

## **TOC y Sexualidad**

### **Ricardo Pérez Rivera**

Médico Psiquiatra. Director Médico del Bio- Behavioral Institute, Buenos Aires.

Miembro del International College of Obsessive Compulsive Spectrum

Disorders (ICOCS). Miembro de la Asociación Argentina de Trastornos de la

Ansiedad. Sexólogo Clínico. Magister en Psiconeurofarmacología.

E-Mail: rperezrivera@hotmail.com, info@biobehavioral.com.ar

## OCD and Sexuality

### **Resumen:**

El trastorno Obsesivo-compulsivo se presenta con distintos tipos de ideas, en función de las mismas a persona realizará rituales mentales o motores que disminuyan el malestar originados por las ideas obsesivas. Mucho hay escrito del malestar que ocasionan las ideas obsesivas y de las compulsiones, pero poco esta publicado en relación a como estas ideas y rituales afectan distintas esferas en la vida del paciente. El presente trabajo, focaliza en la vida sexual del paciente afectado por TOC.

**Palabras Clave:** TOC, sexualidad, disfunción sexual, dimensiones obsesivo-compulsivas

**Abstract:** Obsessive-compulsive disorder is presented with different ideas, according to these ideas the person perform mental or motors rituals that reduce the discomfort caused by the obsessive thoughts. Much is written of the discomfort caused by obsessions and compulsions ideas, but little is published regarding how are these ideas and rituals affect different areas in the patient's life. This work focuses on the sexual life of patients affected by OCD.

**Keywords:** TOC, sexuality, sexual dysfunction, obsessive-compulsive dimensions

Un poeta estadounidense que sufre de trastorno obsesivo compulsivo se convirtió en la sensación del 2013 en Internet, luego que su desgarradora presentación en la final de concurso “*2013 Rustbelt Regional Poetry Slam*” llegara a las redes sociales. Neil Hilborn (18) conmovió a los usuarios con su poema de amor “OCD” (TOC, Trastorno Obsesivo Compulsivo, en español), donde a través de la repetición y la teatralidad representa una imagen dolorosa y al mismo tiempo hermosa de su padecimiento.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno psiquiátrico, con diferentes edades de inicio, niveles de severidad, comorbilidades, y dimensiones sintomáticas, pero es siempre severo en sus consecuencias, ya que deteriora la calidad de vida del paciente y su entorno (29, 30). La forma de presentación es homogénea en cuanto a la presencia de sus síntomas primarios: ideas obsesivas y compulsiones, con el consecuente malestar, ansiedad, angustia o asco; y heterogénea en cuanto al contenido que estos síntomas adquieren en cada caso (29, 30). Es importante recordar que este trastorno tiende a ser crónico, e improbable que se resuelva por sí mismo, sin el tratamiento adecuado y ofrecido por los profesionales especializados (29, 30).

El TOC usualmente está asociado a dificultades en las relaciones interpersonales (3, 4), a mayor severidad sintomática del TOC más dificultad en el funcionamiento social (7, 16, 19). Las personas con TOC frecuentemente tienen baja autoestima, sensación de vergüenza, insatisfacción con su vida social, evitan actividades y contacto con otras personas (38).

La interacción íntima involucra a dos personas compartiendo algo personal, llevando a sentimientos positivos y entendimiento mutuo (31).

Investigaciones previas sugieren que el TOC está relacionado con distintos tipos de limitaciones en la capacidad de la persona para intimar. Las personas con TOC habitualmente ocultan sus obsesiones y compulsiones para evitar ser rechazados, temidos o generar desconfianza en otros, lo que sugiere que deben tener menor intimidad intelectual y emocional con sus parejas (28). Estos individuos especialmente tienen temor cuando sus síntomas están relacionados con la

pareja. Por la tendencia a aislarse socialmente y tener bajos recursos sociales (herramientas sociales), ellos padecen bajos niveles de intimidad social y recreacional (42).

La sexualidad es un aspecto importante de la intimidad, los pacientes con TOC suelen padecer dificultades en su vida sexual, como falta de sensualidad, anorgasmia, insatisfacción con su vida sexual y evitación del encuentro sexual (2).

Una parte de la intimidad es revelar a la pareja información íntima, datos personales que no pueden trascender, confiar en el otro. Hay evidencia indirecta en la que se demuestra una importante dificultad para confiar en la pareja en los pacientes con TOC (8).

Muchas personas con TOC están solteras, y las personas casadas con individuos padecientes de TOC refieren altos niveles de distress marital. El malestar generado por el TOC en la pareja tiene relación directa con la severidad de los síntomas, está demostrado que el mismo disminuye luego de un tratamiento cognitivo-conductual efectivo (TCC) (11). La depresión puede influir en el resultado de la TCC, y en la insatisfacción de la vida en pareja (24). Los pacientes con TOC tienden a deprimirse en algún momento de su vida, la concurrencia de estos cuadros generan un aumento en la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) y conflictos en los vínculos de pareja (10). Aunque la depresión impresiona no estar relacionada con la severidad de las compulsiones, si se correlaciona con la intensidad y frecuencia de las ideas obsesivas, dificultando el control de las mismas, lo que favorece mayor malestar diario y dificultades en las relaciones interpersonales (33).

Otra de las dificultades a sortear son las disfunciones sexuales producidas por factores ajenos al contenido de la idea, dentro de este grupo se encuentran la ansiedad de performance ante la falta de experiencia y la presunción que por la edad debería tenerla, con la posibilidad de establecer conducta evitativa para no padecerla e incluso empezar a sentir una disminución del deseo consecuentemente; el cual también se puede experimentar junto con el retardo de los tiempos para eyacular y llegar al orgasmo o incluso anorgasmia producida por la medicación. En relación al tratamiento con los fármacos antiobsesivos,

inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS), si bien la inmensa mayoría de los pacientes experimentan un efecto adverso sexual (EAS) en mayor o menor medida; en función de su calidad de vida a largo plazo es conveniente padecerlos y superar su TOC (con todas las limitaciones que en la vida social y sexual produce); que por temor a los EAS no llegar a una dosis efectiva de medicación y se limite la mejoría o no se alcance, perpetuando de este modo las dificultades amorosas y sexuales que su TOC le genera. Hay que tener siempre presente la duración del tratamiento farmacológico, a partir de la máxima mejoría se sostiene por uno o dos años para luego empezar a reducir la dosis, pudiéndose en la mayoría de los casos retirar un 50-60% de la dosis, y en unos pocos el 100% (30). Con el tiempo a su vez, se puede llegar a presentar un efecto de tolerancia al efecto adverso, disminuyendo la intensidad de los mismos, o bien aplicarse distintas técnicas conductuales para aumentar la estimulación y excitación de la persona, además de la posibilidad de agregar un fármaco que revierta los efectos adversos sexuales.

En un estudio desarrollado para evaluar específicamente el romanticismo en el TOC (1), durante la *10th Annual Conference of the Obsessive Compulsive Foudation*, se les dio una encuesta a 450 personas con TOC, familiares y profesionales especialistas en TOC. Se tomó para la confección del trabajo las encuestas realizadas por 64 participantes (de los 450) por cumplir con el criterio de tener TOC de nivel moderado-severo. A los participantes se les dio las siguientes escalas de auto-evaluación: *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*, *The Center for epidemiological Studies Depression Scale*, *Relationship Assessment Scale*, *Self-Disclosure Index*, *Personal Assessment of Intimacy in Relationships*. Se les pidió que completen las escalas pensando en su actual relación o la última relación de pareja.

En los resultados, se comprobó que la severidad sintomatológica presentó una correlación negativa con las escalas que median satisfacción de la pareja, confiabilidad e intimidad. La severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC) se asoció de una manera moderadamente negativa con todas las formas de intimidad. Las personas con mayor intensidad de pensamientos obsesivos

permanecían preocupadas por las ideas intrusivas teniendo menos tiempo y energía para dedicarse a la persona querida o intimar con esta.

Se da una relación recíproca entre aumento de las ideas obsesivas-disminución de la intimidad, potenciándose. Al disminuir los encuentros íntimos y la relación romántica tiende a empeorar los SOC, en particular cuando las ideas involucran a la persona amada.

Algunas conductas compulsivas como la neutralización o el lavado de manos, permiten a la personas con TOC, estar más satisfechos con su relación e intimar emocionalmente. En algunos casos, les ayuda a estar en relación social y recreacional en la actividad íntima con sus parejas, sabiendo que luego se va lavar y neutralizar la ansiedad disparada por las ideas obsesivas.

Algunas personas esconden el contenido de sus obsesiones, por el temor que al verbalizarlas puedan ocurrir, o el miedo a que sean utilizadas en contra de ellos revelando sus obsesiones para avergonzarlos (28).

Las personas con TOC y obsesiones de temor a la contaminación pueden ver su vida sexual afectada, aunque no está esclarecido en estudios publicados de qué manera interfieren estos temores en la relación sexual. En la clínica observamos cantidad de pacientes con TOC de la dimensión de contaminación los cuales padecen una serie de dificultades amorosas y sexuales, como ser la imposibilidad de interactuar con personas (hablar, tocarlas, acariciarlas, etc), intimar con ellas, besar, masturbarse, tener coito con alguien, etc. Desde los pacientes, no solo es por temor a tomar contacto con alguna sustancia que les pueda hacer daño, enfermarse de SIDA o contagiar ellos el HIV, sino también el asco al tomar contacto con los fluidos del otro (saliva, esperma o fluidos vaginales). A veces, la conducta sexual genital-oral, se ve supeditada a una serie de pasos rígidos a seguir, como ser el lavado excesivos de su área genital o bien exigir a su pareja el bañarse antes del encuentro sexual (independientemente que se halla higienizado un par de horas antes). Este grupo de pacientes tiende a presentar buena respuesta al tratamiento adecuado del TOC; el problema es, cuando la persona logra acceder a este tratamiento, los años de enfermedad transcurridos, la enorme dificultad que representa empezar a socializar luego de los treinta años cuando

nunca se ha tenido experiencia romántica o sexual. La rehabilitación social, interpersonal y sexual es crucial con pacientes mayores de 30 años que se encuentran en tratamiento, es una de las dificultades a sortear cuando el paciente experimenta las primeras mejorías. Dentro del tratamiento hay que incluir la importancia de la intimidad, del poder confiar en el otro, escuchar e intercambiar información personal y sentimientos; el terapeuta tendría que incluir sesiones de pareja y vinculares dentro de su estrategia terapéutica. La tendencia es a sabotear el tratamiento ante el temor de enfrentar la vida, dentro de las situaciones que le generan mayor inseguridad se encuentra toda la esfera de los vínculos interpersonales, de alguna manera el paciente con TOC severo prefiere un sufrimiento conocido y ante el cual se encuentra resignado, que la posibilidad de un dolor emocional por un amor no correspondido o por la imposibilidad de interactuar sexualmente con la persona deseada.

Otra idea obsesiva frecuente es el temor a quedar embarazada en la mujer o de embarazar a la pareja en el caso de los hombres. Este contenido de idea obsesiva, impide el poder relajarse y dejarse llevar por la excitación imposibilitando o retrasando el momento del orgasmo; además de acompañarse con rituales de verificación, como llenar de agua el profiláctico usado para verificar que no esté roto o pinchado, colocar el profiláctico dentro de una bolsa inmediatamente después de retirado para asegurarse no tocar el esperma y correr el riesgo de introducirse, en el caso de la mujer usar más de un método anticonceptivo (dispositivo intrauterino, anticonceptivos oral y además profiláctico), en el caso de los hombres preguntarle en reiteradas ocasiones a la pareja si tuvo regularmente su menstruación a pesar de haber tomado todas las medidas de prevención o incluso cuando el contacto sexual no implicó penetración.

Las ideas obsesivas de contenido sexual ameritan un párrafo aparte, por su alto nivel de prevalencia, hasta un 35% de los pacientes con TOC (12, 32) y su morbilidad. En relación a la esfera sexual, son las ideas que más condicionan y atormentan a los pacientes, en la mayoría de los casos les impide tener vida sexual, no solo los inhibe del encuentro con otras personas sino también de la

propia masturbación. Las ideas de contenido sexual también son frecuentes entre los niños con TOC, incluso en prepúberes.

Las ideas obsesivas de contenido sexual en los niños o adolescentes pueden constar de pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos, no deseados e intrusivos; pueden estar referidas a tener actos sexuales con miembros de la familia o chicos menores, conducta sexual agresiva, infidelidad, o actos homosexuales (17, 45) Las obsesiones sexuales son difícil de ser detectadas ya que los chicos las esconden por vergüenza y las perciben como socialmente inaceptables (5). Son más frecuentes entre adolescentes en comparación a prepúberes (14).

Las ideas de contenido sexual entre los adultos, son más frecuentes en hombres (45, 22, 21), experimentan otro tipo de “ideas prohibidas” (ej, agresivas, religiosas) (17), padecen malestar e interferencia en sus hábitos de vida (45,13, 39), comienzo a temprana edad, y presentan mayor riesgo suicida, tanto ideas como plan suicida (39). En los chicos, como en los adultos, están frecuentemente acompañadas por otras “ideas prohibidas” como las religiosas o agresivas, pensamiento mágico, temor a decir ciertas cosas, rituales de repetición, juegos supersticiosos, rituales mentales, y la necesidad de decir, preguntar o confesar (23, 6).

Las obsesiones de contenido sexual en niños y adolescentes, tienden a generar alarma entre los miembros de la familia, frecuentemente son mal interpretadas y suponen un riesgo de abuso, de haber sido abusado o el temor de que abuse de un niño menor, sobreviene el riesgo de pedofilia e imposibilitan la valoración adecuada del TOC. Muchas veces los chicos se ven sometidos a extensos cuestionarios por parte del pediatra, psicólogo o asistente social, buscando detectar señales de abuso; reforzando en los niños la idea de ser potencialmente peligrosos para terceros, su mayor temor es que exista la posibilidad de que ellos actúen lo que están pensando (40). Es igualmente dañino cuando se asume que la criatura fue abusada y se busca insistentemente a través de cuestionarios la aparición de los signos de abuso, o peor aún se los somete a una revisión física invadiendo su intimidad y agravando la percepción de su sexualidad (40). Esto no

quita que siempre durante la primer entrevista semiológica, independientemente de la edad del paciente, el profesional deba descartar abuso sexual, físico o psíquico; la diferencia estriba en el ahínco puesto en la búsqueda de los mismos (40).

Las obsesiones sexuales relacionadas al temor de poder llegar a ser homosexual, pueden ser mal interpretadas como plateo de orientación o identidad sexual, complicando la situación del paciente e imposibilitando el diagnóstico y tratamiento del TOC (45).

Los pacientes con obsesiones sexuales, están más deprimidos y condicionados en su diario vivir. Por este motivo, aún en casos de niños, es muy probable que necesite un tratamiento combinado de farmacoterapia y terapia cognitivo-conductual con inclusión de la familia en todo el proceso terapéutico. El profesional debe explicar al paciente que él no va a llevar a cabo esos actos, y el mecanismo del pensamiento obsesivo (30, 40). Hay varios factores que permiten diferenciar la idea de contenido homosexual de una crisis de orientación o identidad sexual, por ejemplo, el malestar y angustia generado por la idea (son ego-distónicas), generan evitación del encuentro, hacen esfuerzos para suprimir el pensamiento, inhiben la conducta sexual (incluyendo la masturbación), la remota posibilidad de ser homosexual genera angustia. Generalmente lleva a rituales mentales (analizando la idea de su orientación sexual, pensando en personas del sexo opuesto, identificándose con un personaje reconocido heterosexual, pensando o imaginando forzosamente un acto sexual con alguien del sexo opuesto, etc) o rituales motores (chequeando si tiene una erección, tocando algo o repitiendo un movimiento, etc) (14, 40). Por el contrario las ideas relacionadas con la orientación sexual, son buscadas, pueden generar sensaciones mixtas (de placer y angustia) durante el proceso de descubrimiento y aceptación, genera curiosidad la idea del contacto con alguien del mismo sexo, las conductas de comprobación generan tensión sexual y muchas veces excitación, se incorporan los pensamientos homosexuales en la fantasía y se los evoca al momento de la masturbación. Los pensamientos pedofílicos, pueden ser más difíciles de aceptar, generando mayor controversia en quien los padece, pero con el transcurrir del

tiempo terminan siendo adoptados y generando excitación y placer sexual; esto no implica que el pedófilo vaya a abusar de un niño y se convierta en un pederasta (20).

A veces es difícil valorar el nivel de insight en los niños o en los jóvenes con TOC, más teniendo en cuenta que es la edad en donde desarrolla el proceso de sexuación y maduración sexual (14). Los pacientes por lo tanto se presentan muy confundidos en relación a si los pensamientos son deseados o no, permitidos, estimulados o si son “desviaciones” de su pulsión sexual. En los casos en que terminan consultando de adultos, con el comienzo de la ideación homosexual durante el comienzo de la adolescencia o antes de la misma, la situación se agrava dado que el único recuerdo en relación a la orientación sexual es la idea obsesiva de contenido sexual, además del condicionamiento de la conducta con menor posibilidad de interactuar con alguien del sexo opuesto, o en los casos en donde existió contacto sexual aparecieron las ideas obsesivas durante el acto sexual pudiendo generar pérdida de la excitación o coincidiendo con el momento del orgasmo, en ambas situaciones refuerza la angustia y el malestar asociados a la idea aumentando el temor a que aparezca, incrementando los rituales y finalmente reforzando la idea obsesiva (40). Algunas personas con obsesión sexual reportan excitación al momento de padecer la idea o imagen obsesiva, llevando a la confirmación de ser homosexual o padecer algún tipo de perversión sexual (pedofilia, agresividad sexual, etc); esta situación confunde hasta a los terapeutas. Las personas con este tipo de TOC, presentan una sensibilidad aumentada y focalizada en su genitales o cualquier tipo de reacción sexual (41), llevándolos a malas interpretaciones de lo que sienten, confunden tensión ansiosa con tensión sexual, los movimientos normales testiculares con una clara respuesta de excitación, los fluidos normales de la vagina con una reacción de lubricación sexual, etc. Es importante ayudarlos a distinguir entre una reacción sexual y los síntomas somáticos de ansiedad, repasar la respuesta sexual normal para su sexo y la relación entre placer y sexualidad (40, 41).

Los terapeutas tienden a realizar una serie de errores al momento de abordar el tratamiento del TOC de contenido sexual. Primero, centralizar la evaluación y orientar el tratamiento a un caso de abuso sexual, conectándose con la angustia y valorando la depresión perdiendo de vista el TOC. Segundo, preocuparse por el riesgo de abuso, llevando a la valoración reiterativa del mismo, impulsividad, reforzando la idea del paciente del riesgo de poder llegar a actuar lo que piensa y aumentar de esta manera las preocupaciones obsesivas. Tercero, por el punto anterior, el terapeuta se rehúsa a exponer al paciente, favoreciendo las conductas evitativas, o incluso indicando la evitación de todo tipo de situación que pudiera gatillar la idea obsesiva, lo que implica imposibilitar al paciente el acceso a la terapia más efectiva. Cuarto, interpretar las ideas obsesivas como pulsiones sexuales reprimidas. Este último error es muy frecuente entre los terapeutas con orientación psicodinámica, generando empeoramiento del cuadro obsesivo, mayor angustia y condicionamiento de la conducta, cuadros de depresión con ideas de muerte e ideación suicida, en sí mismo es un acto de iatrogenia psicoterapéutica.

Los adultos u adolescentes que presentan ideas obsesivas de contenido sexual en relación a la posibilidad de abusar de alguien menor de edad, generan conductas evitativas rígidas y sostenidas en el tiempo, como evitar estar cerca de un chico, de haber un menor en la casa quedarse encerrado en el cuarto, abandonar el colegio, no saludar a los parientes menores de edad, renunciar al trabajo si implicaba la posibilidad de abuso de un niño (maestros, profesores, niñeras, psicopedagogas, etc), no pasar por enfrente de colegios, plazas o lugares donde se encuentren niños, etc.

El tratamiento cognitivo-conductual para las ideas obsesivas de contenido sexual es muy efectivo, debe incluir la exposición y prevención de respuesta (exposición en vivo, imaginaria, valorando la situaciones más estresantes y jerarquizándolas para diagramar la estrategia de exposición) en caso de presentar depresión valorar el riesgo suicida y medicar consecuentemente, realizar psicoeducación con el paciente y la familia, incluir a la familia o pareja en la terapia para eliminar la conducta de reaseguro, bajando el nivel de dependencia (15).

En los últimos tiempos se está presentado un grupo de pacientes con TOC de un contenido particular, en lugar de presentar las clásicas dudas en relación a si dejaron bien cerrada la puerta, el gas o desenchufados los artefactos eléctricos; el contenido de la idea obsesiva son planteos recurrentes acerca del amor que tienen hacia su propia pareja y dudas, a su vez, de si ese amor es real, si aman realmente a la pareja. Estos pensamientos son causantes de un intenso malestar, y en muchos casos de la ruptura de la pareja. Igual que cualquier otro proceso obsesivo, genera mucha ansiedad y compulsiones, llevando a los sujetos que la padecen a pasar gran cantidad de tiempo pensando e intentando deducir mediante pruebas a uno mismo, si están enamoradas de su pareja o no. Estas obsesiones van creciendo al igual que la ansiedad que generan, disminuyendo la calidad de vida y de la relación de pareja. En su mayoría son mujeres, y esta forma particular de presentación empieza a conocerse como "TOC de amores". La clave, es la duda, el miedo que se suscita en la persona que lo padece es que "ya no va a seguir queriendo a su pareja". Este miedo se relaciona directamente con una idealización ficticia del amor.

Las pacientes, por lo general presentan rituales mentales, como: analizar cuanto lo quieren, las razones por lo cual él se merece ser querido, compara con lo que sintió por otros hombres; o bien una mezcla de conductas comprobatorias (chequeadoras) con un componente mental, y acá es cuando entre el juego la sexualidad. Las pacientes ante la duda realizan sus rituales mentales, o si esta la pareja presente le dan un beso para "comprobar que es lo que siente por él", generando una situación forzada y generadora de ansiedad y angustia lo que refuerza la duda; lo mismo pasa en el encuentro sexual, están chequeando cuan excitadas están frente al estímulo de la pareja, si pueden llegar al orgasmos o no, si siente deseo real por él, si en su fantasías aparece otro hombre o no, y otra vez se refuerza la idea obsesiva ya que todo este planteo en pleno encuentro sexual les impide poder disfrutar de la situación apareciendo retraso en el tiempo para llegar al orgasmo o anorgasmia, dispareunia (dolor durante el acto sexual), disminución del deseo o bien directamente una conducta evitativa de todo tipo de contacto amoroso por todo el malestar que gatilla cada encuentro.

Otra manera de presentarse es por la idea obsesiva “de no amar más a la pareja”. Estas dudas constantes sobre si han dejado de querer a su pareja “comen” literalmente a las personas con “TOC de amores” y las agotan mentalmente, tal y como ocurre con la mayoría de las ideas obsesivas de los distintos tipos de trastorno obsesivo-compulsivo.

En el “TOC de amores” es frecuente que las personas que lo sufren se pregunten repetidamente si su actual pareja es realmente la persona adecuada para ellas y si verdaderamente la quieren o no. En general, la mayoría de las personas son conscientes de que las parejas pasan por épocas mejores y épocas peores. Sin embargo, las personas que sufren “TOC de amores” con frecuencia son incapaces de reconocer esto: si no sienten intensamente en cada minuto atracción y deseo hacia su pareja, piensan que ya no están enamorados y que han dejado de quererla.

La inmensa mayoría de las pacientes tienen características obsesivas de personalidad o bien directamente cumplen con criterios de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Esta forma de ser obsesiva, lleva a tener una visión rígida y perfeccionista de la relación, con una concepción dicotómica del afecto donde se siente un amor absoluto- pleno o de lo contrario implica que no se quiere a la persona. Se basan en ideales utópicos, está bastante relacionado con la visión romántica y perfeccionista que la sociedad actual ha creado en numerosas personas, las cuales ante una relación imperfecta como cualquier otra, tienden a compararla con canciones, poemas, e incluso lo que ellos mismos piensan que debería ser el amor.

Por lo general la paciente se encuentra en una relación sólida, que les proporcionan una estabilidad, seguridad y amor, que les lleva a la necesidad de dudar de la relación en sí. Paradójicamente, esto les genera mayor ansiedad y angustia, el planteo es: “si no puede tener la certeza de estar enamorada de una persona tan buena, no me voy a poder enamorar de nadie”, “él no se merece que yo tenga esta duda”. Uno de los mayores temores es “ser responsable de la ruptura amorosa” y “el daño que esto le generaría a su pareja y familia”. En otras ocasiones, deriva en rupturas temporales o permanentes. Las personas con TOC

de amores llegan a poner fin a relaciones de pareja que son perfectamente adecuadas para ellas sólo porque consideran que sus sentimientos hacia la pareja no son como ellos piensan que deberían ser. Cuando esto sucede, es decir, cuando terminan con su relación de pareja, a menudo no tienen una idea clara de porqué lo hacen (aparte del hecho de que sus sentimientos no son los correctos) y no son capaces de dar una explicación coherente si se les pregunta.

Así como los paciente con TOC de predominio de ideas de contaminación sufren un aumento de la frecuencia e intensidad de las ideas obsesivas de contaminación al tener que asistir a un hospital para sacarse sangre, consultar con el clínico o visitar un conocido, etc; en el “TOC de amores” puede activarse por diferentes tipos de pensamientos e imágenes y esto, a menudo, varía de paciente en paciente. Películas, programas de televisión y canciones pueden actuar como fuertes desencadenantes (situaciones gatillo). Al ver las películas o escuchar las canciones, las personas con “TOC de amores” comienzan a preguntarse porque su relación no refleja “la conexión emocional profunda” que aparece en la pantalla o en la canción, sin tener en cuenta que éstas suelen estar idealizadas y son poco realistas, por lo que acaban convenciéndose a ellas mismas de que su relación de pareja no funciona porque no les pasa lo mismo, estas relaciones llegan a ser tan obsesivos que toman la decisión de terminar con la pareja.

Otras personas se comparan con lo que ven a su alrededor, especialmente con otras relaciones de pareja próximas (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.)

Además de los pensamientos obsesivos que he comentado también es frecuente que las personas con “TOC de amores” experimenten intrusiones visuales (imágenes mentales) que actúan como un pico de activación. Por ejemplo se imaginan besando a otra persona y se atormentan con la idea de que están siendo infieles.

Este tipo de modalidad de TOC responde bien a la terapia cognitivo-conductual, en definitiva sería una variante del TOC en donde predomina la duda y la necesidad de chequear. Se aplica las mismas técnicas de que si se tratase de una persona que no puede retirarse del hogar sin chequear el gas, o si tuviese que

chequear la puerta repetidamente para cerciorarse de que está bien cerrada. Muy frecuentemente se acompaña el tratamiento de medicación anti-obsesiva, además para tratar la depresión que habitualmente acompaña este tipo de cuadros.

### **Relación entre efectos adversos sexuales de la medicación, el TOC y la sexualidad.**

Varios neurotransmisores están involucrados en la respuesta sexual. La dopamina (DA) incrementa la libido y promueve la erección cuando la serotonina (5HT) inhibe la eyaculación y el orgasmo. El receptor post-sináptico 5HT<sub>2C</sub> de la medula espinal, cuando es activado, inhibe el orgasmo en el hombre y la mujer, pudiendo llegar a causar anorgasmia, La estimulación de los receptores  $\beta$ -adrenérgicos favorecen la erección cuando la activación de los receptores  $\alpha$ -adrenérgicos reduce la tumescencia. Teniendo en cuenta que los psicofármacos utilizados en el tratamiento del TOC, actúan favoreciendo la actividad serotoninérgica, o bloqueando los receptores dopinérgico; se entiende que la aparición de los efectos adversos sexuales (EAS), son producto del mecanismo de acción propio del psicofármaco.

Revisiones recientes dan cuenta de lo alta de la prevalencia de la disfunción sexual producida por las antidepresivos, del 35% al 50% (36), llegando a existir reportes del 70% (43). De esta manera, se asume que más de la mitad de los pacientes tratados por presentar TOC va a desarrollar EAS debido al uso de ISRS. La evidencia da cuenta que la paroxetina podría llegar a generar más EAS que el resto de los ISRS, y la fluvaxamina tendría cierta ventaja con respecto a la generación de disfunciones sexuales (26, 44).

Del resto de los antidepresivos que se han utilizado en el tratamiento del TOC previo a la era de los ISRS, tanto los IMAOs (Inhibidores de la monoaminoxidasa) como los antidepresivos tricíclicos (ATC) están asociados a la aparición de EAS (36, 43). De hecho la clomipramina (el ATC más serotoninérgico de todos), uno de los mejores fármacos antiobsesivos, está relacionado a la aparición de un marcado retraso en la aparición del orgasmo y hasta anorgasmia en casi un 90% de los sujetos que lo toman en el tratamiento del TOC (25).

En Estados Unidos se realizó un estudio observacional con 6000 pacientes que consultaron con su médico clínico, se constató en los que puntualmente estaban medicados con antidepresivos una prevalencia promedio de disfunciones sexuales del 37%, con un rango del 22% al 43%. Entre los antidepresivos que eran consumidos por más de 500 pacientes, la tasa de prevalencia fue significativamente superior para paroxetina, venlafaxina XR, sertralina, fluoxetina y citalopram en comparación al bupropion SR (9). El estudio demostró una relación dosis dependiente, a mayor dosis mayor prevalencia de EAS, lo cual hay que tener en consideración en la población de los pacientes con TOC dado que los mismos reciben dosis mayores de ISRS. Existía una diferencia entre los EAS percibidos por los médicos y los luego constatados al entrevistar al paciente específicamente sobre los mismos, infiriéndose en líneas generales que las disfunciones sexuales están subdiagnosticadas por los médicos clínicos. Incluso la prevalencia observada es mayor a la que figura en los prospectos de los productos, dado que en éstos se registra los reportados espontáneamente por los pacientes.

Es importante determinar que EAS aparece durante el tratamiento con ISRS, el registro previo de disfunciones sexuales debidas al TOC o los trastornos comórbidos. Los síntomas sexuales son muy frecuentes en la depresión (disminución de la libido, disfunción eréctil, anorgasmia, etc) como así en TOC, el registro de los mismos nos permite distinguir el origen de la disfunción sexual a su vez elegir el tratamiento adecuado para resolverla. Esta es una de las dificultades que encuentran los investigadores a la hora de determinar la presencia de efectos adversos producidos por los ISRS, si las disfunciones sexuales son previas o no a la inclusión de la medicación antidepresiva. A su vez es un desafío en la terapéutica, dado el origen multicausal de las disfunciones sexuales y la repercusión en la persona de la presencia de la mismas, no se trata de revertir solamente el efecto de un mecanismo de acción, sino de las consecuencias psicológicas que generó el EAS, las inseguridades, la conducta evitativa, la ansiedad de performance, etc.

La persistencia de disfunción sexual previa al inicio del tratamiento, puede deberse a una respuesta parcial al tratamiento antidepressivo, en los casos en el que el TOC se presente comorbido, más que al efecto adverso en sí mismo; o bien a la intensidad de las ideas no ha reducido con lo que mantiene el condicionamiento más allá de haber disminuido la frecuencia de las mismas.

Una revisión reciente de la literatura publicada en relación a los ISRS, determino que absolutamente todos generan disfunciones sexuales, en función de la frecuencia de presentación en los pacientes que están medicados con ISRS, podemos citar: disminución de la libido 20% (35), disfunción eréctil 10% (34), y el más frecuente de todos es la anorgasmia o retraso del orgasmo en la mujer y el retraso de la eyaculación o la imposibilidad de la misma en el hombre que se presentan en un 30-40% de los pacientes (36).

Como dijimos las disfunciones sexuales pueden deberse al EAS de un ISRS o bien estar presentes previo a la administración de los mismos. Por esto, es importante una detallada historia clínica donde se incluyan preguntas entorno a la calidad de la sexualidad de la persona previa a la administración de cualquier fármaco, más si se va a administrar un psicofármaco. Ante la presencia de una disfunción sexual, es muy importante registrar cuando comenzó la sintomatología y la progresión de la misma. Por ejemplo, pacientes con trastorno límite de la personalidad pueden presentar antecedentes de abuso sexual en la infancia y exteriorizar problema de relación, desarrollando una disfunción sexual persistente como el vaginismo. Un adulto con ansiedad social severa, puede no haber tenido nunca una relación sexual y sus dificultades sexuales pueden ser debidas a la falta de experiencia más la ansiedad que involucra relacionarse con alguien y exponerse a una situación de intimidad. Una de las causas más frecuentes de disminución de la libido y disfunción eréctil es la presencia comórbida de abuso o adicción al alcohol. Las adicciones a otras sustancias como anfetaminas y marihuana pueden generar disfunciones sexuales, más frecuente la disminución de la libido.

La disminución de la libido se puede deber a una causa hormonal, como la reducción de la concentración de estrógenos en la mujer o testosterona en ambos

sexos. La mujer mayor, en menopausia el adelgazamiento de la mucosa vaginal y la falta de lubricación favorece la aparición de dispareunia. Los trastornos clínicos comorbidos como diabetes o desórdenes neurológicos degenerativos son causas frecuentes, dado que afectan las vías neurológicas que controlan la respuesta sexual, resultando en anorgasmia, disfunción eréctil y/o trastornos en la eyaculación. Cualquier lesión seria puede afectar la libido y el funcionamiento sexual. Afecciones físicas, como quemaduras o mastectomía, pueden impactar en la percepción que tiene el individuo de sí mismo como objeto de deseo. Los problemas prostáticos en el hombre, particularmente la prostatectomía total, frecuentemente generan disfunción eréctil -58%- (46), pero es menos común en la cirugía de la hiperplasia prostática benigna -13%- (27).

Para un funcionamiento sexual adecuado se requiere salud física y psicológica, si alguna de ellas está afectada se podrá padecer cualquier tipo de disfunción sexual. Problemas con la pareja actual, dificultades para mantener una relación amorosa, o tensión crónica con la pareja van a redituar en algún problema en la sexualidad de la pareja o un miembro de la misma.

Los fármacos antiobsesivos o antidepresivos no son los únicos que pueden generar EAS, los antipsicóticos pueden afectar la sexualidad por el bloqueo de los receptores dopaminérgicos, el aumento de la prolactina y la acción indirecta sobre hormonas y otros neurotransmisores. Dentro de los remedios que frecuentemente originan EAS, están las benzodiacepinas, los antihipertensivos (bloqueadores  $\beta$ , los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueantes de calcio), antiepilépticos (incluyendo los que se usan en psiquiatría como estabilizadores del ánimo), los agentes utilizados para el tratamiento de la hiperplasia prostática y las drogas de abuso social (alcohol, marihuana, anfetaminas, cocaína, etc) (37).

Si tenemos en cuenta que la persona con TOC presenta comorbilidad con algún trastorno psiquiátrico como regla y lo resistente que es el TOC al tratamiento farmacológico, es probable que el paciente vaya a estar tomando más de un grupo de psicofármacos, llegando a ser 4 fármacos distintos o más los que debe ingerir el individuo. Además de ser un ser humano que padece de otras dolencias físicas

o clínicas que ameritan ser tratadas, con los remedios subsecuentes, los problemas de relación que apareja el TOC, la poca experiencia sexual que tienen la mayoría de los pacientes severos, vamos a tener que sopesar muchos factores antes de endilgar la disfunción sexual a la toma de los ISRS.

### **Conclusión:**

La sexualidad humana es amplia y no se resumen tan solo al acto sexual. Hablar de disfunciones sexuales, es poner la mirada en tan solo un aspecto problemático de la misma. Al aproximarnos a la relación entre el TOC y una parte indivisible de la persona como es su sexualidad, quiero resaltar aquellos aspectos que a muchos colegas les pasan inadvertidos. Es un desafío pensar en la totalidad de la persona al estar frente a cuadros psiquiátricos sumamente severos, a veces con síntomas aberrantes. Para tratar a una persona con TOC hay que poder ayudarlo a aproximarse a su sexualidad, rehabilitar los recursos sociales e interpersonales, y desde allí tener otra actitud frente a la vida. Al medicar a un paciente obsesivo hay que pensar tanto en los efectos adversos sexuales como en la eficacia del tratamiento instaurado, de otra manera se limitara el alcance del bienestar, incluso atentando contra la continuidad del tratamiento.

La psicopatología es mucha más que el DSM-5 y sus antecesores, tener un criterio amplio del diagnóstico, teniendo en cuenta lo dimensional, favorece un buen resultado terapéutico.

### **Bibliografía**

1. Abbey RD, Clopton JR, Humphreys JD. Obsessive-Compulsive Disorder and Romantic Functioning. *Journal of Clinical Psychology*. 2007; Vol. 63 (12): 1181-1192.
2. Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoglu, C., Oflu, S., & Ozaltin, M. Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2001; 27, 273–277.

3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, (DSM-5). American Psychiatric Publishing, 2013
4. Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., et al. Obsessive–compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2004; 250: 262–268.
5. Baer L. *The Imp of the Mind: Exploring the Silent Epidemic of Obsessive Bad Thoughts*. New York: Dutton; 2001
6. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, et al. Metaanalysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1532–1542.
7. Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., et al. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive–compulsive and schizophrenic disorders. *Depression & Anxiety* 2001; 14: 214–218.
8. Chelune, G. J., Sultan, F. E., Williams, C. L. Loneliness, self-disclosure, and interpersonal effectiveness. *Journal of Counseling Psychology* 1980; 27: 462– 468.
9. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants *J Clin Psychiatry* 2002; 63:357\_366.
10. Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H., & Zitterl, W. Obsessive–compulsive disorder and depression. *Psychopathology* 1993; 26: 145–150.
11. Emmelkamp, P. M. G., & De Lange, I. Spouse involvement in the treatment of obsessive– compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy* 1983; 21: 341–346.
12. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, et al. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 90–96.
13. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, et al. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental

- stability, and co-occurring psychiatric conditions. *Am J Psychiatry* 2009;166:329–336.
14. Geller DA, Biederman J, Faraone S, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Men Dis* 2001; 189: 471–477.
  15. Gillihan SJ, Williams MT, Malcoun E, et al. Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2012; 1: 251–257.
  16. Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., et al. Prevalence, quality of life and psychosocial functioning in obsessive–compulsive disorder and subclinical obsessive–compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2000; 250: 262–268.
  17. Grant JE, Pinto A, GunnipM, et al. Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 325–329.
  18. <https://www.youtube.com/watch?v=-c25lo2Kqnc>
  19. Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. Quality of life for patients with obsessive– compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 78–788.
  20. Krueger RB, Kaplan MS. Behavioral and pharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice* 2002; enero 8, 21-32.
  21. Labad J, Menchon JM, Alonso P, et al. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety* 2008; 25: 832–838.
  22. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 773–778.
  23. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 228–238.

24. Miller, L., & Davila, J. Romantic dysfunction among OCD patients. Paper presented at the Annual Conference for the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA. 2001, November.
25. Monteiro W, Noshirvani N, Marks I. Anorgasmia from clomipramine in obsessive compulsive disorder: a controlled trial. *Br J Psychiatry* 1987; 151:107\_112.
26. Montejo-Gonzalez A, Llorca G, Izquierdo J et al. SSRI induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicentre and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther* 1997; 23:176\_194.
27. Nehra A. Selecting therapy for maintaining sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2005, 96:237-243
28. Newth, S., & Rachman, S. The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39: 457– 464.
29. Pérez Rivera R, Borda T. Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Ansiedad y Depresión. *Anxia* 2011: 38-46
30. Pérez Rivera R, Borda T. Trastorno Obsesivo-Compulsivo, desde los conocimientos actuales a la práctica clínica. En prensa 2014
31. Prager, K. J. *The psychology of intimacy*. New York: Guilford Press. 1995
32. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15: 743–758.
33. Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 1995; 9: 249–256.
34. Segraves R, Kavoussi R, Hughes A et al. Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20:122-128.
35. Segraves R. Recognising and reversing sexual side effects of medications. In: Levine SC, Risen C, Althof S, eds. *Handbook of clinical sexuality for*

- mental health professionals. New York, NY: Brunner-Routledge, 2003:377-392.
36. Segraves R. Sexual dysfunction associated with antidepressant therapy. *Urol Clin North Am* 2007; 34:575\_579.
  37. Smith S. Drugs that cause sexual dysfunction. *Psychiatry* 2007; 6:111\_114.
  38. Sorensen, C. B., Kirkeby, L., & Thomsen, P. H. Quality of life with OCD: A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nordic Journal of Psychiatry* 2004; 58: 231–236.
  39. Torres AR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrao YA, et al. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 2011; 72:17–26; quiz 119–120.
  40. Veale D, Freeston M, Krebs G, et al. Risk assessment and management in obsessive-compulsive disorder. *Adv Psychiatr Treat* 2009; 15:332–343.
  41. Warwick HM, Salkovskis PM. Unwanted erections in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 919–921.
  42. Welkowitz, L. A., Bond, R. N., & Anderson, L. T. Social skills and initial response to behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Phobia Practice and Research Journal* 1989; 2: 67–86.
  43. Werneke U, Northey S, Bhugra D. Antidepressants and sexual dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 384-397.
  44. Westenburg HGM, Sandner C. Tolerability and safety of fluvoxamine and other antidepressants. *Int J Clin Pract* 2006; 60:482-491.
  45. Williams MT, Farris SG. Sexual orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *Psychiatry Res* 2011;187:156–159
  46. Wilt TJ, MacDonald R, Rutks I, Shamliyan TA, Taylor BC, Kane RI. Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. *Ann Intern Med* 2008; 148: 435-448.