

Sexualidad y Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

José Manuel Menchón Magriñá

Hospital Universitario de Bellvitge.

Universidad de Barcelona.

La relación entre sexualidad y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se puede analizar en varios aspectos. Por un lado, las conductas sexuales compulsivas, muchas veces incluidas en el concepto del espectro del trastorno obsesivo compulsivo. Dado que estas conductas se tratan en otro apartado del presente libro, en este capítulo únicamente se mencionarán algunos aspectos, principalmente referidos al espectro. Otro aspecto de la relación entre la sexualidad y el TOC es el del comportamiento sexual de los pacientes con TOC. Finalmente, un fenómeno particular en el TOC es la presencia de obsesiones sexuales que se analizarán tanto dentro del TOC como en sujetos normales.

1.- Espectro del trastorno obsesivo compulsivo

El término 'espectro del trastorno obsesivo-compulsivo' se ha utilizado para referirse a un conjunto de trastornos que se considera que pueden compartir algunas características y similitudes con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Hollander y Benzaquen, 1997). Entre las características que se han mencionado que comparten los trastornos del espectro están algunas características clínicas (principalmente la presencia de conductas repetitivas) y la respuesta a tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina. No obstante, es un concepto cuya validez no está claramente demostrada, como por ejemplo, no hay suficientes datos neurobiológicos que confirmen este modelo (Stein, 2000). Una crítica a este concepto va más allá de este capítulo y puede encontrarse en Vallejo et al (2002).

Numerosos trastornos han sido incluidos dentro del espectro del TOC que de forma general se pueden agrupar en trastornos neurológicos (p. ej., Gilles de la Tourette, corea de Sydenham, autismo), trastornos relacionados con sensaciones o preocupaciones corporales (p. ej., trastorno dismórfico corporal, anorexia nerviosa, hipocondriasis) y trastornos de la impulsividad (p. ej., juego patológico, tricotilomanía, cleptomanía). Las conductas sexuales compulsivas estarían incluidas dentro de los trastornos de la impulsividad. Un aspecto central del modelo del espectro del TOC es considerar que existe una dimensión que se extiende desde los fenómenos más compulsivos en un extremo hasta la impulsividad en el otro extremo. Mientras que el extremo de la compulsividad se asocia a una sobreestimación del daño y evitación del riesgo, el extremo impulsivo está asociado a una infraestimación del daño y búsqueda de riesgo. A lo largo de esta dimensión se pueden situar diversos trastornos que se presentan con conductas repetitivas, de un cariz compulsivo, y en los que se considera que hay un déficit en el control de los impulsos. Las conductas sexuales compulsivas se situarían más cercanas al extremo impulsivo. En la tabla 1 se señalan las características que

se han propuesto para definir al sexo compulsivo.

A pesar de que estos trastornos muestran características que se han relacionado con el TOC, existen marcadas diferencias que limitan considerarlos dentro de la misma categoría del TOC. Desde el punto de vista clínico, las conductas sexuales, a pesar del carácter compulsivo que puedan tener, el sujeto deriva placer en el momento de realizar la conducta, mientras que en el TOC el paciente no obtiene placer por realizar las compulsiones. En el TOC existe una clara conciencia de absurdidad y vivencias egodistónicas que no están presentes en las conductas sexuales compulsivas. Por otra parte, también existen diferencias en los componentes cognitivos subyacentes que presentan los pacientes con TOC. En éstos, las compulsiones están dirigidas a evitar un daño potencial o a reducir la ansiedad asociada a una percepción de peligro (p. ej., al lavarse las manos para evitar una contaminación), características cognitivas que no concurren en el sexo compulsivo. En el TOC suele haber una sensación de responsabilidad aumentada (p. ej., en las posibles consecuencias de dejar una llave de gas abierta), hay un aumento de las expectativas de peligro subyacentes con sobreestimación del riesgo y tendencia a distorsiones cognitivas denominadas 'fusión del pensamiento-acción' en las que el hecho de pensar una conducta (p. ej., blasfemar en una iglesia) aumenta la ansiedad porque el sujeto considera que existe un mayor riesgo de pasar a la acción y realizar la conducta inaceptable. Estas características cognitivas no aparecen en el sexo compulsivo. Finalmente, los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina se han demostrado eficaces en el TOC mientras que en el sexo compulsivo la evidencia de la utilización de los antidepresivos se basa fundamentalmente en descripciones de casos aislados. Por ello, se puede considerar que las conductas sexuales compulsivas difieren en aspectos importantes del TOC. En otro capítulo del libro se trata de forma más específica estas conductas.

Insertar Tabla 1.

2- Comportamiento sexual en el TOC

¿Existe una asociación entre TOC y conductas sexuales compulsivas o parafilias?

Aunque la gran mayoría de pacientes con TOC no describen comportamientos sexuales de tipo compulsivo o parafílico que constituyan un motivo de consulta asociado al TOC, en ocasiones llama la atención que algunos casos aislados de pacientes con un TOC genuino también describen conductas sexuales de tipo parafílico. Estas conductas son especialmente sorprendentes en un trastorno que muchas veces se ha asociado a personalidades con estrictos conceptos morales, lo que de hecho es más propio del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad que no del trastorno correspondiente del eje I.

Se han descrito algunos casos de parafilias y que han sido orientados como TOC. Cryan et al (1992) ya mencionaron la presencia de TOC y conductas parafílicas en dos gemelos monoigóticos, sugiriendo la posibilidad de una relación entre TOC y parafilias.

En un interesante estudio, Stein y Hollander (1992) examinaron cuál había sido la respuesta a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en 13 casos que consultaron por síntomas sexuales y que fueron clasificados como parafilias, adicción al sexo no parafílica u

obsesiones de tipo sexual. Aunque el estudio fue retrospectivo y con un número de casos pequeño, observaron que las parafilias mostraban la respuesta más pobre mientras que las obsesiones sexuales eran los síntomas que mejor respuesta tenían a estos fármacos.

Zohar et al (1994) describieron el caso de un varón exhibicionista cuyas conductas remitían con fluvoxamina pero que recaía con desipramina y placebo. La eliminación de los impulsos no deseados y las conductas asociadas con el tratamiento de fluvoxamina no afectó al deseo sexual normal.

Marks y Mataix-cols (1997) describen un caso de travestismo y homosexualidad desde la adolescencia y que presentó un TOC a los 40 años. Aunque se realizó un tratamiento conductual específico para el TOC y no para las conductas sexuales, éstas remitieron durante un periodo de varios años coincidiendo con la remisión del TOC.

Galli et al (1998) describen el caso de un adolescente con múltiples parafilias (exhibicionismo, fetichismo), al que diagnostican de trastorno bipolar tipo II y de TOC, y que muestra una buena respuesta a fluoxetina, tanto de los síntomas depresivos como en las conductas parafílicas. Esta respuesta a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ha sugerido relaciones entre trastornos que comparten posibles alteraciones de este sistema de neurotransmisión y, por tanto, entre trastornos del control de los impulsos (como conductas sexuales compulsivas o juego patológico) y trastorno obsesivo-compulsivo (Kafman y Coleman, 1991; Hollander y Wong, 1995). Perilstein y Lipper (1991) describieron tres casos de parafilias que mejoraron con fluoxetina y plantean la posibilidad de que la mejoría esté relacionada con mecanismos similares a los que inducen la mejoría en el TOC o con un efecto directo sobre la actividad sexual.

Abdo et al (2001) describen dos casos de transvestismo y síntomas obsesivos que fueron tratados con clomipramina. Si bien las obsesiones mejoraron en ambos casos, sólo en uno de ellos remitieron las conductas de transvestismo. Los autores lo atribuyen al hecho que en este caso las conductas eran egodistónicas (y por tanto de una naturaleza más similar a la del TOC) a diferencia del caso en que no remitieron cuyas conductas sexuales eran más egosintónicas.

Estas conductas no sólo se han descrito en el TOC sino también hay algún caso descrito de parafilia en pacientes con Gilles de la Tourette, un trastorno con estrechas vinculaciones con el TOC. McDougle y Southwick (1990) describen el caso de un varón con Gilles de La Tourette, TOC, parafilias y conductas agresivas, mejorando todos estos trastornos con haloperidol y empeorando cuando este fármaco fue interrumpido.

Si estos casos de parafilia descritos únicamente constituyen las probabilidades de los que por azar es previsible que aparezcan en el TOC o en el Gilles de la Tourette, o representan una asociación más específica entre estos tipos de trastorno, es desconocido dado que no se disponen de estudios epidemiológicos fiables que ofrezcan datos acerca de la frecuencia de parafilias en estos trastornos y si esta frecuencia es mayor de la esperada por azar.

Por otra parte, las conductas sexuales compulsivas son probablemente heterogéneas en su naturaleza y no corresponden exclusivamente a una categoría de fenómenos. En este sentido, Travin (1995) ha sugerido cuatro modelos en donde ubicar estas conductas: obsesivo, afectivo, adictivo e impulsivo. Mientras que algunos casos pueden encajar claramente en uno

de estos modelos, en otros casos de conductas sexuales compulsivas estarán subyacentes rasgos de dos o más de estos modelos.

Estudios sobre comportamiento sexual en el TOC

En general se considera que los pacientes con TOC no presentan diferencias importantes en la sexualidad en comparación al resto de la población, aunque hay pocos estudios que analicen sistemáticamente este aspecto. Un estudio de Freund y Steketee (1989) también halló resultados similares. En 44 pacientes diagnosticados de TOC examinaron las actitudes personales y de sus padres hacia el sexo, el funcionamiento sexual actual, la historia sexual y las obsesiones sexuales. Los pacientes con TOC no diferían de las muestras normativas en la historia sexual o en las variables referidas a su actitud. Aproximadamente un tercio de la muestra presentaba obsesiones de tipo sexual. La sintomatología obsesiva interfería con la satisfacción sexual particularmente en aquellos casos con preocupaciones acerca de secreciones corporales aunque la disfunción sexual era relativamente infrecuente.

Un estudio de Staebler et al (1993) examinó la historia sexual pasada y presente, la satisfacción sexual actual y el ajuste matrimonial en 363 casos que cumplían criterios para TOC, trastorno de angustia y trastorno depresivo. No hallaron diferencias entre estos trastornos en estas variables.

Un estudio de Aksaray et al (2001) comparó la satisfacción sexual de 23 mujeres diagnosticadas de TOC con 26 mujeres diagnosticadas de ansiedad generalizada. Las pacientes con TOC mostraban menor satisfacción sexual, principalmente con mayor anorgasmia y actitud más evitadora.

Obsesiones sexuales en el TOC

La sintomatología obsesiva es muy variada, tanto en la forma de expresarse como en los contenidos obsesivos. Una temática obsesiva que suelen presentar los pacientes son las obsesiones de contenido sexual. Estas obsesiones están constituidas por pensamientos de tipo sexual que son completamente inaceptables para el individuo; aquellos pensamientos o imágenes que pueden resultar más repugnantes e inadmisibles para el sujeto son los que aparecen de forma intrusa y repetitiva en su conciencia, provocando una intensa ansiedad, sentimientos de culpabilidad por haberlos pensado y conductas compulsivas de tener que confesarse o preguntar a personas de confianza acerca de si serían capaces de realizar estos actos para que les tranquilicen. Ejemplos de este tipo de obsesiones son pensamientos o imágenes incestuosas, conductas de abuso a niños y dudas de homosexualidad inaceptables para el sujeto. Las obsesiones de tipo sexual no tienen que ver con las conductas sexuales compulsivas y suele ser fácil distinguirlas. Las conductas sexuales compulsivas no tienen el grado egodistónico de las obsesiones sexuales, en ellas el sujeto se debate en si realiza la conducta o no (mientras que el obsesivo no realiza la conducta pero tiene dudas acerca de si podría llegar a hacerla), en el momento de realizarla se obtiene placer aunque luego esté algo arrepentido de haberla llevado a cabo. El obsesivo, por su parte, puede dudar de si ha realizado la conducta, se horroriza ya sólo del hecho de haberla pensado y cree que debe ser castigado, y la emoción subyacente es desagradable y en ningún momento placentera; buscará alivio y tranquilización mediante preguntas a personas de confianza que le aseguren

que no ha realizado tal conducta o que sería incapaz de hacerla o bien acudirá a confesarse numerosas veces y con marcadas vivencias de vergüenza. Mientras que las obsesiones sexuales son fenómenos genuinos del TOC, las compulsiones sexuales se han enmarcado en trastornos del control de los impulsos, parafilias y el espectro obsesivo.

Las obsesiones sexuales suelen asociarse a otros tipos de obsesiones, principalmente las de tipo agresivo (Baer, 1994; Rasmussen y Eisen, 1998). Algunos estudios factoriales las han hallado asociadas a otros tipos de obsesiones como por ejemplo de tipo religioso (Baer, 1994; Mataix-cols et al, 1999). Uno de los estudios de clasificación más aceptados (Leckman et al, 1997) agrupa a las obsesiones sexuales con las dudas obsesivas con conductas de comprobación, religiosas, agresivas y somáticas.

La frecuencia de obsesiones sexuales en adultos está alrededor de un 20-30 % (Vallejo, 1995) con cifras que varían según los estudios: 21 % (Akhtar et al, 1975), 32 % (Rasmussen y Tsuang, 1986), 21 % (Khanna et al, 1990), 24% (Rasmussen y Eisen, 1992). En uno de los estudios más citados, Rasmussen y Tsuang (1986) hallaron que aproximadamente un 32 % de pacientes con TOC tenían obsesiones de tipo sexual entre las que destacaban temor a perversiones sexuales y a realizar actos debidos a impulsos sexuales. Otro estudio de (Summerfeldt et al en 1998, citado en Antony et al, 1998) realizado en 182 pacientes las halló en el 19,8 %. Mataix-cols et al (1999) hallaron que las obsesiones sexuales constituían el síntoma principal del TOC en el 4,5 % de los pacientes y que estaban presentes aunque no fueran el síntoma principal en un 14,7 % adicional, lo que representa un total de 19,2 % en una muestra de 354 pacientes. Respecto a diferencias entre sexos, las obsesiones sexuales son algo más frecuentes en hombres (27 %) que en mujeres (12,7 %) (Lensi et al, 1996)

Las obsesiones sexuales no sólo son de adultos sino que también se han hallado en niños. Swedo et al (1989) estudiaron la fenomenología de 70 casos de niños diagnosticados de TOC y hallaron que un 4 % de ellos tenían obsesiones de impulsos, imágenes o pensamientos sexuales perversos, agresivos o prohibidos. Se han descrito dos casos de niños con obsesiones de tipo sexual y otras obsesiones (contaminación y limpieza, dudas y comprobación) en los que el inicio del TOC se relacionaba con episodios de abuso sexual (Freeman y Leonard, 2000).

En resumen, las obsesiones sexuales aparecen en un 20-30 % de los pacientes con TOC, parecen ser algo más frecuentes en hombres que en mujeres, y no sólo están en adultos sino que también pueden aparecer en niños. Suelen estar asociadas a otros tipos de obsesiones, principalmente de tipo religioso y agresivo así como a conductas de comprobación y deben diferenciarse de las conductas sexuales compulsivas.

Fenómenos obsesivoides en sujetos normales.

Los pensamientos con temática obsesiva no son exclusivos de los pacientes con TOC. No es infrecuente que pensamientos de un contenido similar a los pacientes con TOC aparezcan en sujetos normales (p. ej., temores de contaminación, dudas y necesidad de comprobar, pensamientos absurdos de tipo agresivo o sexual, etc.). No obstante, las características propias del fenómeno obsesivo (repetición, intrusión, resistencia, ansiedad, interferencia) distinguen a los pacientes con TOC de los sujetos normales. Por ello, en los pacientes con TOC estas obsesiones son mucho más intensas, más vívidas y más duraderas que en los

normales.

No obstante, los pensamientos intrusivos no deseados son un fenómeno relativamente frecuente en la población en general. Suelen ser egodistónicos y su contenido son situaciones o acciones que repugnan al individuo acerca de temas sexuales, agresivos, de suciedad o de contaminación. Estas cogniciones intrusivas no deseadas que ocurren en personas no obsesivas tienen un contenido similar al observado en pacientes diagnosticados de TOC. De hecho, algunos investigadores (Salkovskis, 1985, 1989, 1996; Salkovskis et al, 1995; Rachman 1997, 1998) consideran que las obsesiones clínicas tienen su origen en estas cogniciones no deseadas. Aparte de las características fenomenológicas que pueden diferenciar las obsesiones clínicas de estas cogniciones intrusivas no deseadas (como la presencia de resistencia, de ansiedad y malestar asociados, la intensidad del fenómeno, su repetitividad e interferencia), desde el punto de vista cognitivo lo que distinguiría las obsesiones clínicas es el significado o atribuciones asociadas a la cognición. Se ha señalado que estos pensamientos intrusivos no deseados devienen obsesiones clínicas debido a algunos de los siguientes procesos de evaluación que realiza el sujeto: estas cogniciones representan un índice de la responsabilidad que el sujeto tiene acerca del daño que puede ocasionar o evitar hacia sí mismo u otros, y los esfuerzos consiguientes que el sujeto realiza para neutralizar este aumento del sentido de responsabilidad mediante estrategias de control del pensamiento (Salkovskis, 1996), o bien por el proceso de atribución de 'fusión pensamiento-acción' el cual consiste en un sesgo cognitivo por el que se interpreta el pensamiento no deseado como real o moralmente equivalente a su manifestación conductual (Rachman, 1993, 1997, 1998). Los estudios indican que cuanto menor control cree el individuo que ejerce sobre estos pensamientos intrusivos, más probable es que éstos aparezcan en la conciencia (Parkinson y Rachman, 1981; Salkovskis y Harrison, 1984; Clark y Silva, 1985; Purdon y CLark, 1994).

En el contexto de estos modelos teóricos, Clark et al (2000) llevaron a cabo un estudio para examinar las distintas formas de evaluación y de estrategias de control de los pensamientos sexuales intrusivos no deseados en 171 estudiantes universitarios. En la tabla 2 se muestran distintas atribuciones que los individuos suelen realizar ante pensamientos intrusivos no deseados y en la tabla 3 se muestran estrategias de control que utilizan las personas para intentar neutralizar estos pensamientos intrusivos. El estudio no halló diferencias entre las formas de evaluación de los pensamientos entre varones y mujeres. No obstante, sí halló diferencias en las estrategias de control utilizadas por las mujeres las cuales se diferenciaban de los varones en una mayor utilización de las siguientes estrategias: distracción cognitiva, reestructuración cognitiva, búsqueda de tranquilización, parada de pensamiento y tranquilizarse uno mismo; no obstante, estas estrategias eran más utilizadas por las mujeres principalmente en el control de pensamientos intrusivos no deseados de tipo no sexual, mientras que no se observaban diferencias en los de tipo sexual. De hecho, para la muestra en conjunto no se observaron diferencias en las estrategias de control utilizadas para los pensamientos intrusivos sexuales en comparación con las utilizadas en los no sexuales (por ejemplo, agresividad, contaminación, suciedad); es más, había una mayor frecuencia de utilización de estrategias para controlar los pensamientos intrusivos de tipo no sexual. La activación fisiológica percibida por el sujeto era el único predictor de sensación de menor control sobre los pensamientos intrusivos de tipo sexual.

Insertar Tabla 2 y Tabla 3

En resumen, los fenómenos de tipo obsesivo, principalmente pensamientos intrusivos no deseados son un fenómeno relativamente normal y pueden derivar en obsesión dependiendo de las atribuciones que se asignen a estos pensamientos y las estrategias de control utilizadas. Por otra parte, los pensamientos intrusivos de tipo sexual en concreto no parecen generar respuestas particularmente específicas entre los sujetos normales.

REFERENCIAS

- Abdo CHN, Hounie A, Scanavino M de T, Miguel EC. OCD and transvestism: is there a relationship? *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 471-473.
- Akhtar S, Wig NN, Varma VK, Pershad D, Verma SK. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1975; 127: 342-348.
- Aksaray G, Yelken B, Kaptanoglu C, Oflu S, Ozaltin M. Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *J Sex Marital Ther* 2001; 27:273-7.
- Antony MM, Downie F, Swinson RP. Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. En: Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richtere MA (dirs.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment*. London: The Guilford Press, 1998, pp. 3-32.
- Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(March supl):18-23.
- Bianchi MD. Fluoxetine treatment of exhibitionism. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1089-1090.
- Bradford JM. The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour. *Psychiatr Q* 1999; 70: 209-219.
- Clark DA, Purdon C, Byers ES. Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behav Res Ther* 2000; 38:439-55.
- Clark DA, de Silva P. The nature of depressive and anxious thoughts: distinct or uniform phenomena? *Behaviour Research and Therapy* 1985; 23: 383-393.
- Cryan EM, GJ, Butcher, Webb MG. Obsessive-compulsive disorder and paraphilia in a monozygotic twin pair. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 694-698.
- Galli VB, Raute NJ, McConville BJ, McElroy SL. An adolescent male with multiple paraphilias successfully treated with fluoxetine. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1998; 8: 195-197.
- Freeman JB, Leonard HL. Sexual obsessions in obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:141-142.
- Freund B, Steketee G. Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *J Sex Marital Ther* 1989; 15:31-41.
- Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(Suppl 4): 7-12; discussion 13.
- Hollander E, Benzsaquen SD. The obsessive-compulsive spectrum disorder. En: den Boer JA, Westenberg HGM (dirs.), *Focus on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders*.

Amsterdam: Syn-thesis, 1997, pp. 34-44.

Kafka MP, Coleman E. Serotonin and paraphilias: the convergence of mood, impulse and compulsive disorders. *J Clin Psychopharmacol* 1991; 11: 223-224.

Khanna S, Kaliaperumal VG, Channabasavanna SM. Clusters of obsessive-compulsive phenomena in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 51-54.

Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL: Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:911-917.

Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 101-107.

Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1409-1416.

McDougle CJ, Southwick SM, Rohrbaugh RM. Tourette's disorder and associated complex behaviors: a case report. *Yale J Biol Med* 1990; 63: 209-214.

Perilstein RD, Lipper S, Friedman LJ. Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 169-170.

Parkinson L, Rachman S. Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1981; 3: 101-110.

Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy* 1994; 32: 403-410.

Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy* 1993; 31: 149-154.

Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35: 793-802.

Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36: 385-401.

Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15:743-758.

Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. En: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE (dirs), *Obsessive-Compulsive Disorders, Practical Management*, 3^a edic. Boston: Mosby, 1998, 12-43.

- Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:317-322.
- Salkovskis PM. Obsessional±compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy* 1985; 23: 571-583.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy* 1989; 27: 677-682.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. En: Rapee RM, *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press, 1996, pp. 103-133.
- Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy* 1984; 22: 549-552.
- Salkovskis PM, Richards HC, Forrester E. The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23: 281-299.
- Staebler CR, Pollard CA, Merkel WT. Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. *J Sex Marital Ther* 1993; 19:147-53.
- Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, Schneier FR, Fallon BA, Liebowitz MR, Klein DF. Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 267-271.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 335-341.
- Travin, S. Compulsive sexual behaviors. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 155-169.
- Vallejo J. Clínica de los trastornos obsesivo-compulsivos. En: Vallejo J, Berríos GE (dirs.), *Estados Obsesivos*, 2ª edic. Barcelona: Masson, 1995, 27-54.
- Vallejo J, Alonso MP, Pifarré JM. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Roca M, Leal C, Vallejo J, Baca E, Giner J, Cervera S, Cuenca E (dirs.), *Trastornos Neuróticos*. Barcelona: Ars Medica, 2002, pp. 461-513.
- Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J. Compulsive exhibitionism successfully treated with fluvoxamine: a controlled case study. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:86-8.

Tabla 1. Características propuestas para definir las conductas sexuales compulsivas.

Pérdida de control de la conducta

Graves consecuencias adversas (legales, médicas, interpersonales) debidas a la conducta sexual

Búsqueda persistente de conducta autodestructiva o de alto riesgo

Intentos repetidos de parar o limitar la conducta sexual

Fantasías y obsesiones sexuales como un mecanismo primario de afrontamiento

Necesidad de incrementar la actividad sexual

Cambios de humor relacionados con la actividad sexual

Gran cantidad de tiempo empleado en actividades sexuales

Interferencia de la conducta sexual en el funcionamiento

Tabla 2. Distintos tipos de atribuciones asignadas a pensamientos obsesivos por sujetos normales

Convencimiento de que tener el pensamiento intrusivo es moralmente tan malo como realizarlo

Certidumbre que el pensamiento intrusivo pueda convertirse en realidad.

Preocupación respecto a poder controlar el pensamiento intrusivo y no ocurra en la realidad

Responsabilidad de permitir que el pensamiento intrusivo aparezca en la mente de la persona.

Amenaza: grado en que tener el pensamiento intrusivo signifique amenaza hacia uno o hacia los demás

Evitación: intensidad en evitar situaciones que puedan desencadenar los pensamientos intrusivos

Control: dificultad en conseguir controlar los pensamientos intrusivos una vez han aparecido en la mente

Importancia para llevar a la mente fuera de los pensamientos intrusivos

Desaprobación del hecho de tener pensamientos intrusivos no deseados

Sentimientos de culpa de haber dejado que los pensamientos intrusivos aparezcan en la mente

Tabla 3. Estrategias de control utilizadas ante pensamientos intrusivos no deseados

- Distracción cognitiva
- Neutralización cognitiva
- Distracción conductual
- Neutralización conductual
- Reestructuración cognitiva
- Búsqueda de tranquilización
- Parada de pensamiento
- No hacer nada
- Rezar
- Tranquilizarse uno mismo