



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Escuchá este artículo
en nuestro podcast



Las obsesiones de orientación sexual en el TOC

Lo que no hay que hacer

*Una de las interpretaciones más comunes de las obsesiones de orientación sexual consiste en afirmar que ellas representan un síntoma de la homosexualidad reprimida y negada. En este sentido, las personas que padecen el denominado "TOC Homosexual" serían, en verdad, homosexuales que no aceptan sus auténticos impulsos. ¿Es esto correcto? **Definitivamente no.** Una tal interpretación no solo carece de todo fundamento científico, sino que le causa gran sufrimiento al paciente que padece TOC con obsesiones sexuales.*

El TOC tiene múltiples rostros. Sus formas más conocidas son las de contaminación, chequeo, simetría, en las cuales existen conductas francas y abiertas que facilitan su reconocimiento diagnóstico, así como su evaluación y tratamiento. No obstante, hay algunos tipos de TOC caracterizados por la presencia de sintomatología **exclusivamente mental**, la cual no resulta evidente para un observador externo. En este caso, nos hallamos frente a sujetos que frecuentemente pueden llevar adelante vidas funcionalmente adaptadas a sus entornos, sin manifestaciones externas de perturbación. Sin embargo, estos individuos viven un padecimiento cotidiano intenso debido a lo que piensan, pero no demuestran. De hecho, se los suele describir como "atormentados".

El TOC es una categoría diagnóstica algo heterogénea. Hasta hace unos pocos años se lo consideraba un trastorno de ansiedad, pero a partir de 2013, con la quinta



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

versión del DSM, se le dio estatus diagnóstico independiente. Para muchos estudiosos del tema, la actual categoría de TOC engloba síntomas, malestares y fenómenos demasiado dispares, lo cual pone en duda la unidad y validez del constructo. Más simplemente dicho, se critica que bajo el mismo paraguas se incluyen a las personas que se lavan las manos excesivamente, a las que verifican incontables veces las cerraduras, a los que ordenan su armario por colores, a los que se atormentan con ideas de abusar a alguien o ser condenados al infierno si no rezan sin errores un rosario de corrido. ¿Qué tienen en común todos estos problemas que permiten su agrupación dentro de la gran categoría **Trastorno Obsesivo Compulsivo**?

La primera respuesta es la presencia de obsesiones y compulsiones; algo correcto, *casi* siempre. *Casi* porque, en efecto, hallamos sujetos con TOC que no ejecutan compulsiones, sino que rehúyen de las situaciones en las cuales las obsesiones podrían dispararse. A este último grupo se los denomina a veces “evitadores”, quienes padecerían una forma de TOC sin compulsiones, ni cognitivas ni conductuales. No obstante, neutralizan sus obsesiones mediante la evitación activa de algunas situaciones, pensamientos o sensaciones. Por otro lado, existen individuos que padecen formas de TOC sin compulsiones visibles; en este caso, las mismas se ejecutan de modo encubierto, es decir, como compulsiones cognitivas.

Como se deduce fácilmente del párrafo anterior, lo que llamamos TOC incluye muchos fenómenos y procesos, algunos más parecidos que otros y algunos bastante distintos. A los efectos de aportar un poco de orden a la discusión que viene a continuación, detallamos una categorización actual de tipos y subtipos:

Tenemos cuatro grandes áreas o dimensiones en la sintomatología del TOC:

1. Obsesiones de contaminación con compulsiones de limpieza.
2. Obsesiones de simetría con compulsiones de orden.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

3. Obsesiones de duda con compulsiones de chequeo.
4. Obsesiones constituidas por pensamientos inaceptables o tabú, con compulsiones mentales encubiertas, búsqueda de reaseguro y evitaciones conductuales.

La última categoría corresponde al interés de nuestro artículo.

TOC subtipo tabú

Esta categoría del cuadro engloba a quienes experimentan las obsesiones como **pensamientos intrusivos inaceptables, inmorales y contrarios a su sistema de valores**. Así, las ideas suelen rondar en temas como violentar sexualmente a otro ser humano, maltratar a alguien querido e indefenso como al propio hijo, cometer un acto blasfemo hacia dios o alguna otra figura religiosa, ser atraído por alguien del sexo contrario a la orientación erótica predominante. Aunque las obsesiones no surgen al azar sino que, contrariamente, guardan una relación lastimosa con quien las padece. Justamente, lo que le da al cuadro su costado más doloroso es que las intrusiones suelen aludir a los temas más valorados por el individuo. Así, una madre primeriza y amorosa tendrá pensamientos intrusivos relacionados con dañar a sus hijos; un hombre que sobreestima la masculinidad presentará obsesiones que pongan en duda su inclinación sexual.

Como resulta inevitable para poder llevar a cabo una comunicación efectiva, también tenemos una subcategorización dentro de esta dimensión. De este modo, los individuos que padecen un TOC subtipo tabú pueden a su vez clasificarse en tres grandes grupos:

- a. Los que padecen obsesiones de religiosidad y escrupulosidad.
- b. Los que presentan pensamientos intrusivos acerca de ser pedófilos.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

- c. Los que sufren de obsesiones relacionadas con experimentar impulsos contrarios a su orientación sexual predominante.

Como ya es sabido, quienes nos dedicamos a la TCC no descartamos por completo las categorías diagnósticas, pero **limitamos su uso predominantemente a la comunicación**. Así que, más allá de las sutilezas poco importantes de los nombres, lo que a nosotros sí nos interesa gira en torno a la configuración sintomatológica que en cada individuo en particular adquieren los constructos del cuadro. Naturalmente, esto va de la mano con los dos análisis que efectuamos para conducir los tratamientos: el topográfico y el funcional.

En la línea anterior, vamos a concentrarnos en la última subcategoría mencionada; vale decir, en las personas que sufren de pensamientos intrusivos acerca de tener impulsos contrarios a su inclinación sexual predominante. Históricamente, este subgrupo se ha denominado "TOC homosexual", pues se ha identificado casi siempre en sujetos heterosexuales que tienen obsesiones acerca de ser homosexuales. Con el paso de los años, la investigación fue documentando la presencia del mismo fenómeno pero en la población homosexual, donde el temor surge bajo la forma de "ser heterosexual". Por este motivo, hoy el subtipo se nombra como "TOC con obsesiones de orientación sexual", a fin de abarcar todo el abanico de variantes.

El TOC con obsesiones de orientación sexual

La característica más definitoria de este subtipo reside en que quien lo padece **teme experimentar atracción erótica por alguien que no se encontraría dentro de su orientación sexual predominante** (con la cual la persona se identifica). Así, en términos prácticos, un varón heterosexual teme verse atraído por otros varones y una mujer heterosexual tiene miedo de que le guste una mujer. Paralelamente, un varón gay tiene miedo de desear a una mujer, así como una mujer lesbiana teme sentirse atraída por un varón.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Como ya hemos dicho, antes se conocía a este subtipo con el nombre "TOC homosexual", pues la mayoría de los casos consistían en individuos heterosexuales que se obsesionaban con ser homosexuales. Por supuesto, el hecho de que afortunadamente en las últimas décadas se ha favorecido la aceptación de la diversidad y las minorías pudo influir en que muchos más sujetos pertenecientes a la comunidad LGBTQ+ consulten por sus obsesiones de heterosexualidad. No obstante, un mero análisis de frecuencia también nos explica la razón por la cual más veces nos encontramos con obsesiones de homosexualidad. En efecto, siendo la población heterosexual mucho más numerosa que la homosexual, resulta más probable que el fenómeno se visualice mejor en la primera que en la segunda.

Entonces la forma más común que llega al consultorio consiste en que una persona heterosexual tiene pensamientos intrusivos acerca de ser homosexual. Los pacientes refieren que se le presentan ideas tales como *"¿y si me gusta mi amigo?"*, *"¿y si tengo ganas de besar o tocar a mi amiga?"*; o se le cruzan imágenes mentales donde se ven a sí mismos manteniendo alguna práctica sexual con alguien de su propio sexo. Esta clase de cogniciones tiende a aparecer más frecuentemente en algunas situaciones; esto el sujeto lo nota y, por ende, procura evitarlas. Así, se evaden de vestuarios y baños públicos, no están a solas con alguien del propio sexo o no comparten momentos con personas homosexuales pues temen que detonen un sentimiento de atracción. Este último caso conlleva el problema de que los hace parecer homofóbicos a la vista de los otros.

El modelo metacognitivo (el más aceptado actualmente para comprender este subtipo de TOC) fue propuesto por Paul Salkovskis. Una de sus hipótesis centrales destaca el rol de las valoraciones negativas que el paciente hace de sus propias cogniciones. En este sentido, se propone que los pensamientos intrusivos como *"soy gay y me gusta mi amiga"* se valoran negativamente por medio de pensamientos automáticos. Por ejemplo, la persona de este ejemplo se diría a continuación *"si lo pienso tanto, es porque debo ser homosexual y no lo acepto"*; idea que finalmente



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

conduciría a la ansiedad y el malestar obsesivo que acaban en los intentos de neutralización mediante compulsiones. El modelo metacognitivo incluye un conjunto de hipótesis importantes como la percepción exagerada de responsabilidad personal y la *fusión pensamiento-acción*. Este último constituye un esquema propio del TOC en general, pero particularmente de aquellas formas en las cuales se ve fuertemente afectado el plano cognitivo, como es el caso que nos compete. El esquema *fusión pensamiento-acción* implica una equivalencia entre pensar y hacer; por consecuencia, pensar en ser homosexual equivale a efectivamente serlo para alguien que padece TOC. Naturalmente, el trabajo terapéutico deberá, entre otros temas, abordar la falta de validez de este esquema de pensamiento.

Ahora bien, la intervención psicológica con los pacientes a los cuales venimos describiendo se apoya en una premisa inicial: ciertamente, *partimos de que el consultante efectivamente posee la orientación sexual que afirma y que, por ende, las ideas que la contradicen y ponen en duda constituyen pensamientos intrusivos*. En otras palabras, cuando un hombre heterosexual consulta por ideas obsesivas de homosexualidad, nosotros conducimos la terapia de acuerdo con el postulado de que él verdaderamente es heterosexual tal como afirma y cree, lo cual deja a las ideas de ser gay en el lugar de obsesiones. Paralelamente, procedemos igual con una mujer heterosexual o, incluso, si la consulta proviene de un sujeto perteneciente a una de las minorías, como de un hombre gay o una mujer lesbiana, en quienes las obsesiones adoptan la forma de heterosexualidad. Así, por ejemplo, si una mujer que se considera lesbiana acude a terapia debido a ideas intrusivas de volverse heterosexual, nosotros, desde el lugar de terapeutas, aceptamos que ella es realmente lesbiana y abordamos las ideas de heterosexualidad como obsesiones. En síntesis, nosotros damos por sentado que la inclinación sexual del consultante es la que él o ella afirma, típicamente con la que ha vivido y se ha identificado desde siempre.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

O sea, ¿no cuestionamos al paciente acerca de su orientación sexual? ¿No le preguntamos y no nos preguntamos si en realidad las obsesiones de orientación sexual están develando algún tipo de conflicto con la sexualidad?

Digamos que el terapeuta cognitivo conductual actuaría de acuerdo con una demanda directa de manera lineal y, tal vez, hasta ingenua para algunos. ¿Es así realmente como procedemos? ¿Por qué?

Las obsesiones de orientación sexual y la homosexualidad

Una de las interpretaciones históricas más populares de las obsesiones sexuales es que ellas se deben a que, en verdad, quien las padece oculta también alguna forma de homosexualidad latente y reprimida. Tal apreciación, propia de las terapias psicoanalíticas, ha penetrado tan fuertemente en la cultura que cualquier persona lega la repite. Aunque relacionada, una tal perspectiva difiere de la "homofobia internalizada", expresión que remite a los sentimientos negativos, prejuicios y actitudes hostiles hacia la homosexualidad que una persona LGBTQ+ ha incorporado debido a la influencia de una sociedad que tradicionalmente discrimina y estigmatiza la diversidad sexual.

¿Cómo sabemos que lo que venimos discutiendo en relación con el TOC no es, en el fondo, una forma de homofobia internalizada u homosexualidad reprimida? La crítica aplicaría sólo a los casos de personas heterosexuales con obsesiones de orientación sexual y no a las o los homosexuales con miedo de volverse heterosexuales. Caso contrario, deberíamos paralelamente hablar de algo así como "heterofobia internalizada" o "heterosexualidad reprimida", pero esa expresión simplemente no circula en nuestro lenguaje, al menos por ahora. Igualmente, dada la frecuencia de las distribuciones en las orientaciones sexuales, el problema planteado toca a la mayoría de los consultantes.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Así las cosas, ¿no será acaso que los terapeutas cognitivo-conductuales creemos ingenuamente en lo que nuestros consultantes dicen y, por ende, terminamos validando que alguien tiene TOC cuando, de hecho, hay una homosexualidad latente y reprimida, la cual puja por salir y se manifiesta como síntoma, como obsesión?

Esta es sin duda la lectura psicoanalítica más frecuentemente efectuada acerca de las obsesiones sexuales; **la cual verdaderamente trastorna a algunos pacientes, en especial cuando sale de la boca de un profesional al que se le otorga credibilidad porque es el psicólogo**. No obstante, tal interpretación se ha demostrado **completamente errónea**. Hoy en día no existe ninguna evidencia científica que la avale; sin embargo, no sólo la gente común y lega, sino también los psicólogos (contaminados por las teorías psicoanalíticas) continúan reiterándola una y otra vez. Esto acarrea un gran sufrimiento para las personas que tienen TOC con ideación sexual pues incrementa la rumiación obsesiva, uno de los costados más dolorosos del cuadro.

Entonces, concretamente, ¿cómo procedemos en Terapia Cognitivo Conductual a los fines de discernir si estamos frente a un paciente con TOC de ideación sexual o frente a alguien que no puede tolerar su homosexualidad reprimida?

¿Qué hacemos en Terapia Cognitivo Conductual?

El primer paso de una terapia psicológica bien llevada consiste en efectuar una evaluación del caso; lo cual incluye de modo importante explorar y establecer el o los motivos de consulta. Naturalmente, si detectamos la presencia de obsesiones de orientación sexual y, por consiguiente, formulamos la hipótesis de que podemos encontrarnos frente a un caso de TOC con ideación sexual, una parte del trabajo recaerá en conocer algunos detalles de la historia y la vida sexual actual del paciente.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

No es necesario efectuar indagaciones complejas ni bucear en las profundidades de la mente inconsciente de alguien para enterarse de su orientación sexual, pues esta última resulta evidente a partir de una indagación llana.

En general, para esclarecer el tema bastan algunas preguntas sencillas, formuladas respetuosa y cuidadosamente, sin ningún tipo de juzgamiento. Por ejemplo, un sondeo del contenido de las fantasías que concurren con la masturbación casi siempre alcanza para identificar la inclinación erótica preponderante. Pero, obviamente, además queremos conocer la historia de contactos sexuales con personas reales y el tono emocional que acompañó estas experiencias. En realidad, las pautas para identificar las preferencias eróticas de un paciente se derivan directamente del conocimiento científico actual acerca de la sexualidad humana; **no de teorías pseudocientíficas entreveradas con más de un siglo de antigüedad como es el psicoanálisis**. Nos concentramos en esto por un momento.

La orientación sexual se revela como un rasgo muy estable en la mayoría de las personas. Habitualmente, los adultos recuerdan sus manifestaciones ya desde la segunda infancia, la cual vivencian como un sentimiento natural y coherente con su identidad desde ahí en adelante y para toda la vida. Por otro lado, algunas personas poseen una sexualidad "fluida", lo cual significa que pueden experimentar cambios en el objeto de atracción a lo largo del tiempo. Si bien las cifras son poco precisas, este grupo podría incluir aproximadamente al 25 % de las mujeres y al 15 % de los hombres, aunque hay que tener en cuenta que los números pueden variar mucho dependiendo del momento y lugar de la investigación. De este modo, la homosexualidad casi siempre consiste en un patrón duradero en la preferencia del objeto erótico. En sociedades libres donde no se castiga la diversidad sexual, aproximadamente un 5 % de los varones se declaran gays y un 3 % de las mujeres se reconocen como lesbianas. La bisexualidad emerge como una categoría más compleja de cuantificar pues puede oscilar desde un 15 % hasta un 50 % de la población de acuerdo con cómo se la defina.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Cualquiera sea la preferencia de un ser humano, la experiencia de excitación sexual involucra un patrón de respuesta complejo que gatilla reacciones de aproximación hacia el objeto erótico. En términos de condicionamiento operante, los estímulos que disparan comportamientos de aproximación son reforzadores apetitivos y el encuentro con los mismos se acompaña de reacciones emocionales positivas. La mayoría de los adultos poseen una historia de encuentros sexuales placenteros con cierto tipo de personas, desde la cual fácilmente podemos trazar cuál ha sido el tipo de objeto de su elección y, de ahí, la tendencia preponderante. Pero hay algo más.

Si bien la conducta expresa de un sujeto suele ser una adecuada señal para evidenciar su orientación sexual, existen casos de personas que, debido a las demandas y condiciones de culturas represivas, han pasado su vida disimulando su auténtica tendencia. Por tal motivo, muchos investigadores del área recurren al contenido de las fantasías sexuales durante la masturbación como un indicador más certero de las preferencias de un ser humano. Así, un hombre podría llevar una vida pública como heterosexual, pero fantasear con mantener relaciones con otros hombres mientras se masturba. A los efectos de una clasificación con el esquema clásico, este sujeto es homosexual, pues sus fantasías se entienden como un costado más revelador de sus preferencias que su conducta abierta.

Entonces, ¿podríamos tal vez encontrarnos con algún consultante que refiere cierta confusión acerca de su inclinación erótica, a quien finalmente terminamos ayudando a aceptar su homosexualidad o bisexualidad? Por supuesto que sí. Si bien, gracias a la progresiva integración de las minorías sexuales, esta clase de demandas ha tendido a la disminución, aún nos topamos con algún sujeto que se siente incómodo por una auténtica atracción homosexual, la cual vive con angustia y desorientación. Es más común en varones que en mujeres, seguramente debido a la tradicional educación impartida en nuestras sociedades.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Ahora bien, en este caso casi nunca estamos frente a un paciente con TOC, sino con alguien que experimenta un impulso sexual incompatible con sus valores y creencias. Así pues, si al indagar acerca del contenido de las fantasías durante la masturbación, un paciente varón nos narra que se imagina teniendo sexo con otros hombres o, como resulta muy común en la actualidad, su conducta autoerótica se acompaña del uso de pornografía de temática gay; tal información nos orientaría a descartar la presencia del TOC, validando más la hipótesis de que la persona es homosexual, bisexual o fluida, pero se encuentra contrariada por ello. La literatura también describe sujetos en quienes el componente sexual se encuentra parcialmente escindido del vincular amoroso, con lo cual nuestro paciente podría excitarse sexualmente con varones y mujeres por igual, pero sólo vincularse afectivamente con mujeres o con varones.

En fin, ya sabemos que la paleta de variantes acerca de la identidad sexual de un ser humano es enorme y que las clasificaciones nunca alcanzan. Estas últimas dependerán del conocimiento de los distintos subtipos y, obviamente, de las ideas imperantes en una cultura en un momento determinado. A los efectos de este artículo, lo que sí importa es que cualesquiera que sean las posibles combinaciones de atracción erótica, en estas situaciones **no estamos frente a un caso de TOC**. Opuestamente, la aseveración de que el paciente es homosexual, bisexual o fluido se fundamenta en las pruebas directas de sus conductas reportadas; esto es, concretamente, que él se masturba frente a una pantalla en la cual se observa un video en el que dos varones tienen sexo, o se imagina a sí mismo teniendo sexo con un igual, o lo lleva a cabo en la realidad palpable. Sean cuales fueran las circunstancias anteriores, poseemos indicadores objetivos de que la persona experimenta placer, busca y se aproxima a una cierta variedad de compañero sexual; en nuestro ejemplo, otro hombre, pero la misma lógica se aplicaría si se tratase de una mujer.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Para ser más claros, la afirmación de homosexualidad se realiza con evidencias contrastables, no con especulaciones ni razonamientos tautológicos que provienen de la imaginación del psicólogo, colonizado por ideas pseudocientíficas.

Ante todo, debemos tener en cuenta que la sexualidad se halla signada por el placer y las conductas de aproximación hacia los objetos que lo producen. Sea por la conducta abiertamente efectuada o por las fantasías que acompañan las prácticas autoeróticas, la sexualidad involucra un tono hedónico positivo y las conductas instrumentales de búsqueda, aproximación y contacto con los objetos eróticos que operan como reforzadores.

Por otro lado, la respuesta sexual posee un patrón muy específico de activación orgánsmica, el cual sólo se pone en marcha ante cierto tipo de estímulos o su representación en la fantasía. Así, el corazón late más rápido y aumenta la presión sanguínea, lo cual conduce una buena parte del flujo sanguíneo a los genitales y los músculos involucrados en la cópula. Como veremos, el patrón de activación fisiológico de las personas con TOC subtipo sexual resulta diferente.

En completa oposición a lo recientemente expresado, quienes padecen TOC **son víctimas de una profunda desdicha**, la cual se origina en las ideas de sentirse atraídos por personas de un sexo diferente al de su preferencia. En su forma más común, es decir, el TOC con obsesiones de homosexualidad, la perspectiva de mantener relaciones íntimas con otro ser humano del propio sexo acarrea miedo y angustia, **no placer**. Históricamente, el paciente ha vivido sus vínculos interpersonales desde una orientación sexual con la cual se siente cómodo y claramente identificado, vale decir, no hay tampoco señales de un desorden de la identidad.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

En otras palabras, los pensamientos que dibujan la posibilidad de verse atraído por alguien del sexo que no agrada no gatillan placer, sino ansiedad. Tales ideas se experimentan como intrusivas y perturbadoras, es decir, egodistónicas. De ahí es que se las considere pensamientos intrusivos, vale decir, cogniciones que se entrometen en la consciencia, con poca o ninguna relación con los contenidos mentales en curso ni los valores personales. La investigación ha documentado que los pensamientos intrusivos constituyen un fenómeno normal en la población general, los cuales podrían incluso tener un valor adaptativo favoreciendo la creatividad. La mayoría de las personas desechan estas ideas como absurdas, pero quienes presentan TOC (operando bajo la prepotencia del esquema fusión pensamiento-acción) no pueden descartar sus intrusiones fácilmente. Opuestamente, sobrevaloran su importancia, las interpretan como una amenaza y, por ende, experimentan ansiedad.

La ansiedad constituye una emoción defensiva, cuya función natural consiste en preparar al organismo para lidiar con los peligros. Así que en primer lugar, y en total oposición con la respuesta sexual, **la ansiedad gatilla reacciones de evitación y escape de los estímulos disparadores**. Por supuesto, este proceso no se vivencia como placentero sino que, por el contrario, el tono hedónico siempre se percibe como negativo y desagradable. El perfil de activación fisiológica de la ansiedad resulta muy específico y, aunque tiene con la respuesta sexual algún parecido superficial y aparente, su configuración final difiere por mucho. De hecho, **la ansiedad y la respuesta sexual son antagónicas**. Imaginemos por un momento lo que ocurre con cualquier especie que, en pleno acto de apareamiento, nota la presencia de un predador. ¿Continuarán las liebres o conejos con su fiesta si aparece el lobo?

El sentido evolutivo de la ansiedad radica en detectar un peligro inminente para luego activar el sistema defensivo que culmina con el escape, el freezing o la lucha. Ello involucra, entre otras cosas, aumentar la frecuencia cardíaca y la presión de la sangre; pero esta última ya no fluye a los genitales, sino al sistema



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

musculoesquelético capaz de llevar a cabo las acciones necesarias para sortear las amenazas. Tenemos un solo corazón, el cual usamos para bombear sangre independientemente del objetivo: ya sea correr una maratón o de un predador, o mantener relaciones sexuales o estresarnos al ver el consumo en nuestra factura de energía eléctrica. El corazón siempre late, no obstante, cada acción tendrá un perfil de activación fino y diferente de los otros.

Conclusiones

Ahora bien, en vista de lo expuesto, ¿cómo podríamos llegar a la conclusión de que alguien que experimenta obsesiones de orientación sexual es en verdad un homosexual reprimido, tal vez homofóbico, que no quiere admitir sus más profundas tendencias homoeróticas, las cuales pulsan por manifestarse y terminan haciendo un síntoma?

Repasemos brevemente la discusión.

En el TOC con obsesiones de homosexualidad observamos reacciones de evitación y escape propias de la ansiedad, con un tono hedónico negativo ante las ideas de mantener contacto sexual con un alguien del propio sexo. En cambio, las personas homosexuales manifiestan un patrón de acercamiento a otros individuos del propio sexo, experimentando un claro placer con el contacto físico o en su contraparte de fantasía e imaginación. Se trata de fenómenos completamente distintos, casi sin relación salvo por el hecho de que el contenido de las obsesiones se refiere a temas sexuales, pero **las obsesiones no activan una respuesta sexual**. Pensar en algo nada tiene que ver con que ello tenga lugar en la realidad.

Desde el psicoanálisis se ha sostenido históricamente la interpretación que en este artículo cuestionamos.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Algo así como que *“si le tenés tanto miedo, es porque en esencia lo sos”*. Sería el equivalente a afirmar que quien padece TOC de subtipo contaminación, en realidad, ama la mugre. Normalmente, la prueba de tal aseveración pretende hallarse en el síntoma, lo cual torna a la explicación en un razonamiento circular. Para ser más claros, a fin de desentrañar las causas de los pensamientos intrusivos de homosexualidad se recurre a la homosexualidad reprimida. Ahora bien, la supuesta prueba que se ofrece acerca de la existencia de la homosexualidad reprimida son aquellos pensamientos intrusivos desde los que se partió, vale decir, **el fenómeno que se intenta explicar acaba siendo la justificación de la misma explicación**. Fácilmente se observa la tautología, un juego de palabras carente de rigor lógico. Obviamente, ni qué hablar de pedirle a los proponentes de este tipo de hipótesis alguna prueba de lo que afirman, pues para ellos entramos en el campo de lo inimaginable. Con toda probabilidad ni siquiera entiendan un tal planteo. El psicoanálisis, al igual que todo el entramado de pseudociencias que lo rodean, jamás aporta pruebas directas de sus aseveraciones.

En verdad, esta clase de pseudoexplicaciones son un lugar común en las teorías psicoanalíticas, donde se acostumbra a afirmar que algo es lo que es debido a que se manifiesta de modo opuesto; mientras que ese opuesto es a la vez la prueba de lo que se afirma. ¿Parece un juego de palabras? Pues en concreto lo es. De este modo, las hipótesis se vuelven completamente inmunes a cualquier tipo de contrastación. Es lo que conocemos como **hipótesis no falsables**, tan atractivas como inútiles pues nunca pueden ponerse a prueba y, por consecuencia, **jamás ofrecen alternativas de solución**.

La investigación psicológica actual no deja lugar a dudas sobre el hecho claro de que el TOC con obsesiones de orientación sexual es **un desorden emocional que nada tiene que ver con la homosexualidad ni con ninguna otra orientación sexual**. Otorgar al consultante una lectura distinta, particularmente, la típica e histórica interpretación del psicoanálisis, solo acarrea al sujeto con TOC un sufrimiento



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

innecesario, que jamás se transforma en una solución o alivio a su problema. El psicólogo debe evitarla, discutirla y psicoeducar al paciente con la información científica correcta.