



ADICCIONES SEXUALES: SU EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Autor: Vicente Ángel Briet García

Psicólogo y Especialista en Sexología

Responsable del Servicio de Sexología de la Universidad de Alicante

E-mail: cae.sex@ua.es vbrietgarcia@yahoo.es

1.-Introducción:

La adicción al sexo es una problemática con un largo pasado pero con una corta historia por lo que respecta a su estudio, evaluación y tratamiento. No disponemos de estadísticas sobre la prevalencia (prevalencia que irá en función de la correcta precisión del término del cual estemos hablando) de esta disfunción en España sin embargo no deberán ser muy lejanas a las cifras que nos brindan los estudios efectuados en EEUU, y que sitúan la frecuencia de esta disfunción en unas cifras que oscilan entre un 3 % a 6 %, (Carnes, 1992).

Como consecuencia de la adicción, los adictos experimentan una profunda angustia psicológica, ponen en peligro sus ingresos económicos y arruinan sus relaciones sociales, familiares y laborales más significativas. Es frecuente que la adicción al sexo coexista con el consumo de alguna sustancia psicotrópica y que, si el paciente no recibe ayuda terapéutica para su dependencia química, esto contribuya a experimentar recaídas. Aunque puedan reconocer las consecuencias que conlleva su problema, suele ser frecuente que los adictos al sexo no puedan mantener un control de su compulsión sin un adecuado tratamiento. Cuando el impulso sexual obedece a un impulso incontrolable y el sujeto *en* lugar de elaborar un deseo, es arrastrado sin control por él, su carácter de adicción sin droga es innegable. El motor que mueve a los adictos no es el "vicio" sino la sumisión a un impulso patológico que en la mayoría de las ocasiones está carente de placer, placer que una relación sexual elegida desde la libertad, debería reportarnos.

1.1.-Aproximación a una definición de adicción sexual

¿Qué es la sexoadicción? No existe acuerdo entre los profesionales de la salud sexual a la hora de definir la adicción al sexo. ¿Qué es adicción al sexo?, ¿Masturbarse compulsivamente podemos calificarlo de adicción al sexo?, ¿Es una parafilia una adicción sexual?, ¿Un agresor sexual es un adicto al sexo?, ¿El consumo de pornografía en sus diferentes medios de difusión (Internet, revistas, vídeos, líneas eróticas...) supone una adicción?, ¿Fantasear continuamente acerca de sexo sin consumir en la práctica tales fantasías es una adicción sexual?, ¿Son las experiencias de intercambio sexual una manera disimulada de maquillar una adicción al sexo?, ¿Quién fija los criterios para valorar cuanto sexo es demasiado?.

Algunas de estas preguntas quizás no obtengan respuesta en esta escrito debido a lo relativamente reciente del abordaje al respecto de esta "novedosa" adicción. La pretensión del mismo es brindar una mínima luz a los profesionales de la salud que se enfrenten a este tipo de problemática y suscitar la reflexión para estimular el debate y la investigación sobre el tema.

Decíamos “novedosa” adicción de manera entrecomillada puesto que no es una enfermedad reciente ni es propia de nuestro tiempo. Fue descrita por primera vez en 1896 por Krafft-Ebbing como “psicopatía sexual” o “hiperestesia sexual” (sensibilidad especial y dolorosa) variante de la ninfomanía y la satiriasis pero donde la descripción que efectúa de los “excesos sexuales” adolece en todo momento de la noción de “dependencia”.

De manera más reciente escasamente hace cerca de 40 años Patrick Carnes (1970) se aproximó al desarrollo de los indicadores para un adecuado diagnóstico y los primeros consejos terapéuticos y donde la “incapacidad para controlar de forma adecuada su conducta sexual representa el síntoma principal. Los pioneros en la investigación empírica fueron además de Carnes (1983), Coleman, E. (1986), Anthony, D.T. y Hollander, E. (1993), quienes observaron en la clínica que la actividad sexual actúa como un modo de enaltecer o alterar el estado de ánimo.

Irons y Schneider (1997) también realizaron su aporte, determinando que esta patología muestra una fuerte asociación con otros procesos de adicciones tales como el juego y la comida, entre otros. En el desarrollo de esta asociación, Carnes y Schneider (2000) observaron en los siguientes patrones una similitud de la adicción sexual con el alcoholismo y la adicción a la droga, como así también con el juego compulsivo: una pérdida de control, exhibida en un persistente deseo o en esfuerzos no exitosos para controlarse o detener el comportamiento, una continuación del comportamiento a pesar de consecuencias adversas tales como arrestos, matrimonios rotos, problemas financieros, etc., y una obsesión o preocupación por seguir manteniendo su comportamiento adictivo aún a sabiendas del daño que representa para sí mismo y para otros.

No obstante debemos ser conscientes que esta “enfermedad” tiene dificultades incluso para ser reconocida socialmente hasta el punto de parecer ridícula la idea de que podamos sufrir por actuar en exceso en materia de sexualidad. Nos encontramos en un ámbito donde prevaleció durante mucho tiempo la idea de que no podían existir ni enfermedad ni trastornos si no era por defecto.

No hace tampoco muchos años Kaplan (1979) abordaba la problemática de los trastornos del deseo sexual profundizando en el extremo opuesto del problema que nos preocupa (la inhibición del deseo sexual y sus diferentes modalidades). En su exposición tan sólo destinaba unas líneas al denominado “Deseo sexual hiperactivo” alertando de la importancia de establecer un correcto diagnóstico diferencial entre el verdadero deseo sexual hiperactivo primario (“ninfomanía” o “donjuanismo”) y los altos niveles de deseo sexual correspondientes a los estados maníacos e hipomaniacos, donde un ajustado diagnóstico y su terapéutica con sales de litio (ver otras posibilidades farmacéuticas) tiende a regular la sexualidad exacerbada.

De la misma manera también alertaba del diagnóstico diferencial de los estados sexuales compulsivos y obsesivos donde en los casos más extremos, pese a masturbarse 10 o más veces al día, en realidad tales pacientes no sienten un deseo sexual excesivo o constante. Su tensión o angustia interior es aliviada con la actividad sexual, la actividad sexual se convierte entonces en una compulsión y no en un verdadero “deseo sexual hiperactivo”.

Si bien la OMS (1982) reconoce el “impulso sexual excesivo” (F 52.7) clasificándolo al lado de las parafilias, no delimita bien sus contornos y hasta nuestros días, la adicción sexual, aunque ampliamente reconocida por la psiquiatría norteamericana (que no por la europea), está ausente de las clasificaciones internacionales de la psiquiatría. En 1987, la Asociación Americana de Psiquiatría reconocía la existencia de una enfermedad denominada “Adicción al sexo”. Su sintomatología fue resumida por el Dr. Schwartz (antiguo colaborador de Masters y

Johnson) como “*Una preocupación sexual que interfiere en el trabajo y la vida familiar, manteniendo el deseo constante de realizar actos sexuales a intervalos muy breves*”. Se hace necesario además diferenciar entre desorden del control de los impulsos y desorden adictivo. En primera instancia debemos resaltar que el concepto de “*adicción sexual no parafilica*”, listado en el DSM III R (1987) como un ejemplo de Desorden Sexual no especificado de otra forma, fue excluido del DSM IV, dado que: “*...no había datos científicos que apoyaran el concepto de comportamiento sexual que pueda ser considerado adictivo*”. (Schmidt, 1992).

Resulta de utilidad que prestemos atención a las funciones primarias de los desordenes del comportamiento compulsivo, impulsivo y adictivo a saber: la función primaria del comportamiento impulsivo es producir placer o gratificación luego este comportamiento es motivado primariamente por un refuerzo positivo. Mientras tanto, la función primaria del comportamiento compulsivo supone aliviar la ansiedad u otros sentimientos dolorosos luego este comportamiento está motivado primariamente por un refuerzo negativo. Para finalizar, la función primaria del comportamiento adictivo produce placer y alivio de sentimientos dolorosos: motivado por refuerzos positivos y negativos. El comportamiento adictivo comparte así características centrales con el comportamiento impulsivo y el comportamiento compulsivo. (Goodman, 1998).

En palabras de Goodman (1998) estas tres clases de trastornos podrían organizarse en una clase supraordenada a la que podría denominarse descriptivamente como “*espectro de trastornos de conductas impulsivas*”. En las tres subclases de este espectro, hay una necesidad imperiosa de algún tipo de refuerzo en el corto plazo (ya sea positivo, negativo o ambos) que se imponen a cualquier consideración de consecuencias a largo plazo sean tanto positivas como negativas.

Comprender el manejo del espectro de los desórdenes de comportamientos aquí presentado, sugiere que estos desórdenes están distribuidos a lo largo de dos dimensiones de refuerzo, una dimensión de refuerzo positivo (producción de placer) y una dimensión de refuerzo negativo (reducción del sentimiento de dolor). De acuerdo con esta teoría, el comportamiento impulsivo, el compulsivo y el adictivo, no representan categorías separadas o distintas de comportamientos, sino distinciones a través de un espectro que está definido por *dos series continuas* de motivación: “*un continuum de recompensa*” donde la conducta produce placer, que varía desde lo impulsivo a adictivo, que cuyo objetivo es aliviar afectos dolorosos, y “*un continuum de alivio*” donde la conducta produce alivio de las emociones dolorosas que varía desde lo compulsivo a adictivo, cuyo objetivo es producir placer.

Goodman (1998) sintetiza diciendo que: El comportamiento adictivo incrementado puede transformarse en compulsivo. Un comportamiento que inicialmente era mantenido por placer, así también como para aliviar la disconformidad, puede gradualmente perder su función de recompensa, mientras que el disconformismo que emerge en ausencia del comportamiento, gradualmente se incrementa. Consecuentemente, en el curso de una enfermedad adictiva, un comportamiento puede ser mantenido menos por el premio y más por el alivio de la disconformidad: puede moverse desde lo adictivo con el fin de una recompensa hacia un final compulsivo. De manera similar, un comportamiento compulsivo que previamente había sido destinado a la función de premiar, puede moverse hacia la adicción, si comienza a ser experimentado como una recompensa o premio. Esto puede ocurrir, por ejemplo, como resultado de una disminución en los procesos represivos que habían impedido al individuo recibir placer o como resultado de una

asociación contingente entre el comportamiento y las consecuencias gratificantes que regularmente lo siguen (tal como lo que puede ocurrir en la “adicción al trabajo”).

Anthony, D. y Hollander, E. (1993) reconocieron que aquello que denominaron “compulsiones sexuales”, brindaban placer inmediato, alivio en los sentimientos dolorosos y finalmente consecuencias dañinas; notando que dichas “compulsiones sexuales” comparten rasgos del TOC y adicción a las sustancias. La discusión precedente indicó que un síndrome de comportamiento que provee inmediato placer, alivio o tregua en sentimientos dolorosos y consecuencias dañinas, comparte significativamente más rasgos con las adicciones a las sustancias que con el TOC. Tal síndrome es por este motivo más apropiadamente clasificado como un desorden adictivo que como un desorden obsesivo. Para Goodman (1998), entonces la discusión anterior nos llevaría a concluir que la “adicción sexual” es la designación más apropiada para el síndrome de comportamiento sexual que estamos considerando. Sin dejar de considerar que agrupar este síndrome con las adicciones a las sustancias es ampliamente también apoyado, por sus similitudes fenomenológicas, por otros autores como Oxford, J. (1978) quien observó que las descripciones subjetivas de pacientes con síndrome de comportamiento sexual compulsivo son cualitativamente similares a las de los pacientes adictos a las drogas. Goodman, A. (1995) expandió las observaciones de Orford y notó un número de otras características compartidas por la adicción sexual y la adicción a sustancias.

Estas características incluyen:

- Que el desorden típicamente comienza en la adolescencia o en la adultez temprana y sigue un curso crónico con reminiscencias y exacerbaciones,
- Que el comportamiento continúa a pesar de las consecuencias perjudiciales.
- Que las experiencias subjetivas de la persona suelen ser de preocupación, y excitación durante la preparación de la actividad, ansiedad, alteración del humor por efecto del comportamiento y sentimiento de pérdida de control.
- Que su desarrollo es progresivo. Que existe la experiencia de la tolerancia y la abstinencia.

Que existe una tendencia a la recaída, definiendo entonces este trastorno como: “adicción sexual”, siendo esta una forma de comportamiento sexual cuyo patrón característico es la falla en el control del comportamiento sexual, a pesar de las consecuencias significativamente destructoras para la persona que la padece y para los demás...” (Goodman, 1997).

En el desarrollo de esta asociación, Carnes y Schneider (2000) observaron en los siguientes patrones una similitud de la adicción sexual con el alcoholismo y la adicción a la droga, como así también con el juego compulsivo.

1. Una pérdida de control, exhibida en un persistente deseo o en esfuerzos no exitosos para controlarse o detener el comportamiento,
2. Una continuación del comportamiento a pesar de consecuencias adversas tales como arrestos, matrimonios rotos, problemas financieros, etc.,
3. Y una obsesión o preocupación por seguir manteniendo su comportamiento adictivo aún a sabiendas del daño que representa para sí mismo y para otros,

y concluyeron que cuando la problemática del comportamiento sexual llena estos tres criterios, puede llegar a considerarse la probable existencia de un proceso de adicción sexual.

Existen así mismo antecedentes en el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, (DSM III-R, 1987), donde se ofrecían una lista de nueve criterios para definir la dependencia química, aunque en su última versión (DSM-IV, 1995) los criterios se reducen a 7. Estos criterios bien pudieran ser usados para diagnosticar otro tipo de adicciones y podrían ser modificados y aplicados al comportamiento sexual (tabla I). La gran mayoría de los pacientes con problemática de adicción al sexo manifiestan varios de los anteriores criterios y bastaría la sustitución de las palabras “sustancia” por “sexo” para comprobar la similitud de este trastorno adictivo al patrón sintomatológico de un problema de abuso de sustancias.

Pese al escaso y anecdótico bagaje clínico con relación a este síndrome, serían seguramente numerosas las voces que propondrían la inclusión de este trastorno en los manuales de clasificación (DSM-IV, ICD-10).

Un patrón desadaptativo de actividad sexual que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de sexo para conseguir la estimulación o el efecto deseado
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sexo disminuye claramente con su uso o consumo continuado

(2) abstinencia: la actividad sexual sirve para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (impulso sexual insatisfecho, irritabilidad, nerviosismo, etc.)

(3) La actividad sexual se realiza con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir la actividad sexual

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de sexo (p. ej., visitar varios lugares de alterne, frecuentando lugares de ambiente, peep-shows, navegando por internet en páginas de sexo, etc.), en el consumo del sexo (p.ej. masturbándose, teniendo relaciones sexuales, etc.) o en la recuperación de los efectos del sexo.

(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a la actividad sexual a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso o consumo de sexo (p. ej., sentimiento de culpa, deterioro de las relación de pareja, riesgo de ETS.).

Tabla I.- Propuesta de criterios para el diagnóstico de “adicción al sexo”

1.2.-Síntomas asociados

Cualquier comportamiento que se mantiene para producir gratificación y escapar de la angustia interna puede convertirse en compulsivo y constituir un trastorno adictivo. El juego patológico (ludopatía) la compra compulsiva (adicción a las compras), o la ingesta de alimentos compulsiva cumplen también con estos criterios.

Carnes y Schenider (2000) observaron Las características más comunes que se han descubierto en cualquier trastorno adictivo son las siguientes: *compulsividad*, entendida como la pérdida de la habilidad para elegir libremente continuar o parar con un comportamiento cualquiera, *la persistencia en el comportamiento* a pesar de las consecuencias adversas, tal como pérdida de la salud, el empleo, el matrimonio, o la libertad y *la obsesión con la actividad*. Entre los síntomas asociados mas frecuentes figuran (Carnes, 1983; Cóleman, 1992; Earle y Crown, 1990; Pincu, 1989;Schawrtz y Brasted, 1985):

Síntomas de conducta:

Contactos sexuales frecuentes

Masturbación compulsiva

Búsqueda de nuevos contactos sexuales para huir del aburrimiento provocado rápidamente por los anteriores

Tentativas repetidas e infructuosas de poner fin o reducir las conductas sexuales excesivas

Participación en actividades sexuales sin excitación psicológica

Problemas judiciales relacionados con la conducta sexual

Recurso frecuente a la pornografía

Síntomas cognitivos y emocionales:

Pensamientos obsesivos concernientes a la sexualidad y a las relaciones sexuales

Racionalizaciones para seguir las conductas sexuales

Culpabilidad concerniente a las actividades sexuales excesivas o problemáticas

Soledad aburrimiento, sentimiento de rabia

Depresión, mala opinión de si mismo/a

Vergüenza y secreto sobre las conductas sexuales

Indiferencia respecto a los compañeros sexuales habituales

Falta de control, en general, en la vida

Deseo de huir o de suprimir emociones desagradables

Preferencia por el sexo anónimo

Costumbre de disociar la vida privada de la sexualidad

1.3.-Pautas para una evaluación eficaz

Debemos apuntar que no existen protocolos validados en términos de fiabilidad ni validez para proceder a evaluar una situación de adicción al sexo, no obstante al revisar la literatura al respecto podemos encontrar la coincidencia de varios autores a la hora de estimar la conveniencia de explorar los siguientes aspectos en el transcurso de una entrevista o mediante una escala de auto informe.

La mayoría de las escalas de auto informe basan sus preguntas en base a las siguientes aspectos (Tabla II):

La presencia o ausencia de:

- sentimientos de culpa
- un patrón de abuso: prostitución, masturbación, pornografía en todas sus variantes...
- una doble vida o secretismo en las actividades adictivas
- necesidad de mayor variedad y frecuencia para sentir los mismos niveles de excitación o alivio
- riesgos para la salud: contraer ETS, amenazas, coacción o violencia
- preocupación por determinados pensamientos sexuales
- deterioro social, laboral, familiar, económico o de pareja
- los criterios diagnósticos ofrecidos en la **tabla 1**

Tabla II.- Elementos evaluativos en los autoinformes referentes a la adicción al sexo

Debemos concluir que se hace necesaria por lo tanto la validación de escalas que ayuden a diferenciar el problema y su gravedad y guíen el tratamiento. Para ello la utilización de escalas de evaluación y autoregistro que incluyan todos los criterios diagnósticos a pesar de su pobre validez son de extrema necesidad para poder aquilatar con concreción el alcance de los comportamientos adictivos, la variedad de los mismos, su intensidad, su frecuencia, los estímulos antecedentes que operan como elicitadores de tales comportamientos, los factores desencadenantes internos y externos de la cadena estímulo-respuesta y los que logran su control y las consecuencias que de ello se derivan.

1.4.-Otros problemas asociados al diagnóstico

Suele ser todavía frecuente que el sexo despierte tabú y que las personas sean reticentes a comentar sus problemas sexuales. Se estima que tan sólo un tercio de las personas que padecen una disfunción sexual acuden a solicitar tratamiento y es más que probable que en el caso que nos ocupa todavía existan mayores dudas a la hora de solicitar ayuda entre otras razones por la escasa oferta terapéutica que existe al respecto. En nuestro país no son abundantes los centros que ofrecen terapéutica especializada para esta problemática y es muy reducida la literatura científica al respecto. No sabemos realmente si entre las disfunciones sexuales la adicción al sexo es la que presenta una menor incidencia o que la sociedad española todavía no ha tomado conciencia de tal problemática con lo que ello implica en el nivel terapéutico. Debemos además añadir que el desconocimiento que existe todavía entre los profesionales de la salud acerca de esta cuestión es significativo.

2.- El tratamiento

Mientras que el tratamiento de cualquier adicción química persigue la abstinencia definitiva de la sustancia, en el caso de la adicción al sexo la abstinencia se restringe al comportamiento de carácter compulsivo. Algunos programas de tratamiento aconsejan la abstinencia de cualquier comportamiento sexual durante un tiempo que oscila entre 30 y 90 días para que el paciente se auto convenga de que puede prescindir del sexo si quiere. Durante este tiempo suele ser frecuente que algunos pacientes experimenten la misma sintomatología que corresponde a un síndrome de abstinencia.

Mientras en EEUU han proliferado los métodos basados en el enfoque de Alcohólicos Anónimos, métodos denominados de los "12 pasos" en Europa puede resultar chocante la "expiación colectiva y simbólica de las "faltas sexuales" dentro de una atmósfera un tanto religiosa que subyace a tales métodos. No obstante y analizados con más detenimiento observamos verdaderos programas de reestructuración cognitiva, que junto con el apoyo grupal y el apoyo de los coadictos obtienen una favorable acogida si nos atenemos al número de personas que los siguen, publicaciones que se efectúan y direcciones de contacto que existen.

Independientemente de cual sea la causa, tratar la adicción al sexo es posible. La propuesta de esta comunicación es la presentación de un arsenal terapéutico clasificado por objetivos y que en ningún modo pretende ser una intervención de carácter cerrado puesto que las características idiosincrásicas de cada persona obligan a la preparación de una propuesta de intervención personal.

Atendiendo a esa clasificación de las técnicas en función de los objetivos perseguidos entendemos que se hace necesario en primera instancia tomar conciencia del problema y superar la fase de negación que toda adicción incluye. Para ello el apoyo biblioterapéutico (a pesar de lo escaso de literatura al respecto) se convierte en un aliado inestimable. De la misma manera encontrar razones y objetivos que aumenten el compromiso para la recuperación y analizar motivos que han desembocado en la situación actual son objetivos ineludibles.

Cuando el objetivo supone incrementar los vínculos positivos que el paciente tiene, adquieren especial relevancia las estrategias relacionadas con el trabajo sobre las habilidades sociales (en especial las relacionadas con la expresión de sentimientos), el entrenamiento en empatía (sobre la pareja o las víctimas en el caso de presentarse problemática parafilica). El trabajo cognitivo es de especial trascendencia y la reestructuración cognitiva sobre creencias erróneas se hace necesaria dadas la presencia de las mismas en el proceso de racionalización tanto en el preparatorio de la secuencia adictiva como cuando justifican su compulsión. Hay que tener presente que la mayoría de los adictos al sexo son gimnastas mentales consumados que pueden ir a través de contorsiones lógicas colosales para convencerse de que en realidad todo va bien, nadie ha sido herido o todo el mundo lo hace. Debido a que algunos de los adictos con frecuencia han sido objeto de abuso sexual en su infancia, poseen una creencias y un sentido de la salud sexual distorsionado que se hace necesario modificar mediante la reevaluación cognitiva y elevadas dosis de educación sexual.

El enriquecimiento de la vida marital se justifica por la elevada proporción de sexo adictos casados que argumentan como las pequeñas desavenencias en la relación tanto sexual como no sexual pueden convertirse en campo abonado para la recaída en un nuevo comportamiento compulsivo. De la misma forma si es que existiera una disfunción sexual coexistiendo con el comportamiento compulsivo se

haría necesario intervenir sobre la misma con las técnicas que la sexoterapia nos brinda. El apoyo que pueda brindar la pareja (si la hubiere) o de alguna persona allegada que pueda brindar su apoyo ante la aparición de cualquier obstáculo, se hace indispensable para una eficaz recuperación y éste se convierte en uno de los mejores indicadores de pronóstico favorable.

Cuando el objetivo se centra en deserotizar la estimulación de tipo adictivo las estrategias que ayudan a la *reducir la secuencia de automatismos que llevan al ciclo adictivo* cobran protagonismo las estrategias como la *“modificación de la secuencia de automatismos y rituales* dada la facilidad con la que los adictos encadenan secuencias automatizadas una vez que se dispara el ciclo adictivo. El *incremento de estrategias de autocontrol* frente a estímulos adictivos, incluye técnicas de corte aversivo como *la aversión encubierta, la aversión encubierta asistida o la saciación de la masturbación* (estrategias que pretenden la asociación del comportamiento no deseado junto a estimulación interna y externa desagradable) y cobran un especial protagonismo junto a otras *sin connotación aversiva como el control estimular para alterar el orden de los eslabones de la cadena adictiva o la valencia de los mismos.*

Si el objetivo es el aumento del interés sexual sobre estímulos sexuales no adictivos la extinción del potencial erótico parafilico mediante el recondicionamiento orgásmico y el análisis y potenciación de fantasías no adictivas puede resultar de gran ayuda. La asociación repetida de fantasías no adictivas asociadas a la descarga orgásmica permite el desarrollo de un condicionamiento hacia el incremento de excitación y placer hacia los estímulos de carácter no compulsivo.

Cuando el objetivo es la reducción del interés sexual, el apoyo farmacológico mediante fármacos inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRSS) tales como la fluoxetina o la sertralina o los fármacos antiandrogénicos tales como el acetato de ciproterona o el acetato de medroxiprogesterona, se convierten en potentes aliados para los casos más graves y con alto protagonismo parafilico.

Esto nos conduciría a la consideración de las parafilias como parte del espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos y el constructo teórico que apoya su utilización es que la reducción del impulso sexual resultará en una disminución de la conducta sexual compulsiva al haber una reducción global del interés sexual, una reducción de las fantasías sexuales, una reducción en la excitación fisiológica y la posibilidad de que pueda haber un efecto diferencial sobre los intereses sexuales incluyendo el interés sexual compulsivo, estando este más reducido comparado con los intereses sexuales no compulsivos.

Así mismo el uso de antidepresivos puede ayudar notablemente a disminuir la baja autoestima y la vulnerabilidad a los “estados afectivos negativos” como la ansiedad la irritabilidad o el estado de ánimo deprimido que pueden actuar como disparadores de un nuevo ciclo adictivo. Así mismo con frecuencia los adictos experimentan estados tensionales que actúan como disparadores del ciclo adictivo y como consecuencia de lo anterior el aprendizaje de estrategias de relajación cuerpo-mente y mente-cuerpo ayudan a lograr el adecuado control de los impulsos que derivan en estados emocionales negativos.

Si nuestra intención es lograr un adecuado apoyo social, el trabajo de tipo grupal puede resultar efectivo por el sostén emocional que brinda el grupo como por la ocasión de compartir experiencias comunes tanto para el adicto como para la pareja. El trabajo grupal favorece las relaciones con personas afectadas del mismo

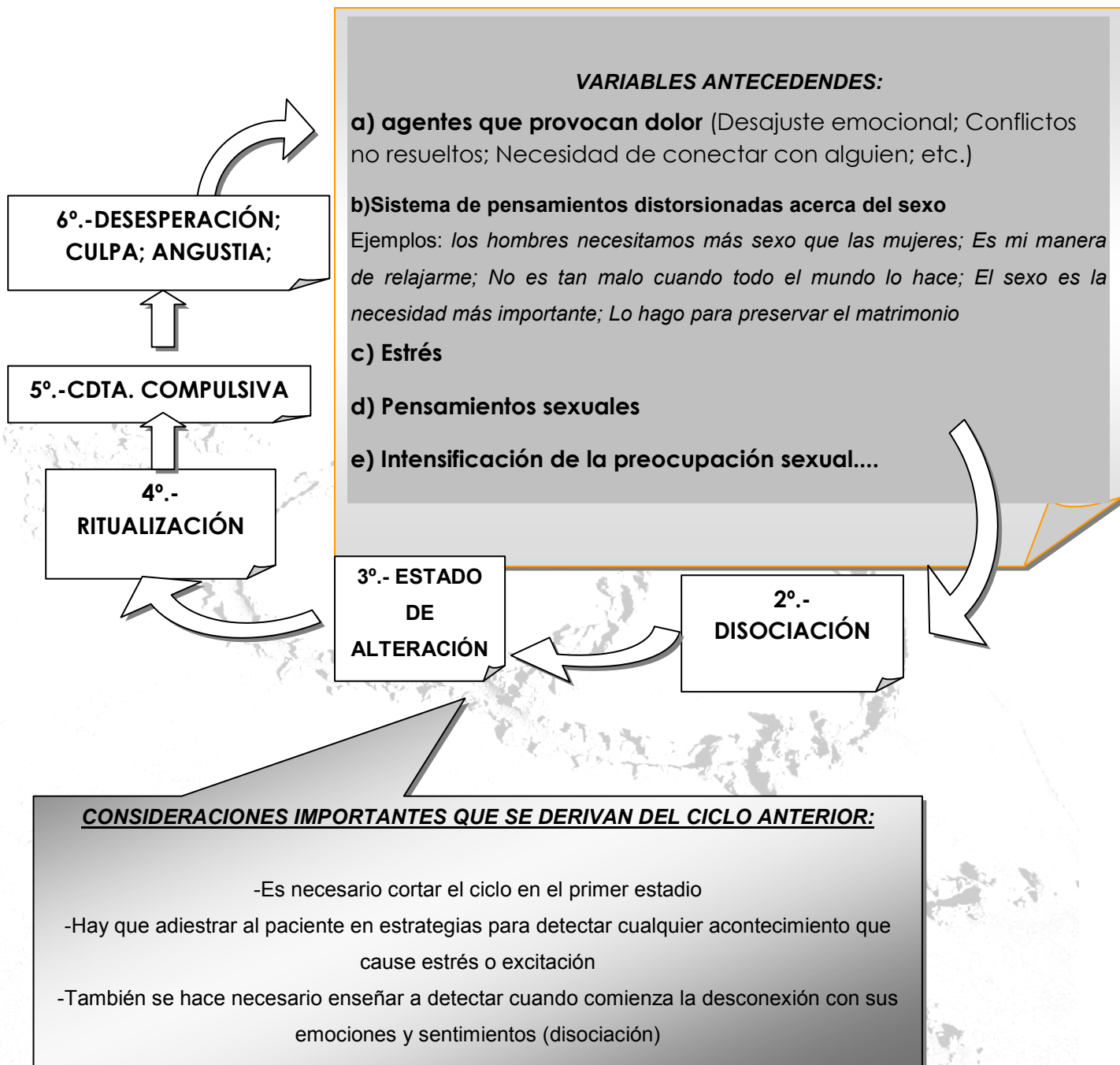
problema de manera que el grupo ayuda a contrarrestar el aislamiento y los sentimientos de estigmatización, culpabilidad y baja autoestima tan comunes entre los sexo adictos. Asimismo el grupo constituye el contexto educativo adecuado para la prevención de recaídas, la información acerca de la sexualidad, el desarrollo y el fortalecimiento de habilidades sociales y el descubrimiento de soluciones alternativas a sus problemas.

Se hace del todo necesario evitar la posibilidad de las recaídas Como consecuencia de lo anterior, el entrenamiento en prevención de recaídas supone una parte crucial de la intervención de manera que el paciente pueda en todo momento ser capaz de reconocer los antecedentes o las situaciones que provocan el disparo en su impulso sexual compulsivo. El ciclo de la adicción sexual comienza con una serie de pensamientos obsesivos que se definen como ideas obsesivas y preocupantes, deseos y emociones que perturban al sujeto. Esto suele llevar parejo la presencia de ansiedad e ideas negativas de si mismo que para atenuar impulsan al sujeto hacia el comportamiento adictivo. En ese momento el adicto suele experimentar una disociación de sus sentimientos y emociones y tan sólo busca el comportamiento que aplaque la ansiedad momento en el que se entra en un estado de alteración que ya sólo persigue el comportamiento deseado. Una vez satisfecho el mismo pueden o bien sobrevenir las ideas de culpa y remordimiento o una nueva necesidad compulsiva que sea capaz de superar en estimulación las anteriores.

Las implicaciones para la intervención que de todo lo anterior se deducen, son que para bloquear el ciclo adictivo el sujeto debe ser capaz de interrumpir tal ciclo en la primera fase, aquella que corresponde al inicio del estrés, el impulso o el dolor que le impele de nuevo al comportamiento compulsivo, de lo contrario la interrupción del ciclo en estadios superiores resulta del todo complicado y deriva casi con toda certeza a un nuevo comportamiento adictivo.

Para finalizar, una reflexión sobre la intervención en la sexo adicción. La noción de adicción sexual es infinitamente más discutible y está menos establecida que la adicción al juego, a las sustancias o a las compras. Incluso si algunos sujetos presentan conductas de hipersexualidad próximas a la adicción, parece difícil por el momento abordar su tratamiento de forma puramente conductista. Una vez evaluada y descartada la peligrosidad potencial de los mismos, queda una vía por abrir que bascularía entre la sexología, la psicología, la medicina y la psiquiatría.

Gráfico I; El ciclo de la adicción al sexo



Referencias bibliográficas:

- Ades, J; Lejoyeux, M; Las nuevas adicciones. Ed Kairos
- Cáceres, J; (2001)Parafilias y violación. Ed. Síntesis. Madrid
- Carnes, P.J (1991); Don't Call it love: recovery from sexual addiction. New York: Bantam Books,
- Carnes, P.J (1992); Out of the Shadows: understanding sexual addiction. Minneapolis: CompCare publishers.

-Carnes, P.J (1989); *Contrary to love: helping the sexual addict*. Minneapolis: CompCare publishers.

-Carnes, Patrick J. (1998). *The Presidential Diagnosis. Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*.

-Carrobes, J.A.; Sanz, A (1991).; *Terapia sexual*. Ed. UNED, fundación universidad empresa.

-Goodman, A. (1995a). Addictive disorders: An integrated Approach. Parte I An Integrated understanding. *Journal of Ministry in Addiction & Recovery*, 2, 33-76 -

Goodman, A. (1997), *Sexual Addiction: Diagnosis, etiology, and treatment*. In: *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 3rd. ed., edit. J. H. Lowenstein y colaboradores. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 340-354.

-Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: An integrated Approach*. Madison

-Kafka, M.P.; Prentky, R.A. (1997); *Compulsive Sexual Behavior Characteristics*. American Journal of Psychiatry.

-Krafft-Ebbing, R. (1886). *Psychopathia Sexualis*, tr. F.J. Rebman. New York: Stein & Day, ed. 1965.

-Irons, R., & Schneider, J. (1994). *Sexual addiction : significant factor in sexual exploitation by health care professionals. Sexual addiction & compulsivity. Journal of treatment and Prevention*.

-Kaplan, H.S. (1979); *Trastornos del deseo sexual*. Ed. Grijalbo,

-Labrador y otros (1994); *Guia de la sexualidad*. Ed: Guías Espasa,

-Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-R y DSM IV) (1987 y 1995). Ed Masson

-OMS; CIE 10; *Trastornos mentales y de comportamiento* (1992)

-Valleur, M; Matysiak,J.C; (2003); *Las nuevas adicciones del siglo XXI*; Ed. Paidos controversia. 2003

-Washton,A;Boundy, P;(1989); *Querer no es poder*; Ed. Paidos

-Weiss, D. (1995); *101 Practical Exercises for Sexual Addiction*. Discovery Press. ColoradoSprings.