afecta más a hombres o a mujeres, o ambos sexos por igual?  
 Hombres  Mujeres  Ambos por igual  No sabe
5. Según su experiencia, cuáles son las obsesiones más frecuentes que aparecen en la clínica?  
 Obsesión de contaminación  
 Obsesiones agresivas  
 Obsesiones sexuales  
 Obsesiones religiosas  
 Obsesión de coleccionismo y atesoramiento  
 Obsesión de duda y responsabilidad patológica  
 Obsesión de orden, simetría y precisión.  
 Otras Aclare: \_\_\_\_\_
6. Según su experiencia cuales son las compulsiones o rituales más recurrentes para aliviar la obsesión?  
 Mentales  Motoras  Ambas
7. Según el discurso del paciente TOC como son sus relaciones interpersonales (vida social, amigos, pareja estable)?  
 Escasas  Excesivas  Intermedias  No sabe
8. Durante el tratamiento del paciente TOC, la temática de la sexualidad (deseo sexual, vínculos afectivos de tipo sexual, masturbación, etc.) es introducida por el paciente o el profesional debe indagarla?  
 El paciente introduce la temática  
 El profesional ahonda sobre el tema  
 Ninguna de las anteriores
9. Qué importancia le otorga el paciente a sus relaciones de tipo sexual?  
 Mucha  Poca  Ninguna  Le es indiferente  No sabe
10. Considera que el psicofármaco que se administra a los pacientes TOC (IRSS) puede causar efecto adverso sobre su función sexual?  
 Sí  No  No sabe

11. En caso de que la respuesta anterior haya sido positiva, cuál de las siguientes opciones considera más habitual, en el paciente TOC que se encuentra en tratamiento con psicofármacos?
- Falta de deseo
  - Disfunción eréctil
  - Anorgasmia
  - Eyaculación precoz
  - Otras Aclare: \_\_\_\_\_
12. Considera que el paciente TOC experimenta fantasías homosexuales?
- Sí       No       No sabe
13. Cual/es considera que es el comportamiento sexual del paciente TOC en general?
- Coito con penetración
  - Coito sin penetración
  - Coito heterosexual
  - Coito homosexual
  - Masturbación escasa
  - Masturbación excesiva
  - Sin actividad sexual
  - Ninguna de las anteriores
  - Otros Aclare: \_\_\_\_\_
- 14.Cuál de las siguientes opciones considera que experimenta el paciente TOC en relación a su vida sexual?
- Disminución o ausencia del deseo y del placer
  - Trastorno de la excitación
  - Impulso sexual excesivo
  - Impotencia
  - Trastorno del orgasmo y la eyaculación
  - Ninguna de las anteriores
  - No sabe
15. Según su opinión, cree que la sintomatología del TOC (obsesiones/compulsiones y rituales) interfiere en su vida sexual?
- Sí       No       No sabe