



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
DE HIPERSEXUALIDAD CON ADICCIÓN A
LA PORNOGRAFÍA EN INTERNET
ASOCIADO A UN TRAUMA
PSICOLÓGICO

Estudiante: SELVA ALEJANDRA ESTRELLA

Legajo: 36560

Directora: Postdoc. ELENA SCHERB

Trabajo Final de Integración para acceder al título de
Especialista en Psicología Clínica

2024

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [x]

Lugar y fecha: Neuquén, 20 de diciembre de 2024

Firma y aclaración del autor:



Selva Alejandra Estrella

**TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE HIPERSEXUALIDAD CON
ADICCIÓN A LA PORNOGRAFIA EN INTERNET ASOCIADO A UN
TRAUMA PSICOLÓGICO**

Obsessive-Compulsive Disorder of Hypersexuality with Internet Pornography
Addiction Associated with Psychological Trauma

Lic. Selva A. Estrella

[https://orcid.org/0009-0001-
2424-5024](https://orcid.org/0009-0001-2424-5024)

licselvaestrella@gmail.com

Especialista en Psicoterapia
Individual, Familiar y Grupal con
Orientación Cognitiva
Conductual.

Resumen

Se presenta un estudio de caso de un paciente adulto cuya evaluación y tratamiento estuvieron basados en el modelo de Terapia Cognitivo Conductual diseñado para guiar al paciente a través de un proceso gradual de autocomprensión, reestructuración cognitiva, manejo de impulsos y desarrollo de nuevas habilidades para una vida sexual-personal más saludable y equilibrada. El plan de tratamiento se pensó centrado en un abordaje focalizado con el objetivo de producir un alivio en la sintomatología e intervenciones multinivel, dado las condiciones clínicas complejas que presenta el paciente. Se diseñaron dos focos de intervención cada uno con cuatro fases: Evaluación y Psicoeducación - Reestructuración Cognitiva y Manejo de Impulsos - Procesamiento del Trauma - Consolidación y Mantenimiento. El mismo consta de objetivos a corto, mediano y largo plazo, dado que no se trabajó solamente con el síntoma por el cual consulta, sino que en una segunda etapa se continuó con las secuelas emocionales relacionadas a una experiencia vivida como traumática en la niñez. La clave parcial del éxito de este

ambicioso proceso es por un lado el establecimiento de la Alianza Terapéutica. A través de la misma, y con un plan de tratamiento apropiado y singular al paciente, adaptado y diseñado de acuerdo a su historia vital, a su contexto socio - emocional - relacional - conductual, poder enseñarle a objetar y poner en duda sus propias creencias, controlar sus impulsos compulsivos y obtener un mayor bienestar favoreciendo la resiliencia. Los resultados obtenidos hasta el momento son una conjugación entre el compromiso de las partes, el plan de tratamiento y el esfuerzo llevado a cabo por el paciente para modificar su situación actual. El tratamiento fue eficaz para reducir la frecuencia, intensidad y duración de la conducta problema, así como también una mejora en la calidad de vida.

Palabras Claves: Trastorno obsesivo compulsivo - hipersexualidad - pornografía - internet - trauma psicológico

Abstract: A case study is presented of an adult patient whose evaluation and treatment were based on the Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) model. This approach was designed to guide the patient through a gradual process of self-understanding, cognitive restructuring, impulse control, and the development of new skills for a healthier and more balanced personal and sexual life.

The treatment plan focused on a targeted approach to alleviate symptoms, combined with multilevel interventions due to the complex clinical conditions presented by the patient. Two intervention focuses were designed, each comprising four phases: Assessment and Psychoeducation - Cognitive Restructuring and Impulse Control - Trauma Processing - Consolidation and Maintenance.

The plan included short, medium, and long-term objectives. The treatment did not solely address the presenting symptom; in a second stage, it also dealt with the emotional aftermath of a traumatic childhood experience. A partial key to the success of this ambitious process was the establishment of a Therapeutic Alliance. Through this alliance, and with a treatment plan tailored to the patient's unique life history and socio-emotional-relational-behavioral context, the patient was taught to question and challenge their beliefs, control compulsive impulses, achieve greater well-being, and enhance resilience.

Key Words: Obsessive-Compulsive Disorder - Hypersexuality - Pornography - Internet - Psychological Trauma

Introducción:

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es una condición clínica caracterizada por la presencia de pensamientos intrusivos, impulsos o imágenes recurrentes, mientras que la compulsión es la necesidad de comportamientos repetitivos que la persona realiza con el fin de reducir la ansiedad. Conductas o actos mentales repetitivos que la persona se siente empujada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que debe aplicar en forma rígida. Las obsesiones y compulsiones interfieren de manera significativa en el desarrollo psicosocial.

Trastornos de Estrés Post Traumático con malestar psicológico a un evento traumático, incluye una amplia gama de síntomas como la ansiedad. Cuando la emoción es intensa, la persona tiende a experimentar una amnesia del hecho, no pudiendo así estructurar una narrativa del mismo. Esto se transformaría en una “fobia del recuerdo” que persistirá mediante experiencias intrusivas, re experimentaciones somáticas y pensamientos obsesivos. La presencia de factores tales como: que el trauma sea infligido por un ser humano, que ese ser humano sea alguien que debió cuidar de la persona y que el trauma ocurre a una edad temprana, es un predictor de que las secuelas serán más duraderas. Un trauma es todo aquello que una persona vive sin tener los recursos adecuados para procesarlo, sea por edad, nivel de madurez física y/o emocional y virulencia de la experiencia. De esta forma, queda traumatizado, es decir trabado en la experiencia, sin posibilidad de desprenderse de ella, derivando así en sintomatología física, psíquica o ambas. La profundidad de la huella traumática depende de cada persona y también de la gravedad de la situación, dejando en muchos casos, cuadros patológicos crónicos (Cazabat, 2002).

Trastorno de Ansiedad No Especificado, es una categoría diagnóstica que, aunque no cumple con los criterios para un trastorno específico, causa malestar clínico significativo afectando diversas áreas como la cognitiva, conductual y funcional. Ansiedad intensa y específica a un evento que se activa en un contexto determinado. La ansiedad es un proceso complejo que involucra varios procesos interrelacionados, que opera como un sistema defensivo desregulado en los Trastornos de Ansiedad.

La disfunción sexual, hipersexualidad o adicción especificada por masturbación compulsiva, se refiere a un patrón repetitivo e incontrolable de conducta sexual

autoerótica, que puede interferir significativamente en la vida diaria y el bienestar emocional del individuo.

Tras una propuesta inicial por incluir en la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), el trastorno por hipersexualidad (Kafka, 2010) finalmente no fue introducido argumentando la falta de estudios e investigaciones empíricas que justifican su existencia. Los criterios incluían la presencia, durante al menos 6 meses, de deseo y fantasías sexuales recurrentes e intensas en las que se invierte una gran cantidad de tiempo, asociación con alteraciones del estado de ánimo, intentos recurrentes y fallidos por controlar la conducta, la exposición a situaciones de riesgo o la generación de malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Además, habría que especificar si el problema planteado es debido a masturbación, pornografía, conducta sexual con adultos que consienten, cibersexo, sexo telefónico, clubs de "striptease" u otros problemas (Hervías Ortega, 2020).

El tratamiento para la adicción sexual es un proceso complejo que generalmente implica una combinación de enfoques terapéuticos y, en algunos casos, intervención médica. Es importante entender que la adicción sexual, como cualquier adicción, puede tener un impacto negativo en la vida de las personas afectadas y en sus relaciones, por lo que el tratamiento debe ser integral y personalizado.

La Alianza Terapéutica es uno de los conceptos principales en la práctica terapéutica, definida como "El vínculo colaborativo entre el terapeuta y el paciente que incluye la construcción de una relación de confianza, el acuerdo sobre los objetivos terapéuticos y la aceptación de las tareas necesarias para alcanzarlo" (Bordín, 1979). Estos tres elementos se convierten en pilares para lograr una intervención efectiva, pues crean un espacio de confianza y seguridad. Es un elemento central en cualquier tratamiento, y al mismo tiempo es el elemento que lo sostiene, como un eje central para alcanzar los objetivos propuestos. (Bordin, 1994; Beck, 2010; Horvath, 2018; Corbella, 2019).

Método

Se realizó un estudio de caso de un paciente adulto diagnosticado con TOC y comorbilidad con Trastorno de Ansiedad Especificada, Trastorno de Estrés Pos

Traumático, Disfunción Sexual No Especificada. Con el objetivo de preservar su confidencialidad se utilizaron únicamente las iniciales de su nombre y apellido. Para la evaluación se destacan: la entrevista clínica, los criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -5 2014) y evaluación oral de la sintomatología (detallada en los Anexo 1 y 2).

Contextualización del Caso

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una perturbación mental “común, heterogénea, de larga duración” (Rueda, 2013, p. 267) y puede llegar a producir una gran disfuncionalidad. Se caracteriza por la presentación de obsesiones y / o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos o imágenes recurrentes, persistentes e intrusivas. Las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales que una persona se siente inducida a realizar en respuesta a una obsesión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El TOC presenta un elevado grado de comorbilidad con otros trastornos, como con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (un 16 %) (Lasalle et al., 2004).

Los enfoques de terapia cognitiva conductual (TCC) son tratamientos validados empíricamente para Trastornos Obsesivos Compulsivos. Que no consiste en sí misma una aplicación de una serie de técnicas de forma automática y uniforme, sino por el contrario, cada caso debe ser cuidadosamente conceptualizado dentro del marco teórico cognitivo y eso llevará al terapeuta a elegir las estrategias y técnicas adecuadas para cada paciente. (Ruiz et al., 2011).

El caso que se presenta es de un consultante adulto de 26 años, al que llamaremos J.B, cuyo motivo de consulta manifiesto es la masturbación compulsiva. Se realizaron entrevistas psicológicas clínicas semiestructuradas a fin de conocer en forma detallada el motivo por el cual realiza la consulta, la descripción, intensidad, frecuencia, duración del síntoma compulsivo. Las reacciones somáticas que experimenta, los pensamientos del paciente respecto a estas situaciones y la identificación de los desencadenantes. Se continúa por la génesis y antecedentes del trastorno, las interferencias en diferentes áreas de su vida, por tratamientos previos y actuales u otros intentos de solución del problema. Se indaga sobre las redes familiares y sociales.

En estas primeras entrevistas, J.B. explicita que tiene un alto nivel de expectativas con motivación para el cambio. Se procede a evaluar patrones de síntomas presente en el paciente, a través del Inventario de Síntomas SCL 90, siendo elevado el nivel en las dimensiones: Obsesiones y Compulsiones y Sensitividad Interpersonal, y moderado en las dimensiones de Depresión y Ansiedad (Anexo 1.1). También se evalúa con la Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) puntuando extremadamente satisfecho en la intensidad de la excitación sexual, frecuencia de los orgasmos y frecuencia de actividad sexual y nada en relación a la variedad de actividades sexuales. El resto de las escalas se encuentra entre poco y moderadamente (Anexo 2.1).

Los problemas principales identificados son:

- Área Mental: se encuentra orientado en tiempo y espacio. Pensamientos y creencias distorsionadas en el manejo de la ansiedad. Creencias de que su pene se encuentra dañado y no es lo suficientemente grande para agrandar a una pareja sexual.

Emociones disfuncionales recurrentes: ansiedad, angustia, irritabilidad, frustración. Sensaciones de asco. Fantasías sexuales exacerbadas.

- Área física/ corporal: No presenta antecedentes de enfermedades físicas. Adulto sano. Falta de energía en el día para el cumplimiento de tareas académicas o laborales. Vigilia nocturna. Hiperactividad sexual de masturbación compulsiva con exceso de fantasías sexuales. Estrés, imposibilidad de relajarse. Presenta antecedentes de disfunción eréctil.
- Área Interpersonal: insatisfacción con su pareja sexual. Antecedentes de parejas abusivas - tóxicas. Familia extensiva de regular vinculación con todos y cada uno de los miembros familiares. Buena red social con amigos/as.

Las fortalezas que presenta J.B. es una alta motivación para modificar sus conductas compulsivas sexuales.

Diagnóstico: Clasificación Sistema Clásico DSM V (2014)

- Trastorno Obsesivo Compulsivo (300.3)
- Comorbilidad con Trastornos de Ansiedad Especificado (300.9)

- Comorbilidad con Trastorno por Estrés Postraumático (309.81)
- Comorbilidad con Disfunción Sexual no Especificada (302.70)

Presentación del caso

J.B., es un joven de 26 años, residente en la Patagonia Argentina, cursó hasta cuarto año de la carrera de Música, Bajo Electrónico, que abandona para volver a su ciudad natal por el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Proviene de una familia de clase media, integrada por padres profesionales y una hermana menor de 22 años, estudiante universitaria, quien presenta Fobia Social. Mantiene una relación de noviazgo desde hace 5 años, con una pareja, que, en el 2019, fue diagnosticada con Esclerosis Múltiple.

Aclara que no es la primera vez que realiza una consulta: “tengo una larga carrera de consultas, fui medicado con antidepresivos que lo único que hicieron es que estuviera más lento”. Además menciona que tiene un problema identificado que lo ha ido trabajando por muchos años sin obtener resultados. En sus palabras: “básicamente es un TOC con la masturbación y la pornografía de cibersexo”. La misma comenzó a los 11 años y se fue agravando. A los 16 años se masturbaba en chat anónimos o charlas con personas anónimas, donde la fantasía era que alguien estuviera con su madre o su novia. Esta compulsión tiene todo un ritual, en donde no puede saltar ningún paso, comenta que es la única forma de llegar, a lo que J. B. denomina “una descarga eléctrica en todo su cuerpo”. “Me pasa más en la noche cuando estoy solo, “es muy íntimo”, me cuesta un montón. Me desagrada y me da asco y me produce mucha angustia”. Cuando llega la noche, la ansiedad comienza a crecer y solo se calma con el acto masturbatorio.

El origen de su compulsión lo relaciona con una situación vivida a los 5-7 años: “bañándome con mi vieja y ella me hacía cosquillas y en un momento se puso el pito en la boca por unos segundos, y ya no recuerdo más”. También recuerda una situación con su abuela materna, en una navidad, que le estaba haciendo cosquillas y que lo toca como masturbándolo: “y yo siendo un nene”. Además de ser una persona que era de hacer muchos comentarios sexuales como el tamaño del pene. Describe a sus padres como muy sobreprotectores, que siempre lo han consentido y le han dado todo, “Me siguen tratando como un nene, cuando yo ya soy un adulto, quizás será porque cuando nací estuve en terapia intensiva, casi me muero”. La relación con su padre, de 58 años, la describe como normal, aunque algo distante, y que él tiene conductas obsesivas con la limpieza: “esto

debe ser porque es odontólogo, y que con su madre, de 56 años, de profesión psicóloga, tiene una relación conflictiva de amor odio “por lo que me hizo, pero la amo porque es mi madre, pero me cuesta un montón”. Con su hermana posee poca relación, ella pasa mucho tiempo encerrada en su pieza. Describe a su novia, como una persona con la que se lleva extremadamente bien “y eso es un montón”. La caracteriza como muy tierna y maternal, a lo que agrega que “ella no es muy sexual”. Explica que no tienen relaciones íntimas muy seguidas, no hay química sexual y que la situación se acentúa después de su diagnóstico, momento por el cual deja de insistir en esta área. Siente un malestar en esta relación que le produce angustia y muchas veces piensa no estar más con ella: “Malestar que no alcanza con el amor”. A los 18 años tuvo una relación muy tóxica con una joven que lo manipula y abusa psicológicamente. Durante esta relación experimentó disfunción sexual eréctil, una dificultad que también se ha manifestado en relaciones ocasionales posteriores. A partir de la ruptura de la relación, J.B. decide irse a estudiar a Buenos Aires la carrera de músico. Su red social es amplia entre ex compañeros de secundaria y amigos de la música. Durante la época de la escuela primaria, comenzó a jugar Básquet, en el cual destaca por su habilidad. Comenta que sus padres solían afirmar con mucho orgullo que era el mejor jugador, lo que le provocaba incomodidad. En la final de un campeonato, falló un tiro, que llevó a su equipo a perder el partido. Este acontecimiento lo lleva a abandonar el deporte que lo apasionaba, con un sentimiento de mucha frustración. En el momento de la consulta, J.B. tiene unas horas en Escuelas Medias, y ocasionalmente eventos con bandas de música. A lo que agrega “que su ingreso no es suficiente, pero le permite pagarse sus gastos personales. Menciona que posee otras conductas obsesivas-compulsivas desde su infancia. Por ejemplo: relata que de niño borraba la letra mayúscula hasta 30 veces, a fin de que quedaran como le gustaba, o el hábito de cortado de sus uñas hasta lastimarse (por tocar instrumentos), así como también depilarse con una pinza, dedicar tiempo en la elección de su outfit. Además, señala conductas repetitivas a los juegos en línea y el consumo de marihuana.

Actualmente pasa más de 8 horas diarias masturbándose en su habitación, cuya actividad le ha dejado marcas en su pene. Manifiesta un gran sentido de culpa, incapacidad para concentrarse y un desgano todo el tiempo, “me saca la energía, no me puedo concentrar”. Ha intentado comenzar varias carreras, pero las abandonó dado que pierde las cursadas por no presentarse a las clases, le cuesta la disciplina en el estudio. Las características generales de este caso clínico son: alta frecuencia de comportamiento

sexual no deseado (masturbación compulsiva), comportamiento cíclico y altamente ritualizado, para lograr cada vez el mismo nivel de placer, constante doble vida (diurna - nocturna), acompañado de sentimientos de soledad, desesperación y falta de ayuda.

La experiencia como terapeuta de J.B. me significó un proceso profundamente desafiante y enriquecedor, ya que el pensar lo que quiere revelar el paciente a través de la repetición, el ritual o el pensamiento intrusivo que se presenta como un mensaje encriptado, me invita a comprender e interpretar su significado. Esto me implicó adoptar una actitud flexible, empática y creativa en la forma de abordarlo. Fue necesario pensar en estrategias eficaces para implementar, que le permitan a J.B. nuevas maneras de relacionarse con su malestar, a fin de que alcance una gestión de su vida de forma más adaptativa. Significó ofrecerle, a través de un trabajo comprometido y flexible, nuevas maneras de explorar y salir de su zona de confort, acompañar en el aprendizaje de gestionar sus incertidumbres e insatisfacciones para que logre mayor calidad de vida. Si bien es una experiencia que demandó esfuerzo y dedicación, se convirtió en un espacio de transformación para ambas partes.

En cuanto a las consideraciones éticas el presente estudio siguió los lineamientos éticos establecidos desde la práctica profesional y de la investigación en psicología. Se obtuvo el consentimiento informado del participante, este incluía las reglas generales del trabajo de investigación. Se garantiza la confidencialidad del paciente en términos de respeto, dignidad conforme a la Ley 25.326.

Concepto orientador con apoyo de investigación y experiencia clínica

Tratamiento y curso

El procedimiento realizado de la intervención consta de 60 sesiones distribuidas en dos focos de intervención. Se detalla cómo se abordó el tratamiento sobre la hipersexualidad relacionada con la adicción a la pornografía por internet y trauma infantil subyacente, siendo el objetivo de la intervención abordar de manera sistemática y profundas ambas problemáticas.

El tratamiento buscó proporcionar al paciente herramientas efectivas para reducir los comportamientos compulsivos y fomentar una vida equilibrada y saludable. (Tabla 1).

Objetivos Terapéuticos

El objetivo principal de este tratamiento es que el paciente adquiriera las herramientas necesarias para identificar, desafiar y cambiar sus pensamientos y comportamientos relacionados con la adicción sexual, en este caso, y al mismo tiempo, que desarrolle habilidades para gestionar sus impulsos y emociones disfuncionales. Para el logro de dichos objetivos se diseñó un plan de tratamiento de forma individual, en consultorio privado con duración aproximada de 50 minutos de forma semanal. La planificación se pensó en dos etapas respondiendo a los focos de intervención: Sintomatología obsesiva - compulsiva y malestar subjetivo emocional. En dichas etapas se trabajó con los siguientes objetivos e intervenciones:

- Psicoeducar respecto de que la ansiedad es una emoción esperable y cómo aprender a convivir con ella, e identificar ansiedad funcional/ansiedad disfuncional. Construir recursos de confianza en su autonomía.
- Disminuir la mala interpretación catastrófica y los esquemas subyacentes de amenaza de los estados corporales o mentales.
- Reducir la sensibilidad a las sensaciones físicas y mentales.
- Incrementar las capacidades de revaloración cognitiva, adoptando explicaciones alternativas para su sintomatología, reduciendo distorsiones cognitivas.
- Aumentar la tolerancia a la ansiedad esperable o a la incomodidad y restituir la sensación de seguridad.
- Restablecer la funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

Estas intervenciones fueron implementadas en forma progresiva y adaptadas a las necesidades individuales del paciente, con el propósito de facilitar una recuperación integral y sostenible.

Componentes del tratamiento: Psicoeducación, Implementación de técnicas y Prevención de recaídas.

- Psicoeducación: explicación de los aspectos más relevantes que ayuden a comprender el origen, y, sobre todo, el mantenimiento del problema. Consiste en

dar información al paciente basada en evidencia científica sobre los tipos de TOC, la epidemiología, la evolución y el pronóstico, la función de las obsesiones y las compulsiones, la neutralización, las evitaciones, etc. La psicoeducación enseña a los clientes a conceptualizar y comprender los síntomas del TOC y le ayuda a entender cómo estos pueden ser debilitados con tratamientos adecuados (Abramowitz, 2007). En una primera instancia se realiza psicoeducación en cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, se le transmitió el modelo explicativo que da cuenta del desarrollo y mantenimiento del trastorno.

- Reestructuración cognitiva: identificar pensamientos distorsionados y modificarlos por otros más adaptativos y realistas. Reestructuración de creencias distorsionadas, análisis de las consecuencias catastróficas temidas por el paciente, control de pensamientos automáticos, resolución de procesos de dudas paralizantes, análisis de sentimientos de culpa.
- Mindfulness: La focalización consciente de la atención en la propia experiencia permite a la persona aumentar sus habilidades de autorregulación, favoreciendo un reconocimiento más profundo de los acontecimientos sensoriales, corporales, emocionales y cognitivos que experimenta en cada instante, lo que aumentaría su conocimiento metacognitivo (Kocovski, Segal y Battista, 2011), así como su capacidad para percibir lo que está ocurriendo exteriormente. Esta actitud permite un estado de atención plena, en el aquí ahora, libre de bloqueos de tipo cognitivos, aceptando la experiencia con menor resistencia, a fin de alcanzar una respuesta más equilibrada a nivel emocional, frente a estímulos que los percibe como negativos. (Palomero Fernández, 2016).
- Exposición: Enfrentar al paciente a situaciones de miedo o preocupación relacionadas con sus obsesiones. Se comienza en niveles mínimos de ansiedad, aumentando poco a poco.
- Prevención de respuesta: Evitar el comportamiento compulsivo con apoyo del terapeuta. Se busca que el paciente evite los comportamientos compensatorios para disminuir la ansiedad.

TABLA 1: Tratamiento por sesiones:

N° DE SESIONES	OBJETIVO	INTERVENCIÓN
Primera Fase		
Sesión 1 - 3	<p>Obtener información detallada sobre el historial del paciente y trauma infantil. Entrevistas Psicológica Diagnóstica semiestructurada.</p> <p>Validación de su malestar.</p> <p>Instalación de la Alianza Terapéutica</p>	<p>Historia personal, familiar y traumática.</p> <p>Evaluación de la gravedad de la adicción. Inventario de síntomas SCL 90 y Escala de Satisfacción Sexual (NSSS)</p>

Segunda fase del Tratamiento

Sesión 4 -10	<p>Psicoeducación</p> <p>Pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.</p> <p>Estrategias de afrontamiento</p> <p>Derivación a psiquiatría, con el fin de valorar posibles tratamientos farmacológicos y/o diagnósticos diferenciales que complementen el abordaje integral del paciente.</p> <p>Garantizar un enfoque integral y especializado en la atención al paciente</p> <p>Evaluación y ajuste del plan de tratamiento</p>	<p>Principios básicos de la adicción y refuerzo negativo. Hablar sobre comportamientos compulsivos para evitar el dolor emocional.</p> <p>Respiración y Mindfulness. Ejercicios de autocontrol.</p> <p>Facilitar la evaluación psiquiátrica para identificar y abordar los factores subyacentes relacionados con el comportamiento compulsivo.</p>
-----------------	---	--

<p>Sesión 11 - 17</p>	<p>Reestructuración cognitiva y manejo de impulsos</p> <p>Desafiar las creencias disfuncionales.</p> <p>Establecimiento de metas a corto plazo.</p> <p>Derivación a Especialista en Urología</p> <p>Evaluación y ajustes del plan de tratamiento.</p> <p>Prevención de recaídas.</p>	<p>Identificar y trabajar con las creencias. Sustituir estas por pensamientos más saludables.</p> <p>Identificar desencadenantes emocionales y/o situacionales.</p> <p>Modelo de autorregistro (hora, situación, descripción del tipo de ritual, malestar experimentado y duración).</p> <p>Tener un diagnóstico para valorar posibles complicaciones físicas o afecciones asociadas al trastorno.</p> <p>Conjuntamente con el paciente revisar logros y dificultades.</p> <p>Nueva medición del síntoma a través de los mismos instrumentos utilizados en la primera fase.</p>
---------------------------	--	---

<p>Sesión 33 - 60</p>	<p>Prevención de Recaídas, cierre y mantenimiento.</p> <p>Facilitar la transición hacia el cierre del proceso terapéutico mediante el espaciamiento progresivo de las sesiones, promoviendo la autonomía del paciente</p> <p>Mantener la comunicación interdisciplinaria para ajustar intervenciones según sea necesario</p>	<p>Consolidar los logros alcanzados y establecer estrategias para el mantenimiento de los avances.</p> <p>Reducir la frecuencia de las sesiones de manera planificada, pasando a quincenal, hasta llegar en forma mensual, asegurando el acompañamiento gradual del paciente.</p>
---------------------------	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la intervención

Dado el carácter complejo y crónico de las problemáticas del paciente, se diseñó un plan de intervención prolongado de 60 sesiones, estructurado en fases. Actualmente se encuentra al 50% del tratamiento en curso. Con base a los logros alcanzados hasta el momento y en conjunto con la indicación del tratamiento farmacológico (Sertralina) por parte del psiquiatra a cargo, ha mostrado una alta efectividad, observándose una reducción significativa en: la intensidad, frecuencia y duración de la conducta de masturbación compulsiva. Para evaluar los avances del paciente, se consideró los siguientes aspectos:

- Nueva implementación de los instrumentos de medición (Anexo 1,1 y 2.1).
- Impacto en la funcionalidad del paciente: se observa una reducción notable en la frecuencia o intensidad de los episodios compulsivos, permitió al paciente recuperar el control sobre su tiempo y energía. Este progreso se

tradujo en una mejora significativa en su funcionamiento: mejor calidad de vida y desempeño en diferentes roles tanto personales como laborales.

- Cambios percibidos por el paciente: siente que ha mejorado de manera significativa, teniendo un mayor control sobre sus impulsos y experimentando un alivio real de los síntomas, reducción de la culpa, la vergüenza y el estrés asociado a su comportamiento.
- Efecto clínico perceptible o relevante: la disminución del número de episodios de masturbación compulsiva, lo que le ha permitido al paciente vivir de una manera saludable y plena, facilitando que pueda enfocarse en otros objetivos.

El paciente comenta que ya no tiene tanto deseo de automasturbarse, ni consigue el mismo efecto: “ya no es lo mismo”. Este cambio representa un progreso positivo en relación a la gestión de impulsos. Sin embargo, se continuará monitoreando su evolución, a fin de minimizar las recaídas, y reforzar las herramientas adquiridas. En el ámbito laboral, el paciente aumentó su carga horaria como docente de música en escuelas de nivel medio, inició el dictado de clases particulares, y participa en forma activa en bandas musicales, tanto regionales como de otros puntos del país. Estas actividades le han permitido una independencia económica, solventar sus propios gastos, mudarse y construir un espacio propio. Además, este crecimiento le propició una mejora en la comunicación y vinculación en los lazos familiares. Por otra parte, el paciente incorporó el hábito de asistir al gimnasio tres veces por semana, con el objetivo de mejorar su salud física e imagen corporal. Este cambio está motivado por el deseo de verse y sentirse mejor consigo mismo. Comenzó a reconectar con sus deseos personales y emocionales, lo que le permitió reflexionar sobre su relación de pareja, resultando en una reciente ruptura vivida con angustia, pero también como parte de un proceso de autodescubrimiento.

Actualmente, el paciente está considerando la posibilidad de establecer nuevas relaciones con mujeres. Sin embargo, aún persiste el miedo a experimentar dificultades relacionadas con su genitalidad. Este aspecto será abordado en la próxima etapa de tratamiento, a fin de trabajar las creencias subyacentes relacionadas a esta temática. Se brindarán técnicas específicas, a fin de proporcionarle las herramientas necesarias para fomentar una mayor seguridad en sus relaciones.

Es de destacar que J.B. tuvo muy pocas ausencias a los espacios terapéuticos, las cuales estuvieron justificadas por enfermedades físicas o reuniones laborales que se superponían a los encuentros previstos. En algunas ocasiones llegaba tarde a la sesión, siendo él mismo quien significaba el retraso. Por ejemplo, el día que decidió terminar su relación con su novia, comentó: “la verdad que no quería hablar de esto porque me produce mucha angustia” y continuó diciendo: “me es difícil tapar el dolor y creo que de esto se trata el trastorno, es tapar angustia por mi novia, por mi mamá, por elegir un trabajo que me da ansiedad social. Me cuesta, es más mental que físico la fuente de mi adicción”.

Discusión

En el presente trabajo se describió un tratamiento psicológico de un trastorno obsesivo compulsivo relacionado a la hipersexualidad masturbatoria, basada en un ritual rígido de ciber pornografía y con raíz en un trauma infantil, de abordaje múltiple.

Tratándose de un caso único, resulta difícil realizar una generalización de los resultados en relación a las estrategias utilizadas.

La evaluación de los resultados se refiere al grado de cambio, mejora o resultado obtenido tras una intervención o tratamiento y que tiene un impacto práctico y tangible en la vida del paciente, más allá de lo que indican las cifras o los resultados estadísticos. Es decir, no se trata solo de que el cambio sea "medible", sino de que sea relevante y significativo para el bienestar del individuo. Para ello se tomó en cuenta: 1) el impacto en la funcionalidad del paciente: una reducción notable en la frecuencia o intensidad de los episodios compulsivos lo que permitió que el paciente recupere el control sobre su tiempo y energía, mejorando su funcionamiento en diferentes áreas: mejor calidad de vida y desempeño en diferentes roles; 2) el cambio percibido por el paciente: este siente que ha mejorado de manera significativa, adquiriendo un mayor control sobre sus impulsos y experimentando un alivio real de los síntomas, así como una reducción de la culpa, la vergüenza y el estrés asociado a su comportamiento. 3) efecto clínico perceptible o relevante: la disminución del número de episodios de masturbación, lo que le permitió al paciente vivir de una manera más plena y saludable.

Entre las principales limitaciones de esta investigación se encuentra la ausencia de Escalas puntuales para medir el Trastorno Obsesivo Compulsivo que hubieran aportado datos significativos y más precisos en este estudio de caso único. Asimismo, durante este tratamiento no se utilizaron técnicas específicas en relación al Estrés Postraumático, con probada eficacia, como el EMDR, técnica validada científicamente. Esto se debió a que la autora de esta investigación no cuenta con la formación necesaria para aplicar dicha técnica.

Como línea de investigación a futuro considero de gran valor focalizar en el consumo de pornografía, que es mayor en hombres que en mujeres, de acuerdo a las investigaciones realizadas por Ballester Barges y et al. (2014) donde explican que:

El desarrollo de prácticas repetitivas y ritualizadas y las actitudes y los esquemas de percepción que se reconocen como efecto de la modificación ejercida por su entorno (internet y otros factores) tiene que ver con el habitus de los jóvenes en una determinada sociedad. Ritualización que tiene que ver con prácticas observadas en las filmaciones una y otra vez, así como en las opciones que ofrece internet (contactos a distancia) y en las prácticas sexuales experimentadas una y otra vez, según modelos limitados que se han ido conformando en un habitus sexual específico. (p.176)

En nuestra sociedad actual, donde es muy sencillo, accesible y rápido, entrar a páginas de contenido sexual, facilitado por internet o por el uso de dispositivos (Landy et al.,2017), posiciona a las plataformas digitales como objetos claves en el alto consumo de pornografía y sexting (Drouin & Tobin, 2014). Este fenómeno, de alto crecimiento en la última década merece nuestra atención y análisis pertinente. (Ávila Toscano et al., 2022). Pero no solo como un número estadístico, sino revisando los cuestionarios o escalas de evaluación, así como también las estrategias de intervención.

Las consecuencias por las diferentes formas de ritualización abarcan varios aspectos en la salud mental de las personas de forma muy diversa. Una de ellas es la merma en la capacidad de relacionarse con un otro u otra en relaciones sanas, tomando en consideración el intercambio emocional, la reciprocidad.(Ballester Barges et al., 2014).

La capacidad de la persona para transmitir de manera asertiva lo que siente, sus valores y deseos resulta fundamental en las relaciones interpersonales. Cuando esta habilidad no se desarrolla adecuadamente, la persona tiende a centrarse en su Ego,

priorizando características y hábitos individuales. Esto incluye la percepción de los estímulos sexuales, la capacidad de concentrarse en ellos, así como las reacciones fisiológicas y psicológicas, asociadas a dichos estímulos y sentimientos.

La satisfacción sexual, no es un sinónimo ligado al orgasmo, sino como un concepto multidimensional que involucra diversos aspectos y que incluye aspectos físicos, emocionales y relacionales. Es un componente de la sexualidad humana, función básica del ser humano, estrechamente ligada con la salud, la calidad de vida y el bienestar físico y mental de las personas.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a ed.). Masson
- Abramowitz, J. (2007). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. El Manual Moderno
- Ávila-Toscano, J., Rambal-Rivaldo, L. y Moreno-Herrera, C. (2023). El papel de las actitudes hacia la masturbación y las prácticas sexuales en la culpabilidad sexual del varón adolescente. *Informes Psicológicos*, 23(2), 64-79
<https://doi.org/10.18566/infpsic.v23n2a04>
- Ballester Brague, L., Ortes Socias, C. y Pozo Gordaliza, R. (2014). Estudio de la nueva Pornografía y relación sexual en jóvenes. *Anduli*, XX(13), 165-178.
<http://dx.doi.org/10.12795/anduli.2014.i13.10>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Ed Beck, A., y Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Cazabat, E. (2002) Una breve recorrida por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma para iberoamérica*, 1(1), 38-41.
<http://www.psicotrauma.com.ar/dic02/>
- Cazabat, E. (2011) Trauma abuso sexual y disociación en la clínica psicológica. *Diagnosis*, 8, 57 -68.
- Cebreros, D. (2022). *Datos Normativos del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90R) de Derogatis (Adaptación UBA, CONICET, 2008) en población clínica de la Provincia de Mendoza* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de San Luis]. Acta Académica.
- Corbella, S. (2019). El Estilo Personal del Terapeuta y la Alianza Terapéutica. En H. Fernández-Álvarez y F. García (Eds.), *El Estilo Personal del Terapeuta* (pp. 57-90). Polemos.

- Gómez Penedo, J. M y Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 173-186.
- Hervías Ortega, F., Romero López-Alberca, C., y Marchena Consejero, E. (2020). Adicción a la pornografía en Internet: análisis de un caso clínico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 28(1).
- Horvath, A. O. (2001). La alianza. En J. C. Norcross (Ed.), *Relaciones psicoterapéuticas que funcionan* (37-70) Oxford University Press.
- Kerman, B. S. (2015). *Nuevas Ciencias de la Conducta*. Buenos Aires: Universidad de Flores
- Kerman, B. S. (2018). *Diagnóstico y estrategia para el cambio*. Buenos Aires: Universidad de Flores.
- Palomero, P. y Valero, D. (2016) Mindfulness y educación: posibilidades y límites. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 30 (3), 17-29
- Horvath, A. O. (2018). Investigación sobre la alianza: Conocimiento en busca de una teoría. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499-516.
- Marquez Gonzalez, M., Romero Moreno R., Fernández Marcos, T., Ortega Otero, M.
- Ruiz, A., Diaz M., Villalobos, A. y González, M. (2011). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitiva Conductual* (Biblioteca de Psicología. Madrid; 7-8)
- Orante, B (2020). *Intervención en un caso clínico de Trastorno Obsesivo*.
<https://titula.universidadeuropea.com/>
- Martínez Anchuela, M. (2018). Trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Internacional De Apoyo a La inclusión, Logopedia, Sociedad Y Multiculturalidad*, 2(1).
<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4197>

Anexo

Anexo 1.1

Evaluación e interpretación del inventario SCL-90-R

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
60	75	70	55	55	45	55	50	55	63	60	63

Anexo 1.2

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
60	60	60	55	55	45	55	50	55	60	60	60

Anexo 2.1

Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS)

Piense en su vida sexual durante los últimos 6 meses. Por favor valore su satisfacción sobre los siguientes aspectos.

Satisfecho/a	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho
La intensidad de su excitación sexual					X
La calidad de mis órganos			X		
Mi “dejarme ir” y entrega al placer sexual durante mis relaciones			X		
Mi concentración durante la actividad sexual			X		
La manera en la que reaccionó sexualmente ante mi pareja			X		
El funcionamiento sexual de mi cuerpo	X				
Mi apertura emocional ante el sexo	X				
Mi estado de humor después de la actividad sexual	X				
La frecuencia de mis orgasmos					X
El placer que proporciono a mi pareja			X		
El equilibrio entre lo que doy y lo que recibo en el sexo			X		

La apertura emocional de mi pareja durante la relación sexual			X		
La iniciativa de mi pareja hacia la actividad sexual			X		
La habilidad de mi pareja para llegar al orgasmo			X		
La entrega de mi pareja al placer sexual (“dejarse ir”)		X			
La forma en la que mi pareja se ocupa de mis necesidades sexuales			X		
La creatividad sexual de mi pareja		X			
La disponibilidad sexual de mi pareja		X			
La variedad de mis actividades sexuales	X				
La frecuencia de mi actividad sexual					X

Anexo 2.2

Satisfecho/a	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho
La intensidad de su excitación sexual			X		
La calidad de mis órganos			X		
Mi “dejarme ir” y entrega al placer sexual durante mis relaciones			X		

Mi concentración durante la actividad sexual			X		
La manera en la que reaccionó sexualmente ante mi pareja			X		
El funcionamiento sexual de mi cuerpo		X			
Mi apertura emocional ante el sexo		X			
Mi estado de humor después de la actividad sexual		X			
La frecuencia de mis orgasmos				X	
El placer que proporciono a mi pareja			X		
El equilibrio entre lo que doy y lo que recibo en el sexo			X		
La apertura emocional de mi pareja durante la relación sexual			X		
La iniciativa de mi pareja hacia la actividad sexual			X		
La habilidad de mi pareja para llegar al orgasmo			X		
La entrega de mi pareja al placer sexual (“dejarse ir”)		X			
La forma en la que mi pareja se ocupa de mis necesidades sexuales			X		
La creatividad sexual de mi pareja		X			
La disponibilidad sexual de mi pareja		X			

La variedad de mis actividades sexuales		X			
La frecuencia de mi actividad sexual			X		