

SEXUALIDAD DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Sexuality of patients with compulsive obsessive disorder

IRIMAK G. AMAYA-CHACÍN

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela

<https://orcid.org/0009-0005-8042-574X>

E-mail: irimakamayachacin@hotmail.com

Admisión: 12-01-2024

Aceptación: 21-03-2025

DOI:

RESUMEN

Para comprender la experiencia de la sexualidad de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, se realizó un estudio en el paradigma interpretativo, investigación cualitativa y método fenomenológico. Los informantes clave fueron dos mujeres y un hombre diagnosticados, participantes de una entrevista semiestructura individual. La información fue interpretada mediante el método hermenéutico-dialéctico, con procesos de categorización y triangulación de expertos. Derivó del análisis un tema generador: sexualidad en pacientes con TOC; con cuatro categorías: concepción de la sexualidad, las limitaciones del placer, el sexo a solas y las expectativas con la pareja. La sexualidad es referente de ambigüedad y peligro, los actos eróticos son prohibidos por considerarse sucios o contaminantes, el temor extremo al contacto físico; aluden a la formación de concepciones propias sobre la sexualidad. Esto los lleva a realizar actos de limpieza o purificación luego de prácticas sexuales, que suelen molestar a sus parejas, pero que para ellos son obligatorios.

Palabras clave: sexualidad, pacientes, diagnóstico, trastorno obsesivo compulsivo.

Abstract

To understand the experience of sexuality of patients with obsessive - compulsive disorder, was conducted a study was conducted in the interpretive paradigm, qualitative research and phenomenological method. The key informants were two diagnosed women and men, participants in an individual semi-structured interview. The information interpreted using the hermeneutic-dialectic method, with expert categorization and triangulation processes. Was derived a generator theme from the analysis: sexuality in patients with OCD; with four categories: conception of sexuality, the limitations of pleasure, sex alone and expectations with the partner. Sexuality is a reference of ambiguity and danger, erotic acts are prohibited as dirty or contaminating, extreme fear of physical contact; they refer to the formation of their own conceptions of sexuality. This leads them to perform acts of cleaning or purification after sexual practices, which usually annoy their partners, but which are mandatory for them.

Keywords: *sexuality, patients, diagnosis, compulsive - obsessive disorder.*

COMO CITAR: Amaya-Chacín, I.G. (2025). Sexualidad de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. *Sistemas Humanos*, 5(2) 58-71.

INTRODUCCIÓN

En el complejo entramado que define la naturaleza humana, se encuentran factores diversos, con semejanzas y diferencias entre sí, de orden biológico, psicológico, social, espiritual, cultural y sexual, que tienden a caracterizar el comportamiento de la persona en los distintos ambientes donde se desenvuelve y que son partícipes en las decisiones que toma en los aspectos que le permiten vivir una vida plena, en ejercicio de sus derechos y con satisfacción vital. Uno de los más importantes aspectos es la sexualidad. Quizá por todo el tabú que representa lo sexual, por ser algo que se busca dejar en lo oculto, sobre lo cual, aún, existen mitos, se ha convertido en un tema de interés para numerosas investigaciones, especialmente de índole psicológica, pues como indica Rubio (1996), la sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y su interacción con el grupo le hacen vivir, es decir, hay una construcción social de la realidad.

De esta manera, aspectos no solo biológicos como se creía en otras épocas, llegan a determinar la sexualidad en el ser humano, por lo que se puede hablar de una conjugación de factores biológicos, psicológicos y de personalidad como definitorios del comportamiento sexual. Al respecto, McCary (1996), explica que los comportamientos y cuestiones sexuales están influidos de modo considerable por las creencias, pensamientos y percepciones que un individuo tenga sobre este tema y cuando estos aspectos se desbocan, puede existir un proceso profundo irracional o mal encausado. Es de suponer, por tanto, que cuando la persona padece algún tipo de trastorno de la salud mental su perspectiva hacia este terreno toma otros matices que se relacionan con su psique.

Ejemplo de ello se puede encontrar en las personas que han sido diagnosticadas con Trastorno Obsesivo Compulsivo o TOC. Primeramente, se destaca que la APA (2014), define el mismo como la presencia de dos elementos: las obsesiones y las compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados; mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.

En complemento, Pérez y Borda (2011), plantean que 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, porque deteriora la calidad de vida del paciente y su entorno de manera importante. 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. Es importante recordar que este trastorno tiende a ser crónico, con tendencia a intensificarse e improbable que se resuelva por sí mismo, sin el tratamiento adecuado y ofrecido por los profesionales especializados.

La relación entre el TOC y la sexualidad queda en evidencia en estudios como los realizados por Martí (2013) y Pérez (2013), quienes encontraron que la severidad de los síntomas del trastorno se asocia con el comportamiento sexual de los pacientes, pues cuando

estos se incrementaban se producían mayores pensamientos negativos, ideas intrusivas sobre el otro y el deseo de intimar era disminuido. Incluso, algunos refirieron no tener ningún tipo de actividad sexual, que sus relaciones eran escasas y experimentaban ausencia de placer o deseo.

En investigaciones de mayor data, pero cuyos resultados vale la pena destacar, Menchón (2003) y Aksaray, et.al. (2001), reportaron que las personas diagnosticadas con TOC reflejaron en extremo la obsesión con la contaminación, además de aspectos relacionados con simetría y exactitud en el encuentro sexual que perjudicaban el mismo, incluso con anorgasmia en las mujeres. Entonces, ambos estudios coinciden en afirmar que el trastorno es un factor de riesgo para la sexualidad y la satisfacción sexual.

Por tanto, es probable que los pacientes con TOC presenten alteraciones en su comportamiento sexual, como reflejan los resultados de las investigaciones citadas, y bien pudieran estar relacionadas con la patología psicológica que padecen y con la forma en la cual manejan su sexualidad individual y con la pareja. Es por ello que estas personas, desde el agravante de sus síntomas, suelen referirse a su sexualidad en términos ambiguos; las imágenes repetitivas de actos eróticos “prohibidos”, las dudas 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.

Bajo esta perspectiva, se tiene a bien realizar una investigación que ayude a conocer cómo es la experiencia de estas personas respecto a su sexualidad, pues si bien existen algunos referentes importantes, la literatura sobre el tema no es tan abundante por lo cual se considera necesario pretende aclarar dudas con respecto a cómo es la vida sexual de un paciente con la patología, cómo fue criado, cómo son sus relaciones interpersonales, cómo vive, cómo maneja sus círculos sociales, y en este sentido se pueda observar si estos elementos incidieron en el trastorno. Así mismo se pretende que esta interrogante genere más información sobre este tipo de patología más allá de una estadística sino el lado humano de quien padece la enfermedad.

Otras de las razones que encaminan esta investigación es lo poco que se conoce de este trastorno en cuanto a lo que origina la evitación sexual por parte del paciente diagnosticado; cada caso es muy particular y la fenomenología, por ende, es diferente para cada paciente, es por ello que se considera que se debe estudiar cada posible elemento que pudiese encontrarse inmerso en él, en esta oportunidad la sexualidad. También es importante mencionar la divergencia existente en resultados de investigaciones anteriores, con respecto al fenómeno que se estudia; los cuales muestran una contradicción entre ellos sobre el comportamiento sexual de estos pacientes. Por tanto, es necesario investigar sobre: ¿Cómo es la experiencia de la sexualidad de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo?; cuestión que se establece como propósito comprender la experiencia de la sexualidad de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la investigación bajo el paradigma interpretativo, pues esto permitió generar conocimientos con base en la interpretación de las vivencias de los involucrados. Se recurrió a la investigación cualitativa, para considerar el contexto natural: los hechos tal y como los experimentan los actores sociales. Por otro lado, se empleó el método fenomenológico, adscrito a la investigación cualitativa, dado que el fenómeno “experiencia de la sexualidad” se estudia

desde la comprensión que quienes lo viven o han vivido tienen del mismo: pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.

Los informantes clave, seleccionados con intencionalidad, debían: estar diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo y acudir a consulta psicológica, se totalizaron tres personas, una mujer de 33 años, otra mujer de 30 años y un hombre de 29 años, todos ubicados en la consulta de un hospital de Maracaibo, estado Zulia. A cada uno de ellos, por separado, se les realizó una entrevista semiestructurada, en el consultorio psicológico referido, la cual fue dirigida por la investigadora. El ambiente se consideró agradable, luminoso, con temperatura acorde, se proporcionó agua al entrevistado. Tuvieron una duración promedio de 20 minutos. Cabe destacar que los pacientes firmaron el consentimiento informado para su participación.

Las entrevistas fueron transcritas en un formato especialmente creado para el fin, en un programa computarizado. Luego de tener la transcripción fidedigna inició el proceso de categorización, dando interpretación al contenido mediante el método hermenéutico-dialéctico. Además, fueron entregadas a los trianguladores expertos: un psicólogo-sexólogo, un psicólogo clínico y un médico. Por último, se confrontaron las opiniones para proceder a la elaboración de la matriz de categorías final y la graficación.

Cabe destacar que fueron considerados aspectos éticos fundamentales en la realización de la investigación, desde el consentimiento informado de cada uno de los participantes, así como el resguardo de su nombre y datos de identificación, resguardados por la confidencialidad y anonimato de sus narrativas. Todo lo publicado son extractos que no se pueden asociar con ninguna persona en particular. Asimismo, se deja claro que, para evitar plagios, cada texto tomado de otros autores estuvo debidamente referenciado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación cualitativa, fue comprender la experiencia de la sexualidad de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, por lo cual se entrevistaron, de forma separada, tres personas diagnosticadas que asistían a consulta psicológica. Adultos jóvenes, dos mujeres y un hombre, como se ha explicado con anterioridad. Una vez se sometieron las entrevistas a la triangulación de expertos, se confrontaron las opiniones emitidas por los mismos, lo cual permitió llegar a un tema generador: Sexualidad en Pacientes con TOC, que abarcó cuatro categorías que se observan en la Figura 1 y fueron denominadas: concepción de la sexualidad, las limitaciones del placer, el sexo a solas y las expectativas con la pareja.

Figura 1
 Sexualidad en pacientes con TOC



Categoría 1: Concepción de la Sexualidad: las personas con TOC, tienen una percepción de la sexualidad diferente a la de personas sin el trastorno. Para ellos, el sexo es un acto de confianza, intimidad y consenso, más que un encuentro solamente carnal, de caricias o pasión; donde los involucrados deben comprender las necesidades del otro, lo que haría bien; en función de obtener placer y disfrutar el encuentro pasional desde la satisfacción psicológica y emocional, no solo lo físico. Se trata de un acto natural, pero que en su condición se determina con ansiedad e incomodidad por el contacto, lo que pudiera afectar el desempeño sexual y cómo satisfacen al otro. La Figura 2 muestra las subcategorías que se obtuvieron: a) la intimidad, b) la incomodidad del contacto, c) la inexperiencia y d) una cuestión de controles.

Figura 2
 Categoría 1: Concepción de la Sexualidad

Subcategoría a. La intimidad	Subcategoría b. La incomodidad del contacto
Categoría N° 1: Concepción de la Sexualidad	
Subcategoría c. La inexperiencia	Subcategoría d. Una cuestión de controles

Subcategoría a: la intimidad, para los pacientes con TOC, el acto sexual es intimidad. Lo definen en términos de un acto consensuado, que ocurre entre dos personas que reconocen la importancia del mismo y saben que en este se sentirían agradadas, cómodas y satisfechas. No se ve como un acto que solo proporcionaría placer a una de las partes o que se hace por complacer a otros. Destaca así lo recíproco: el sexo es decisión. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo.

“...para mí la sexualidad es un acto íntimo de un hombre y una mujer por lo menos en mi caso que soy heterosexual es como tener intimidad con tu pareja cuando se tiene confianza cuando se tiene tiempo juntos cuando llegan a un acuerdo mutuo llevar a cabo el sexo pues eso para mí es la sexualidad...” (I3, L: 42-46).

Subcategoría b: la incomodidad del contacto, los síntomas asociados al TOC se dejan ver al momento del acto sexual y la forma en la cual se concibe la sexualidad por parte de las personas que han sido diagnosticadas. Se rehúsa a ser tocado y tocarse a sí mismo, porque esto suele generar más asco que placer; lo cual representa un problema para lograr la intimidad con la que se describe un encuentro de este tipo. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo:

“...yo veía que no podía tener relaciones porque no me sentía cómodo porque me daba asco porque no quería que me tocarán en el pene y mucho menos tocármelo...” (I1, L: 50-52).

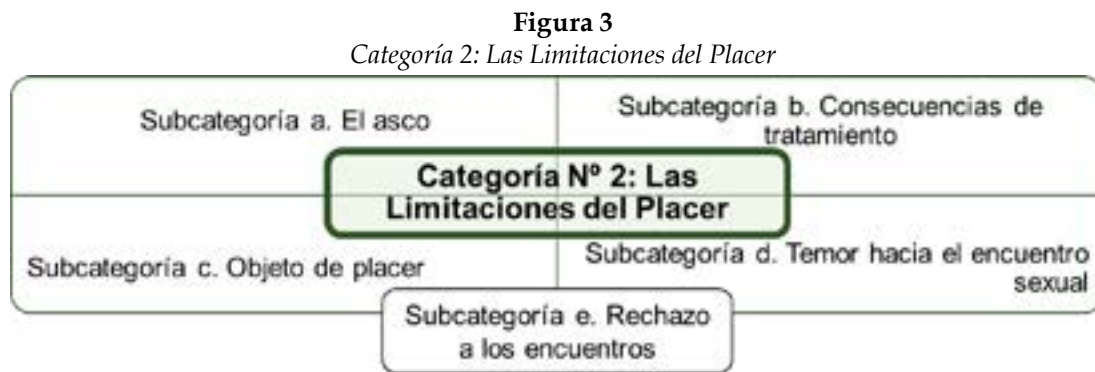
Subcategoría c: La inexperiencia, por las propias condiciones de la persona diagnóstica con TOC, como su obsesión por la limpieza, el temor de que alguien lo contamine o no sentirse suficientemente limpios, estos pacientes suelen tener poca experiencia en el área sexual, lo que no permitía comprender, al menos al inicio, que había algo fuera de lo normal. El acto se llevaba a cabo con miedo e incertidumbre, cuestión que afectaba negativamente la satisfacción. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo.

“...beso, intimidad principio era normal así lo veía yo pensaba que eso estaba bien porque nunca había estado con nadie, pero al mismo tiempo yo estaba muy nerviosa y sentía mucho miedo de que yo no estuviera limpia para el de que siempre estuviera sucia de que él me fuera a contaminar y yo lo contaminar a él...” (I2, L: 44-48).

Subcategoría d: una cuestión de controles, la sexualidad se concibe como una cuestión que debe ser controlada, pues no se deben tener comportamientos fuera de lugar por parte de la pareja, que incomoden o causen aversión a la práctica sexual, como toques, roces, caricias. Esto muchas veces, se refleja en tratar de dirigir lo que el otro hace dentro del encuentro sexual, como si se tratara de seguir órdenes. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo.

“...prefería hacer el amor con la luz apagada para que no pudiera verme desnuda y le daba órdenes de cómo quería que fuera, pero era toda llena de miedo igual no me estaba sintiendo feliz y complacida mi marido se arrechaba...” (I3, L: 71-75).

Categoría 2: Las Limitaciones del Placer: los síntomas y manifestaciones del TOC, como el necesitar lavarse todo el tiempo, estar y sentirse limpio, el temor por los gérmenes, el orden excesivo, entre otros; afectan considerablemente la forma en la cual se ejerce la sexualidad en las personas que han sido diagnosticadas con el trastorno. Vivencia limitaciones en su placer, el cual muchas veces no es alcanzado, sino que, por el contrario, experimentan displacer y desagrado en el contacto sexual, lo que los conlleva a abstenerse de tener relaciones como una forma de evitar el malestar que estas le generan. La Figura N° 3 muestra las subcategorías que se obtuvieron al respecto: a) el asco, b) consecuencias del tratamiento, c) objeto de placer, d) temor hacia el encuentro sexual y e) rechazo a los encuentros.



Subcategoría a: el asco, un limitante de la satisfacción sexual y de la experimentación de placer en las personas con TOC es el sentir asco. Los pacientes refieren que los fluidos corporales, el tocar el propio genital y el del otro, algunas prácticas como el sexo oral, generan repugnancia y, por tanto, su placer se ve disminuido pues se deben tener ciertas condiciones al momento del acto sexual que minimicen la sensación y esto podría afectar negativamente la satisfacción propia como la de la pareja. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo.

“...tenemos que hacerlo en la ducha para yo no sentir el flujo vaginal para no sentir que estoy tocando algo que me da asco y que mi pene está entrando y tocando algo que no me gusta...” (I1, L: 85-88).

Subcategoría b: consecuencias del tratamiento, algunos pacientes diagnosticados con TOC, suelen ser tratados con medicamentos probados y adecuadamente recetados. Sin embargo, más allá del efecto positivo que puede causar en cuanto a sus hábitos y compulsiones, en el terreno sexual se vuelven un factor negativo, pues disminuyen su libido y su capacidad de excitación, incluso afectaría negativamente el alcanzar orgasmos, tanto en hombres como en mujeres. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo:

“...al comenzar mi tratamiento farmacológico mis ganas de tener relaciones sexuales por supuesto disminuyeron No lograba conseguir el orgasmo, aunque en ocasiones anteriores la había conseguido no tenía satisfacción en nuestros encuentros...” (I2, L: 58-61).

Subcategoría c: Objeto de placer, ante la imposibilidad de sentir placer o el hecho de que este fuera mínimo, se tiende a pensar en sí mismo que es utilizado por la pareja para alcanzar su satisfacción, posiblemente ignorando las necesidades individuales y aquellas que son bastante específicas por el trastorno que se padece. De esta forma, el paciente con TOC se siente como un objeto sexual por medio del cual la pareja logra su placer en detrimento de sus emociones y cómo se siente en medio del acto. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo.

“...llegué a darme cuenta que solamente estaba haciendo un objeto para complacerlo a él porque yo no me complacía por mi incomodidad y nunca lo hablamos...” (I2, L: 54-56).

Subcategoría d: temor hacia el encuentro sexual, los pacientes con TOC, en líneas generales, llegan a describir los encuentros sexuales como incómodos, con dudas y temores, porque se sentían mal ante el asco que le genera el contacto con el órgano sexual de la pareja. A pesar de que podía haber prácticas que fueran agradables, el acto como un todo causa miedo,

lo cual se percibe por el otro y afecta el desempeño individual y de la pareja como un todo. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo:

“...mis encuentros sexuales eran llenos de miedo y dudas casi siempre él no se sentía cómodo por mi actitud Yo tampoco a pesar de que me gustaba mucho sus besos me hacían sentir bien, pero la penetración me daba asco y ahí aparecía de nuevo en la obsesión de lavarme...” (I3, L: 84-88).

Subcategoría e: rechazo a los encuentros. el rechazo que viene a la sexualidad como una manifestación, posiblemente inconsciente, de los síntomas propios del TOC, como el no querer ser contaminado o ensuciar a otros por una compulsión de estar siempre limpios; se evidencia en la decisión de abstinencia, de dejar atrás los encuentros sexuales con otras personas. Se considera mejor no tener parejas sexuales, pues así no hay malestar consigo misma ni se afecta negativamente a un tercero por los propios temores y obsesiones. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo.

“...en realidad doctora yo preferiría estar sola, no le hago daño a nadie y nadie me hace daño a mí. Creo que es una decisión muy personal y que debe ser aceptada ante las complicaciones que puede tener y convivir con una pareja para ti...” (I3, L: 91-95).

Categoría 3: el sexo a solas, la masturbación como práctica sexual es realizada por los pacientes diagnosticados con TOC, aunque se pueda pensar inicialmente que estas personas no se atreverían a hacer tal acto. Sin embargo, es llevada a cabo con medidas de higiene y protección como el uso de guantes, constante frotado de manos con antibacterial y la evitación del contacto con el genital directamente con los dedos, tanto en hombres como en mujeres. Es necesario destacar que se hace como una parte del tratamiento para estimular el contacto y tratar de disminuir el asco que esto genera; pero también les ayuda a sentir placer, a conocer otras formas de alcanzar satisfacción sexual, especialmente a aquellos que no tienen pareja. La Figura 4 muestra las subcategorías que se obtuvieron: a) masturbación protegida y b) el placer a solas.

Figura 4

Categoría 3: El Sexo a Solas



Subcategoría a: masturbación protegida, puesto que el contacto con el genital propio representa un acto repulsivo, los pacientes con TOC utilizan guantes para poder masturbarse sin pensar constantemente en que están tocando el órgano sexual o que sus fluidos corporales recorren sus matos. Se habla de una masturbación protegida, donde se toman medidas de higiene y de barrera como una forma de asegurar que se puede tener placer solitario sin la sensación de repulsión que genera el contacto. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo.

“...estee masturbarme frecuentemente y seguro me va a decir que estoy loco, pero para masturbarme utilizó guantes utilizó lubricantes para no tocarme este cuando termino así tenga los guantes me, me colocó antibacterial hace un lavado constante de las manos...” (I1, L: 133-136).

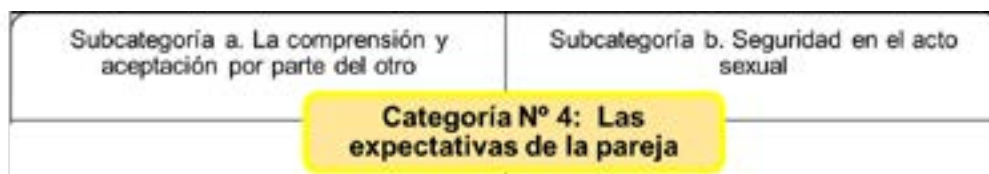
Subcategoría b: el placer a solas, se busca el placer a solas, pues se deja claro que existen necesidades sexuales. En los intentos, es decir, en el acto masturbatorio, se llega al orgasmo. Pero prevalece la necesidad de estar limpio y se recurre a métodos para tener las manos limpias. Es destacable que el poder lograr el orgasmo, le da la sensación al paciente de que más allá de estar o sentirse sucio, pudo obtener el placer que buscaba. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo:

“...sí, sí, lo he hecho y he buscado en internet como conocer mi cuerpo, he leído muchísimo para saber complacerme y darme placer por sí sola, lo he intentado como 4 veces y dos ocasiones de las 4 que lo he hecho he conseguido el orgasmo sólo que para hacer eso tuve que usar demasiado antibacterial en mis manos porque me sentía más sucia que antes y para sentir que no estaba infectando mis manos con mi vagina...” (I2, L: 80-86).

Categoría 4: las expectativas con la pareja, el estar diagnosticado con TOC no limita a la persona a querer tener una pareja sentimental. Se manifiesta el deseo de ser amado y de sentirse querido, pero por una persona que comprenda su situación y las limitaciones que el trastorno causa tanto en la vida cotidiana como en lo sexual. La pareja que se busca debería aceptar que no siempre se está dispuesto a ciertas cosas porque se consideran repulsivas o poco sanas. En este orden, el compañero o la compañera le daría confianza y seguridad en los encuentros sexuales. La Figura 5 muestra las subcategorías que se obtuvieron: a) la comprensión y aceptación por parte del otro y d) seguridad en el acto sexual.

Figura 5

Categoría 4: Las Expectativas con la Pareja



Subcategoría a: la comprensión y aceptación por parte del otro, los pacientes con TOC se inclinan a buscar una pareja sentimental que lo comprenda. En este sentido, quieren comprensión en su trastorno. Amor no basta, anhela ser entendido. Las expectativas de una pareja sentimental y sexual, también se relacionan con una persona que acepte su trastorno para mejorar poco a poco la condición y llegar a tener relaciones. Es decir, el paciente diagnosticado con TOC, tanto hombres como mujeres, espera que el otro entienda ciertas actitudes, que ayude en el proceso y sepa que se puede mejorar con ayuda de la terapia. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo.

“...esperaría que comprendiera mi situación, que me acompañara en el proceso de mejorar, de llegar a la meta, de que si puedo tener relaciones normales como la gente común...” (I1, L: 150-152).

Subcategoría b: seguridad en el acto sexual, en medio de la tenencia de parejas, las expectativas se dirigen a una persona que les haga sentir seguros en el acto sexual, que atienda a sus necesidades y comprenda que los avances se dan poco a poco. Esto puede surgir de la comparación con parejas previas, que se pudieron mostrar incomprensivos o frustrados por sus acciones dentro de los encuentros sexuales. Al respecto, se extrajo el siguiente hilo discursivo:

“...me comprenda que me ame así, aunque estoy loca, enferma, que sea caballero y que me ayude a sentirme segura con él cuando tengamos sexo...” (I2, L: 93-94).

El contenido anterior se toma como la base para dar cumplimiento al propósito central de esta investigación, el cual fue comprender la experiencia de la sexualidad de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Inicialmente, estas personas mostraron su concepción de la sexualidad, el significado que tiene esta cualidad inherente al ser humano: términos como intimidad, seguridad, confianza y consenso fueron comunes para darle una definición a este constructo.

De acuerdo con Díaz (1993), la sexualidad comprende palabras, miradas, normas, reglas y discursos relacionados con el deseo, la genitalidad, los orificios, las eminencias y las mucosas. Esta perspectiva también es tomada por los pacientes con TOC, pues para ellas se trata de intimidad y confianza, quizá por encima de caricias, besos o prácticas sexuales con contacto; debido a que su trastorno les hace negarse a ser tocados o evitan tocar por no sentir asco o por huir de contaminarse o no estar limpios.

Gallardo y Escolano (2009), plantean que la sexualidad tiene cuatro dimensiones: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético y físico. En el caso de la presente investigación, se pueden observar, al menos hacia allá se dirige el interés de la misma; los significados que le atribuyen los pacientes con TOC a los aspectos asociados con el erotismo y con la vinculación afectiva, los cuales, a su vez, también se vuelven un limitante al momento de los encuentros sexuales.

Ampliando lo anterior, lo que concierne a la dimensión erótica comprende la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo. Los pacientes con TOC experimentan la erotización quizá con ciertas particularidades asociadas a su trastorno, pues se debe recordar que ellos, como refieren Pérez y Borda (2011), sienten angustia, ansiedad o asco al ser tocados o tocar cosas que no saben si están suficientemente limpias. Entre estas, se pueden mencionar un cierto rechazo a las caricias, al sexo oral, tener el deseo y buscar el encuentro sexual; pues en ocasiones, aunque sientan y quieran tener relaciones, lo hacen más por complacer al otro que por su satisfacción propia.

Sobre la dimensión de vinculación afectiva, se pudieron evidenciar algunos problemas para tener relaciones estables, quizá porque estas terminan por las limitaciones que existen en el sexo, así como por el hecho de que los pacientes con TOC les cuesta un poco ser entendidos por otros, quizá con debilidades en sus habilidades sociales por sus compulsiones y obsesiones. Esto se soporta con lo expuesto por Koran, Thienemann y Davenport (1996), cuando indican que estas personas frecuentemente tienen baja autoestima, sensación de vergüenza, insatisfacción con su vida social, evitan actividades y contacto con otras personas.

Por consiguiente, era esperable cierta aversión al sexo y al ejercicio de la sexualidad por parte de los pacientes con TOC, puesto que no toleran el contacto o les cuesta mucho aceptarlo y, lógicamente, tener relaciones sexuales implica un contacto con el otro. Así, es considerable que ellos vean limitaciones en esta práctica, que la vivan como una experiencia que les genere temor, miedo, asco o repulsión, pues siempre afloran sus concepciones de limpieza, de contaminación o de que no están tan limpios para ser tocados o para tocar.

Estas limitaciones, dentro del contexto de la investigación, se relacionaron con el asco, el que era referenciado ante cuestiones como tocar los genitales, practicar el sexo oral, tener sexo sin preservativo. Efectos adversos de los medicamentos o fármacos tomados como tratamiento

que disminuyen la libido, la excitación y el poder alcanzar orgasmos. Sentirse como un objeto sexual, porque al no sentir satisfacción propia por la incomodidad y el temor que surge en las relaciones sexuales, se sienten usados por la pareja en pro de su satisfacción individual. Esto se conjuga en dos últimos aspectos: el temor y el rechazo hacia los encuentros sexuales, se evitan, se huye de ellos, se busca la abstinencia, como una forma de no llegar al acto y no sufrir los miedos que se relacionan con el mismo.

Al respecto, por Newth y Rachman (2001), discuten sobre las limitaciones en la sexualidad de pacientes con TOC, coincidiendo con el escenario recién descrito. En general, estas personas tienen temor cuando sus síntomas están relacionados con la pareja, por la tendencia a aislarse socialmente y tener viles recursos sociales, ellos padecen escasos niveles de intimidad social y recreacional. Cuestión que se evidenció en los participantes, puesto que se mostraron temerosos en el encuentro sexual y si bien, aun cuando describen la sexualidad en términos de intimidad y confianza, esto no siempre parece darse lo que los lleva a rechazar el contacto con el otro.

Otra práctica frecuente relacionada con la sexualidad es la masturbación. Al respecto, McCary (1983), explica que esta es la autoestimulación que tiende a producir o incrementar la satisfacción sexual que generalmente está ligada a algunas fantasías. En las personas con TOC, esto ocurre, pero con numerosas formas de higiene y de evitar el contacto con los propios genitales, pues se refieren al tocar los fluidos y el órgano genital como un acto que les despierta repulsión, porque se sienten sucios. Entonces, para masturbarse utilizan condones o guantes, así como una constante higienización de las manos con antibacterial.

Sin embargo, esto les genera placer. Tanto hombres como mujeres se refieren positivamente al acto masturbatorio, al menos en lo que a satisfacción sexual implica, pues más allá del asco que puede despertar, aparecen los orgasmos y el placer, es decir, logran satisfacer una necesidad mediante el autocomplacimento. Además, esto se usa como una forma de estimular la visión favorable sobre el sexo dentro del tratamiento para el TOC.

En otro orden de ideas, las personas con TOC tienen algunas expectativas respecto a sus parejas. Aquello que esperan no suele ser tan diferente de otras personas que no están diagnosticados con algún trastorno. Manifiestan querer amor, una persona comprensiva y una compañía. Pero a esto se le suma el valor agregado de que los pacientes también quieren una pareja que acepte sus diferencias relacionadas con su padecimiento; que puedan entender que hay cosas que no controlan; aunado a la necesidad de que les hagan sentir seguros en el acto sexual.

Entonces, no todo lo que se espera de la pareja gira en torno al sexo. Se pueden ver aspectos que se asocian con la vinculación afectiva a la cual hacen referencia Gallardo y Escolano (2009), y que se ha explicado con anterioridad. Se agrega a esto lo expuesto por Díaz (1993), en cuanto a los aspectos psicológicos que se vislumbran en las relaciones de pareja en cuanto a sentimientos de placer y bienestar, acompañamiento y entendimiento.

En torno a los elementos señalados, se encontraron semejanzas con los resultados de la investigación de Martí (2013), quien reportó en los pacientes un comportamiento que tiende a no querer tener relaciones sexuales, que sus relaciones son escasas y que sobre todo experimentan la disminución o ausencia del placer y del deseo. Esto fue descrito por los participantes de la investigación actual, en la cual indicaron que evitan tener relaciones, que su frecuencia sexual es baja y que en muchas ocasiones no obtienen satisfacción en los encuentros sexuales.

Hubo similitudes con los resultados del estudio de Pérez (2013), donde se encontró que los pacientes diagnosticados con TOC de moderado a severo una disminución de la libido y una menor dedicación a pasar tiempo con su pareja, a nutrir la relación y a intimar en relaciones sexuales. Esto se incrementaba a medida que aumentaba la severidad e intensidad de los síntomas. De este modo, las coincidencias se tienen en la poca intimidad y el hecho de no tener un contacto con el otro como una forma de evitar llegar al encuentro sexual.

A modo general, desde lo planteado por otras investigaciones, como las ya citadas, y los resultados encontrados en el presente estudio, aparentemente existen disfunciones sexuales, especialmente comportamentales, en pacientes diagnosticados con TOC, que se relacionarían con la gravedad e intensidad de los síntomas del trastorno. La mayoría tienden a la obsesión con la contaminación y la sensación de estar sucio durante y después del acto sexual, lo que disminuiría el disfrute de la sexualidad y la satisfacción obtenida, incluso, la masturbación se mira como una práctica poco adecuada porque, aún el propio órgano sexual y los fluidos, produciría repulsión.

Estos resultados revelan una relación entre la satisfacción sexual y el TOC, que ha sido expuesta por Cortés, Uribe y Vásquez (2005): incapacidad del paciente de poder relacionarse lo que repercute en su vida sexual, el temor extremo al contacto físico con otros u otras, rituales de aseo y limpieza, ausencia de placer corporal e insatisfacción. Así, es probable que el no sentir satisfacción se asocie con los síntomas propios del TOC, además de darle mayor importancia al acompañamiento y la comprensión de la pareja respecto al padecimiento, que por la sexualidad y el mantener relaciones sexuales placenteras para ambas partes.

Para cerrar, se tiene que en las narrativas de los informantes, la sexualidad prima como referente de ambigüedad y peligro: las imágenes repetitivas de actos eróticos “prohibidos” por considerarse sucios o contaminantes, el temor extremo al contacto físico; son temas que aluden a la formación de concepciones propias sobre la sexualidad en la que se prefiere entenderla como un acto natural para el cual no están completamente preparados, dando cabida muchas veces a largos períodos de abstinencia; pues el placer corporal deja de ser importante al compararse con las necesidades propias de su tratamiento y mejoría. Esto los lleva a realizar actos de limpieza o purificación luego de prácticas sexuales, que suelen molestar a sus parejas, pero que para ellos son obligatorios en función de estar limpios.

CONCLUSIONES

Al considerar el propósito de la investigación, el cual fue comprender la experiencia de la sexualidad de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, se tiene que para estos sujetos la sexualidad es un aspecto normal y que reconocen propio de sus vidas, pero que se deprecia en importancia ante los eventos relacionados con su trastorno, pues le dan mayor cabida al tratamiento y contención de los síntomas. Esto puede deberse a la necesidad de estar bien y sentirse bien, de no parecer un extraño ante aquellos que no conocen sobre su condición. De esta forma, las prioridades en su vida se ordenan en función de cómo el trastorno obsesivo compulsivo les afecta.

La sexualidad parece disfrutarse, pero con condiciones. Es un acto normal y natural, pero que genera cierto asco y repulsión por la inminente cuestión de ser tocado, de tener un contacto cercano con el cuerpo del otro, con fluidos propios y ajenos; por lo que se retrasa tanto como se pueda, lo que llevaría a una abstinencia prolongada por decisión propia y también a conflictos con la pareja del momento. Todo lo sexual tiene cierto velo de rechazo: la masturbación, el sexo oral, las caricias, porque se piensa en ser contagiado, en ser contaminado.

Entonces, es posible decir que para los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo lo sexual es un placer sucio, pues lo pueden gozar, pero con el peligro latente, en su pensamiento y creencia de que serán contagiados, ensuciados. Por ello, luego de los encuentros, aparece la compulsión por la limpieza y la necesidad de quitar todo aquello que está mal. Así, se hablaría de una satisfacción sexual mediada por las creencias y razones propias del trastorno, que se llega a disfrutar, aunque en circunstancias sumamente particulares.

Bajo esta perspectiva, conviene recomendar a los pacientes la continuación de su terapia psicológica, pues en este acompañamiento se aprenden diversas técnicas y formas que le permiten, progresivamente, controlar sus síntomas tanto en privado como en público, para mejorar su calidad de vida. Esto, se evidenciaría en los distintos escenarios donde la persona se desenvuelve, por lo que lo sexual no pasaría desapercibido.

Una de las posibles terapias que se pueden aplicar como intervención en este tipo de pacientes es la cognitiva-conductual, en la cual se enseña a las personas a identificar, entender y cambiar el patrón y comportamientos del pensamiento negativo o intrusivo que puede aparecer en el acto sexual: contaminación, asco, seré contagiado, entre otros. A los pacientes se les enseña las habilidades para resolver problemas durante las lecciones de terapia y después son instruidos a practicarlos a solas para crear hábitos positivos.

Otro punto importante en el tratamiento de estos pacientes es ayudarlo a aproximarse a su sexualidad, donde el terapeuta ayude a la rehabilitación de recursos sociales e interpersonales que permitan mejorar la interacción con otros y con la pareja propiamente dicho, para comprender que el sexo es un aspecto importante y que se puede practicar con seguridad, en un ambiente de intimidad y confianza. En este punto, también sería conveniente incorporar a la pareja, si es estable, a la terapia, en función de concatenar el tratamiento y la ayuda que el paciente puede recibir en casa.

Se puede aplicar la terapia de exposición con prevención de respuesta (EPR), en la que se motiva al paciente con TOC a exponerse voluntariamente a la fuente del miedo, que en este caso sería la contaminación y contacto del acto sexual para lograr que el cerebro disminuya la obsesión al reconocer que se trata de una creencia o pensamiento irracional. El pensamiento intruso se analiza, se acepta, pero no se le daría ningún valor; lo que permitiría obtener disfrute en la sexualidad.

A futuros investigadores, se sugiere ampliar la línea de estudio en consideración de otras variables y/o fenómenos psicológicos tales como orientación sexual o vinculación con la familia, incluso datos sociodemográficos de tipo edad de iniciación del trastorno, tratamiento recibido y tenencia de pareja, para comprender cómo estas variables influyen en la sexualidad de personas con trastorno obsesivo compulsivo.

REFERENCIAS

- Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoğlu, C., Oflu, S. y Ozaltın, M. (2001). Sexuality in women with obsessive - compulsive disorder. *J Sex Marital Ther.* 27(3):273-277. <http://doi:10.1080/009262301750257128>
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales*. DMS-V TR. Masson.
- Cortés, C., Uribe, C. y Vásquez, R. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, 34(2). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000200003

- Díaz. (1993). *La sexualidad y el poder*. Editoriales Almagesto/Rescate.
- Gallardo, F. y Escolano, V. (2009). Informe diversidad afectivo - sexual en la formación de docentes. *Revista Científica*. <http://cooperacionlgbt.org/wp-content/uploads/2018/07/Informe-Diversidad-Afectivo-Sexual-en-la-formacio%CC%81n-de-docentes.pdf>
- Koran, L., Thienemann, M. y Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*; 153, 778-788. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8633690/>
- Martí, E. (2013). *Comportamientos sexuales de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo según los profesionales tratantes*. (Tesis de Grado, Universidad Iberoamericana Abierta). Rosario, Argentina. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112366.pdf>
- McCary, J. (1983). *Sexualidad Humana, factores fisiológicos y psicológicos de la conducta sexual*. El Manual Moderno.
- McCary, J. (1996). *Sexualidad Humana*. El Manual Moderno.
- Menchón, J. (2003). Sexualidad y trastorno obsesivo compulsivo. En: Montejo, A. (Ed.): *Sexualidad y salud mental*. Editorial Glosa. (pp. 103-116).
- Newth, S. y Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39: 457- 464.
- Pérez, R. (2013). *Toc y sexualidad*. <http://bio-behavioral.com.ar/userfiles/file/TOC%20y%20Sexualidad-ANXIA.pdf>
- Pérez, R. y Borda, T. (2011). Trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad y depresión. *Anxia*, 38-46 30.
- Rubio, E. (1996). Visión panorámica de la sexualidad humana. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 11(2), 139 - 154.

NOTAS

1. Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado, titulado: Una mirada a la sexualidad de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, presentado en la Universidad Rafael Urdeneta, Maracaibo, Venezuela.

2. Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.