



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Escuchá este artículo
en nuestro podcast



Conceptualización y tratamiento del TOC con ideación sexual

Diagnóstico diferencial y especificidades del tratamiento con exposición

Los psicólogos que trabajamos en clínica desde la Terapia Cognitivo Conductual sabemos perfectamente qué es un Trastorno Obsesivo Compulsivo y cómo tratarlo, ya que abunda bibliografía al respecto y, hoy por hoy, nadie desconoce las implicancias de esta patología. Sabemos también que tiene una alta incidencia en nuestros consultorios y que existen variados subtipos de TOC dependiendo de la forma que adoptan las obsesiones y compulsiones que presenta el paciente.

Desde la aparición del DSM 5, el TOC como entidad diagnóstica ya no pertenece al grupo de los Trastornos de Ansiedad, sino que conforma una categoría aparte. En esta entidad los contenidos específicos de las obsesiones y las compulsiones varían entre los individuos, pero ciertas dimensiones de los síntomas son comunes, como los síntomas de limpieza (las obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza), la simetría (obsesiones de simetría y repetición, compulsiones de contar y de orden), los pensamientos prohibidos (de agresión, sexuales, y obsesiones y compulsiones relacionadas con la religión) y los de daño (el temor a hacerse daño a uno mismo o a otros y compulsiones de comprobación relacionadas).



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Cabe aclarar que en este artículo hablaremos de **TOC homosexual** y no de identidad sexual, del mismo modo que hablaremos de **TOC de pedofilia** y no de pedofilia o pederastia. No se puede equiparar pensamientos intrusivos sexuales con ser homosexual y, desde ya, no es lo mismo padecer ideaciones involuntarias que ser pedófilo o pederasta. Esta diferenciación conceptual la desarrollaremos pormenorizadamente al abordar cada uno de estos subtipos de TOC.

Dentro de los TOC con pensamientos prohibidos sexuales se encuentran entonces estos dos subtipos:

- TOC de pedofilia.
- TOC homosexual.

A pesar de que estos subtipos pueden constituirse como motivos iniciales de consulta, la verdad es que suelen aparecer luego de una fase avanzada del tratamiento, ya que el paciente siente mucha vergüenza de contarlo y teme que el terapeuta lo juzgue negativamente como “perverso” o “degenerado”. Muy probablemente, muchas personas que padecen estos subtipos de TOC ni siquiera lleguen a la consulta, conviviendo con estas ideas y seguramente realizando acciones para neutralizarlas sin gran éxito. Es por esta razón que, si bien existen estimaciones acerca de la incidencia de estas patologías, se sospecha que los datos epidemiológicos infravaloran la realidad del fenómeno. Su frecuencia en el consultorio también se ve seguramente sesgada por los prejuicios tanto del paciente como de algunos terapeutas poco familiarizados con las mencionadas formas del cuadro.

En el presente artículo, efectuamos una conceptualización de los mencionados subtipos de TOC, enfatizando los rasgos distintivos de su diagnóstico diferencial, lo cual nos conducirá a las especificidades de su tratamiento. Ergo, el tratamiento de estos dos subtipos de TOC (de pedofilia y homosexual) muestra algunas diferencias



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

importantes respecto de los otros subtipos; de hecho, existe el riesgo de cometer errores, algunos muy serios.

¿Qué es el TOC?

Ante todo, hagamos una somera recapitulación de qué es y cómo funciona el **Trastorno Obsesivo Compulsivo**. Es una patología que implica un desorden en el pensamiento, de hecho, se trata del elemento más afectado y disfuncional del cuadro. El paciente con TOC carece de un mecanismo inhibitorio cerebral a nivel de la corteza orbitofrontal, de la corteza cingulada anterior y del cuerpo estriado. Este hallazgo biológico, fruto de la investigación de los últimos años, fue en parte lo que llevó a remover al TOC del capítulo de los Trastornos de Ansiedad ya que, por más que la ansiedad constituye una parte del síndrome, en su topografía y funcionalidad no se comporta como el resto de los cuadros de ansiedad. Es por esta razón que el paciente con TOC **no elige pensar de la manera en que lo hace** y que la psicoeducación, si bien colabora para entender el trastorno, jamás alcanzará para modificarlo. Grosso modo, **el paciente con TOC evalúa, analiza y juzga sus propios pensamientos**. En ocasiones también lo hace con las sensaciones y emociones. Al pensar algo como *“si agarro un cuchillo puedo clavarlo a mi hijo”*, sentirá terror y evitará estar cerca de los cuchillos. Ahora bien, aquí estamos en la típica descripción de obsesiones (la idea) y compulsiones (la acción). A partir de la investigación de las últimas décadas, algunos autores como Paul Sakolvskis aportaron una valiosa idea respecto de los pensamientos automáticos que se disparan como consecuencia de las obsesiones: son pensamientos de **juicios de valor**, los cuales, en lugar de orientarse a un hecho externo, lo hacen hacia el propio contenido mental, no cualquier contenido mental, sino las propias obsesiones. Se trata de meta-pensamientos, vale decir, pensamientos que se refieren a otros pensamientos. Hoy se trabaja más con la modificación de tales metacogniciones que con las mismas obsesiones. Ejemplos de estos pensamientos automáticos son: *“¿Por qué pienso en clavarle un cuchillo a mi hijo? ¿Qué clase de padre puede pensar algo así? ¿Soy un*

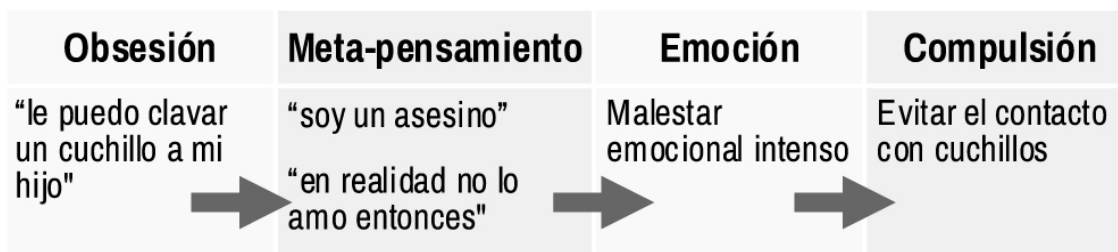


Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

asesino reprimido? ¿Será que en mi inconsciente tengo un deseo reprimido de matar a mi hijo? ¿Amaré a mi hijo?“. Justamente es frente a estas metacogniciones que resulta más probable el disparo del sufrimiento y la aversión en la persona y, desde allí, directo a generar la compulsión que mitigue esas sensaciones.

Para ser más claros, **la obsesión no dispara la compulsión**, sino que los meta-pensamientos causan un malestar intenso y desde allí la compulsión aparece como una acción que intenta neutralizar esa emocionalidad aversiva.

Esquemizamos a continuación este modelo del TOC.



Entendiendo así la dinámica del pensamiento del sujeto con TOC, pasemos entonces a observar los dos subtipos de TOC sexuales.

La pedofilia y el TOC de pedofilia

Para comenzar, establezcamos una discriminación entre **pedofilia** y **TOC de pedofilia**.

El DSM 5 posee un capítulo denominado “Trastornos Parafílicos”, el cual describe un conjunto de desórdenes cuyo denominador común radica en la presencia de: *“interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales”*. El capítulo incluye desórdenes



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

como el voyerismo, sadismo, fetichismo y exhibicionismo, entre otros. Aunque como todo criterio psicopatológico pueda ser cuestionado y deje algunos casos sin resolver, nos brinda una idea general de lo que pretende demarcar; esto es, placer sexual que se obtiene de forma poco convencional y/o con personas que debido a su edad o condición no pueden consentirlo, pero en todos los casos **se refiere a un placer sexual efectivamente obtenido o fuertemente deseado**. Así, **las parafilias conllevan la obtención de placer sexual**; esto es, **se trata de un impulso que conduce a la aproximación hacia los objetos que lo satisfacen**¹. La forma en que está formulado el criterio general permite incluir tanto la satisfacción onanista acompañada de fantasías como las prácticas reales con (o contra) otras personas aunque, claro está, en su forma severa las parafilias, las más problemáticas y patológicas, son aquellas en las cuales el sujeto no puede refrenarse de consumir tales prácticas, exponiéndose así al repudio de su cultura y, la mayoría de las veces, a la condena por un acto criminal.

La pedofilia es una parafilia. Consiste en la excitación o el placer sexual que obtiene una persona adulta o un adolescente mayor al llevar a cabo actividades o al tener fantasías sexuales con niños menores de 13 años. Más allá del criterio formal, psicológicamente hablando, la pedofilia es un constructo multifactorial en la personalidad del que la padece, y se compone de aspectos mentales, de educación sexual, de violencia, de control de los impulsos, etc. En este sentido, se suelen distinguir dos tipos de pedofilia: una primaria o esencial, muy arraigada en el sujeto, y otra secundaria, que aparecería motivada por factores circunstanciales. Las conductas pedófilas son muy heterogéneas: desde casos inofensivos hasta aquellos en que alcanzan niveles que entran dentro de lo criminal. A la actividad sexual de un pedófilo con un menor de 13 años se la conoce con el nombre de abuso sexual

¹ Esto ha sido abordado en el artículo [Ansiedad e Impulsividad](#) de nuestra revista.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

infantil o **pederastia**. Sin entrar en detalles de esta categoría diagnóstica, no todos los pedófilos son abusadores, ya que muchos simplemente no pasan de tener fantasías sexuales con niños y de esta manera sienten placer. El pederasta, en cambio, necesita tener acciones sexuales con un menor y de esa manera alcanza el placer, cometiendo un acto delictivo.

Pues bien, ¿cómo se presenta el TOC de pedofilia?

En la mayoría de los casos, aparece en varones, adultos, que tienen y han tenido históricamente relaciones sexuales con otros adultos, y sus fantasías sexuales también se refieren a adultos. Así, gozan masturbándose mientras imaginan o miran pornografía de personas adultas. Pero estas personas **temen** que les gusten los niños, **temen** que al estar cerca de niños puedan cometer algún acto de abuso o agresión de tipo sexual, **temen** que en algún momento se les desarrolle un deseo irrefrenable por mantener relaciones sexuales con niños y, de ese modo, se conviertan en abusadores infantiles. Pero quien padece TOC de pedofilia **no tiene ni tuvo relaciones sexuales con niños**, ni fantasea o mira pornografía relacionada con menores; lo que sí tiene es **terror** de que tal cosa suceda, debido a lo cual lleva a cabo conductas de evitación y compulsiones. Por eso, padece TOC. Describamos entonces el problema en el lenguaje propio del cuadro.

Al paciente se le presenta la obsesión/pensamiento intrusivo de poder agredir sexualmente a un niño, lo cual le gatilla pensamientos automáticos/metacogniciones acerca de ser un abusador o pedófilo, ello conduce a un malestar emocional intenso que deriva en intentos de neutralización, vale decir, compulsiones y conductas de evitación. Así, en general, evita permanecer en lugares donde hay niños, como plazas, cercanías de escuelas, reuniones familiares donde hay menores.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Puesto esquemáticamente:



Al efectuar el diagnóstico diferencial, el TOC de pedofilia resulta frecuentemente confundido con la pedofilia, tal vez porque ambos tienen su alcance en la fantasía. No obstante, hay un elemento diferente y crucial al momento de compararlos: **el placer**. El pedófilo siente **placer** mirando fotos, fantaseando, imaginando acciones sexuales con niños, mientras que el sujeto con TOC siente **asco, repulsión** o **sensaciones aversivas** cuando aparecen en su mente imágenes de acciones sexuales con niños. Si logramos hacer esta mínima distinción, ya iremos entendiendo que no son cuadros ni siquiera parecidos y que, por lo tanto, la manera de abordarlos también será completamente diferente.

La homosexualidad y el TOC homosexual

De manera análoga, efectuemos una distinción entre la homosexualidad y el TOC homosexual. Afortunadamente, ya no tenemos criterios para la homosexualidad en el DSM 5 ni en ningún otro manual diagnóstico que se pretenda científico, dado que, desde hace unas cuantas décadas, no se la considera una patología. Dicho de manera simple, ser homosexual implica la experiencia de excitación y placer sexual con personas del propio sexo. Tal experiencia puede adoptar la forma de prácticas sexuales con otros seres humanos pero también incluye a la fantasía y a la visualización de imágenes, algo hoy muy común dada la proliferación de la pornografía a través de internet. Por supuesto, la definición anterior admite muchas



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

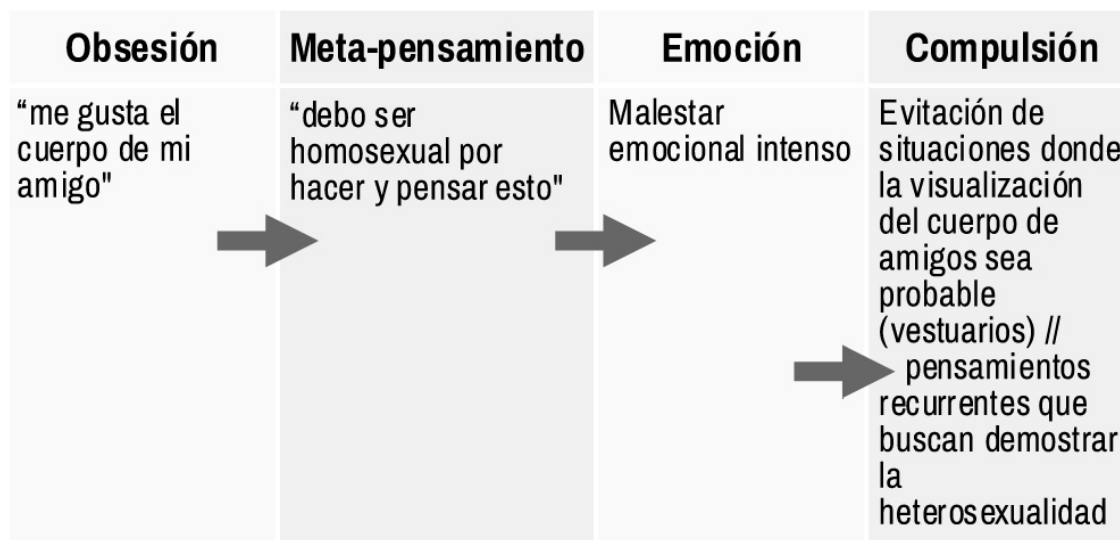
discusiones y está lejos de ser una que resuelva el problema de cómo categorizar a la homosexualidad. En realidad, lo que resulta muy difícil es formular una clasificación que logre captar la diversidad y flexibilidad de la sexualidad humana. De todos modos, este no es el tema de nuestro artículo y, a los efectos de lo que acá precisamos, basta el concepto de homosexualidad presentado arriba. De ella se deriva fácilmente que la persona homosexual disfruta, experimenta placer en el intercambio erótico con otra persona de su propio sexo; vale decir, la homosexualidad se halla predominantemente definida por una búsqueda de **placer** sexual. Otra vez, nos encontramos frente a un impulso, una tendencia a la acción que nos aproxima al objeto que lo satisface.

Ahora bien, ¿qué es y cómo se presenta el TOC homosexual?

En primer lugar, nos encontramos frente a una persona heterosexual, que frecuentemente tiene y/o ha tenido históricamente parejas heterosexuales; asimismo, el contenido típico de sus fantasías eróticas se refiere a personas del sexo opuesto. Segundo, el individuo experimenta **desagrado** ante la idea de contacto sexual con una persona de su propio sexo; si alguna vez ha intentado relacionarse sexualmente con una pareja homosexual, ha sido con el objetivo de "probarse", lo cual resultó en una experiencia subjetiva **desagradable**. Tercero, la persona **teme** ser homosexual, más precisamente, **se le entrometen en su consciencia pensamientos** acerca de la posibilidad de ser homosexual, lo cual le genera mucho malestar y por lo tanto se esfuerza por evitarlos. En otras palabras, y en el lenguaje descriptivo del TOC, la persona tiene obsesiones y/o pensamientos intrusivos signados por el contenido de sentirse atraído por personas de su propio sexo, lo cual la conduce al pensamiento automático "*¿y si soy homosexual?*" y ello genera el malestar emocional que conduce a los intentos de neutralización, es decir, compulsiones de verificación de su propia orientación sexual o conductas de evitación.

Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Esquemáticamente:



Vamos con una aclaración necesaria en esta discusión. **NO debería tildarse de homofóbica** a la persona que experimenta una reacción aversiva ante la idea de mantener relaciones sexuales con alguien de su propio sexo, tampoco a quien sienta desagrado ante imágenes de personas homosexuales de su propio sexo manteniendo contacto sexual, como le sucede típicamente a los varones heterosexuales ante la visualización de videos pornográficos gays. Este tipo de respuesta aversiva emocional se produce de manera **involuntaria**, ante algo que simplemente no gusta. La **homofobia**, contrariamente, consiste en adoptar una **discriminación injusta** hacia personas homosexuales en áreas variadas de la sociedad, desde las laborales hasta las amistosas casuales. Ser homofóbico tampoco tiene que ver con la propia orientación sexual; en otras palabras, se puede por ejemplo, ser gay y homofóbico al mismo tiempo, algo bastante más común de lo que a simple vista parecería. Afortunadamente, nuestro mundo ha claramente evolucionado en la dirección de la aceptación hacia las minorías; un avance humanístico grandioso cuyas consecuencias favorables tan sólo se empiezan a



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

vislumbrar. Así como hace tan solo 40 años se consideraba una enfermedad mental a la homosexualidad, hoy el criterio de desadaptación apunta más a quienes no aceptan que otras personas experimentan el placer sexual de forma diversa. Sin embargo, ello no debe confundirnos respecto de lo que los seres humanos vivenciamos de acuerdo a nuestra identidad subjetiva: una reacción desagradable ante la idea de mantener relaciones sexuales con alguien que no constituye el objeto de nuestro deseo. Un varón heterosexual siente rechazo ante la idea de tener sexo con otro hombre, de modo similar a como un varón homosexual siente rechazo ante la idea de mantener relaciones sexuales con una mujer. Esto no es homofobia sino una reacción normal ante algo que nos desagrada.

El TOC homosexual también debe distinguirse de diagnóstico de "homofobia internalizada", comúnmente efectuado en personas pertenecientes a la comunidad LGTB. Algunos individuos de este grupo no se sienten a gusto con su orientación sexual, tanto por lo que de suyo representa pero más comúnmente porque conlleva el desvanecimiento de algunas fantasías culturalmente validadas, como un matrimonio tradicional o la formación de la "familia tipo". El conflicto puede conducir a niveles de angustia y depresión importantes y ha de ser resuelto en el terreno de la aceptación y reformulación creativa del propio plan de vida. Pero no se trata en ningún caso de la problemática discutida en el presente artículo acerca del TOC homosexual, pues la persona no se obsesiona con ser homosexual, sino que efectivamente lo es y no lo acepta.

Retomemos ahora el eje principal de discusión del presente trabajo. A la hora de efectuar un diagnóstico diferencial entre un TOC homosexual y una persona que elige tener sexo con otra persona de su mismo sexo, habremos de observar un factor emocional distintivo crítico: **el placer**. Nuevamente, este será un elemento a tener en cuenta a la hora de evaluar a nuestro paciente. **La persona homosexual fantasea, piensa y goza con otra persona de su mismo sexo y es el placer y su búsqueda el motor principal de su accionar.** Por el contrario, **el sujeto con TOC homosexual**



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

suele ser un sujeto heterosexual que tiene temor, asco, terror o alguna emoción aversiva respecto a la idea de poder estar con alguien de su mismo sexo. Es justamente lo opuesto a lo que siente un homosexual, que no tiene ni asco ni dudas de lo que desea para su satisfacción sexual.

No está de más mencionar que en las terapias de orientación psicoanalítica resulta muy frecuente la interpretación de las obsesiones de pedofilia y/o las de homosexualidad, como señales inconscientes de un deseo que puja por ser cumplido. En un castellano simple y llano, el psicoanalista suele afirmar a sus pacientes con TOC homosexual frases tales como: *"tus pensamientos pueden mostrar algo del orden de tu homosexualidad reprimida"*; o al paciente con TOC de pedofilia: *"¿señala esto acaso algo del deseo de dañar a un niño?"*. Resulta sumamente inadecuado pensar que un sujeto que muestra sensaciones aversivas ante la idea de mantener relaciones homosexuales, es en realidad homosexual pero lo niega; así como que el sujeto que teme violar niños, en realidad desea violarlos pero lo niega. Aunque parezca mentira, existen aún algunas terapias que aportan este tipo de interpretaciones, enfoques psicodinámicos que hablan de un deseo inconsciente, aun cuando la investigación científica cada vez más se ha alejado de esta clase de explicaciones complicadas y sin ningún apoyo empírico. Muy lastimosamente, al ser estas "explicaciones" (que no son tales, sino conjeturas) ofrecidas por un profesional de la salud mental, no sólo no generan ningún cambio favorable sino que, contrariamente, más bien logran que el paciente empeore o abandone el tratamiento más confundido que antes.

Tratamiento del TOC de pedofilia:

Como estamos hablando de un subtipo de TOC, la técnica de primera elección en este trastorno es la Exposición y Prevención de la Respuesta (EPR). Si bien el procedimiento ha mostrado alta efectividad, puede suceder que el terapeuta no sepa hacer un buen análisis funcional del caso y termine interviniendo con un protocolo de exposición inadecuado, e incluso iatrogénico con algunos pacientes. Aquí volvemos



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

a recordar algunos axiomas respecto de a qué se expone al paciente cuando se hace exposición. Como hemos discutido en otro artículo², en ocasiones se expone a lo que el paciente **teme**, al objeto fóbigeno o, puesto en lenguaje conductual, a los estímulos condicionados de ansiedad. No obstante, muy frecuentemente, lo más operativo y funcional es exponer a lo que el paciente **evita** o, en lenguaje conductual, a los estímulos discriminativos de las conductas de evitación y escape que se mantienen por reforzamiento negativo. Vale decir, lo que el paciente **teme no siempre es lo que evita**. Lo que teme y lo que evita pueden ser lo mismo o pueden ser algo diferente, pero siempre se encuentran funcionalmente relacionados. La elección del conjunto de estímulos hacia los cuales habremos de dirigir la exposición se guía más por lo que se evita que por lo que teme. En el caso del TOC este axioma adquiere especial importancia.

Ahora bien, ¿qué teme el paciente con TOC de pedofilia? En general, tiene miedo de hacerle algo sexual a un niño: tocarlo, abusarlo, verlo desnudo, violarlo. Por ende, al exponer al paciente a su temor, ¿deberíamos conducirlo, por ejemplo, a que toque niños desnudos? ¡Obviamente que no! Algunos terapeutas inexpertos podrían pensar en exponerlo a imágenes de niños desnudos, o peor aún, a películas de pedofilia, donde se abusa sexualmente de un niño, de modo tal que aprenda a tolerar dichas imágenes... ¿Sería correcto hacerlo? Tampoco, nada más lejos que esto.

En estos casos, habremos de ser muy cautelosos ante todo, entender bien la patología, sus implicancias y las de nuestra intervención. Así, conducir la exposición de manera adecuada requiere un **análisis funcional** preciso y acorde a lo que el paciente hace y no a la descripción neta de lo que teme, ya que en muchas ocasiones lo que teme es universalmente aceptado; en efecto, en lo que hace a la sexualidad

2 Está disponible el artículo [Puntualizaciones acerca de la Terapia de Exposición](#) de nuestra revista.



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

infantil, todos tenemos miedo de lo mismo, en menor o mayor escala. Toda persona que se precie de ubicarse dentro de la salud mental y que no padezca de pedofilia sentiría aversión de ver fotos, películas o cualquier material donde se abusa de menores. En este sentido, nuestro paciente con TOC no difiere para nada de la norma, por el contrario, está muy apegado a ella y por eso sufre al juzgar su pensamiento como algo perverso y que puede llevarlo a una acción severamente antiética y contracultural. Resulta imposible efectuar conductas que dan asco y repulsión, al menos voluntariamente. En virtud de esto, a la hora de planificar la exposición, precisamos más enfocarnos en lo que **evita** el paciente y no tanto en lo que **teme**.

Los pacientes con TOC de pedofilia esencialmente evitan a los niños, por ende, no van o ni se acercan a plazas, escuelas o reuniones en las cuales haya niños; si por algún motivo se ven imposibilitados de escapar, entonces procuran mantener distancia de los niños o no permanecer con ellos a solas. De acuerdo con lo expuesto, los estímulos seleccionados para la exposición incluirán entonces los espacios donde haya niños. Así, por ejemplo, en una efectiva exposición en vivo, instruimos al paciente para que permanezca sentado en una plaza, sabiendo y observando que hay niños alrededor, aun cuando se le crucen ideas pedófilas sabemos que no hará ninguna de las acciones temidas (atacar sexualmente a un niño). Dicho simple y llano, la exposición será a contextos con niños, contacto con niños; hablarles, preguntarles algo, permanecer y jugar con niños de su familia, tan solo sentados simplemente en el mismo lugar.

Traemos a colación un caso de un papá primerizo, quien comenzó con este tipo de ideas al poco tiempo de nacer su hijo, motivo por el cual se negaba a cambiar los pañales de su hijo, bañarlo o simplemente alzarlo por el temor de llevar a la acción las ideas pedófilas que lo atormentaban. La terapia de exposición consistió en que paulatinamente se aproximara a su hijo en situaciones supuestamente cada vez más peligrosas para él; así empezó alzándolo, luego cambiándole el pañal y finalmente



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

bañándolo. Esto se lleva adelante más allá de que las ideas intrusivas pedófilas aparezcan en la consciencia, y tal vez justamente con esos pensamientos mucho mejor, pues la terapia de exposición se orienta a combatir la creencia de que *“por tener esas ideas, soy un pedófilo y voy a abusar”*. El paciente comprueba que los pensamientos intrusivos pedófilos son eso, únicamente **pensamientos**, los cuales pueden incluso persistir pero **que no conducen a actos**. A diferencia de lo que sucede con la evitación, que les otorga centralidad y saliencia, las ideas intrusivas van progresivamente perdiendo valencia con el paso del tiempo a medida que progresa la exposición.

Tratamiento del TOC homosexual:

De acuerdo con lo desarrollado, será más fácil entender el abordaje de este subtipo de TOC pues comparte con el anterior muchas similitudes. Al igual que el otro TOC, aquí también aplicaremos el principio de exponer al paciente a lo que **evita** y no a lo que **teme**. El paciente con TOC homosexual teme esencialmente ser homosexual y terminar teniendo sexo con alguien de su mismo sexo. Volvemos a hacer la pregunta anterior: ¿será correcto exponer al paciente a que mantenga relaciones sexuales con alguien de su propio sexo? Pues no, nada de esto; otra vez, pensemos tan sólo con sentido común. Exponer al paciente a una situación como la mencionada conlleva un grado muy intenso de compromiso con un resultado previsible, esto es, experimentaría intenso desagrado, ya que quien sufre TOC homosexual no presenta dudas acerca de qué le atrae sexualmente sino que **duda de lo que piensa y siente**.

Como dijimos anteriormente, el sesgo del TOC está puesto en el pensamiento y en sus sensaciones (juzga a las mismas y saca conclusiones erróneas). En verdad, si a una persona heterosexual se la expone a mantener relaciones sexuales con alguien de su propio sexo, seguramente no se sentirá para nada bien, más bien le resultará muy aversivo. Pensemos que nuestro paciente TOC es heterosexual con temor a ser homosexual. Volvemos a la pregunta entonces: ¿qué es lo que evita este paciente?



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

Bien, muchas cosas, y de acuerdo con la configuración ideográfica se va a planificar la exposición. Así, por ejemplo, el estar con un amigo de su mismo sexo a solas, desnudarse en el vestuario de pileta, estar en traje de baño con otros amigos de su mismo sexo o tomar un café con alguien de su mismo sexo y charlar (ahí a veces aparecen pensamientos de tipo fobia social, respecto a que la gente lo puede juzgar de homosexual si está tomando un café con alguien de su mismo sexo). En ocasiones, también se evitan estímulos propios de los ambientes LGBT, como permanecer cerca de alguien homosexual o mirar una película de temática gay. Justamente las situaciones evitadas serán los estímulos críticos de la terapia de exposición, por ende, tendrá que permanecer en la pileta, ducharse y cambiarse en un vestuario donde haya otras personas de su sexo. Al igual que en el anterior subtipo de TOC, estos comportamientos los llevará a cabo independientemente de que se le presenten pensamientos intrusivos de homosexualidad. Eventualmente, le enseñaremos a discutir sus pensamientos automáticos que juzgan a su idea obsesiva, a fin de que comprenda que el juzgar sus ideas es el problema, no tanto las cogniciones intrusivas sobre la homosexualidad. Como siempre, la exposición se conduce gradualmente, con psicoeducación mediante. En los casos de TOC homosexual, sí pueden y suelen incluirse en la jerarquía de exposición estímulos como buscar proximidad con personas homosexuales o incluso mirar material gay, que no lo llevará a convertirse en uno. Así, por ejemplo, se le puede proponer al paciente que mire un video o fotografías de personas de su mismo sexo desnudas o que concurra a un bar de reunión de la comunidad LGBT. Si bien no suelen estas situaciones evitadas ser las que más preocupan al paciente, se lleva adelante esta clase de exposición como modo de potenciar el proceso de extinción a través de la variación de los contextos.

En el tratamiento en ambos casos, de TOC de pedofilia y de TOC homosexual, el paciente se considera "curado" cuando logra una vida normal y funcional de acuerdo con sus objetivos, **realizando acciones que antes evitaba**. En el caso de que algunas ideas persistan como sintomatología residual, el objetivo es que simplemente las



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

contemple como ideas, ideas que no son peligrosas en sí mismas ni esconden nada perverso inconsciente.

Conclusiones:

Conducir el tratamiento de pacientes con TOC implica un conocimiento minucioso tanto de la psicopatología del cuadro como de las técnicas a aplicar; tal vez en los casos de TOC homosexual y de pedofilia se requiera de algo más: sentido común, conocimiento de los hábitos y de las leyes de nuestra cultura. Los pensamientos indeseados que experimentan los sujetos con TOC aparecen en la población general; la diferencia radica en la manera en que los sujetos con TOC juzgan sus cogniciones con esquemas exagerados de **responsabilidad** y **moral**. Así, paradójicamente, una **gran valoración de la infancia** puede ser justamente el factor determinante en la eclosión del TOC de pedofilia.

La prepotencia del pensamiento basada en esquemas exagerados de moralidad facilita que los individuos con TOC se juzguen a sí mismos de modos categóricos, en términos absolutos de bien y mal, con poca observación de las evidencias reales y más autofocalizados en sus propios pensamientos. Así es que resultan ser personas muy complejas a la hora de juzgarse a sí mismas; inmersos en su propio teatro mental de pensamientos y desbordados por la angustia, terminan utilizando a la evitación como patrón de afrontamiento predominante; no obstante ello, apenas representa un alivio temporario. De ahí que la exposición sea la técnica más efectiva. Enfatizamos en que se lo expone entonces a un contexto, a una situación real evitada y no a sus pensamientos ni a sus temores.

Ahora bien, nuevamente, ¿qué es lo que queremos lograr con la exposición? No pretendemos que el paciente con TOC de pedofilia disfrute de la pornografía infantil, ni que el que padece TOC homosexual mantenga relaciones con alguien de su propio sexo. Por el contrario, buscamos que el primero pueda permanecer con niños de



Por: Lic. Carmela Rivadeneira y Lic. Ariel Minici

forma normal y natural, y que el segundo lleve una vida social adecuada sin rehuir de los contextos donde hay personas de su propio sexo. El error de muchos terapeutas radica en creer que lo que el paciente teme sea un deseo inconsciente que puja por surgir y, por ende, la persona quiere satisfacer. Será necesario revisar los propios axiomas y la teoría a la hora de hacer clínica.

Finalmente, en el terreno del TOC de pedofilia habremos de observar también las pautas culturales y legales. En la República Argentina, así como en muchos otros países, la ley prohíbe cualquier forma de tenencia, descarga y distribución de material pornográfico infantil, en cualquier formato. Así que si un terapeuta pretende buscar este tipo de contenidos para llevar adelante una exposición con su paciente, no solo comete un grave error técnico sino que también se expone a un problema legal serio.

Evitemos entonces problemas legales y simplemente hagamos las cosas bien, basándonos en las evidencias de tratamientos eficaces y, por supuesto, con sentido común. Nuestros pacientes nos lo van a agradecer.