

LAS ADICCIONES SEXUALES

UNA APROXIMACIÓN TEORICA Y PRÁCTICA

BEGOÑA RAMOS GONZÁLEZ

**PRIMERA PARTE: UNA APROXIMACIÓN
TEORICA Y PRÁCTICA
A LAS ADICCIONES SEXUALES**

¿QUE SON LAS ADICCIONES SEXUALES?

En la búsqueda de criterios diagnóstico, algunos autores como Goodman (1993), Levin (1999), y Young (1999), comparan los criterios para la adicción sexual con los criterios establecidos para la dependencia de sustancias según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000).

Adicciones a sustancias

Para éste manual la dependencia de sustancias se entiende como un patrón desadaptativo de consumos de las sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguiente ítems:
 - (a) el síndrome de abstinencia característico para las sustancias
 - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6) Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas importantes debido al consumo de la sustancia.

7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que aparecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Estos autores proponen utilizar los mismos criterios modificando el término sustancia, por el de comportamiento sexual. Además de los elementos enumerados en el manual, los autores citados anteriormente observaron tres componentes adicionales en la adicción sexual:

1.- El factor del secreto

2.- El uso del sexo como escape en un estado disfórico

3.- La probabilidad del incursionar en actividades ilegales movilizadas por su adicción.

Las adicciones psicológicas

Las adicciones psicológicas (adicciones sin drogas) funcionan como conductas sobreaprendidas, que traen consigo consecuencias negativas y se adquieren a fuerza de repetir conductas que en un principio resultan agradables o bien como estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas personales (por ejemplo, comer en exceso para hacer frente a la ansiedad o el aburrimiento).

El uso adictivo de una conducta placentera implica el control de la misma por reforzadores negativos (evitación de algún tipo de malestar); el uso no adictivo,

por el contrario, de la misma está asociado al control por reforzadores positivos.

Todas las adicciones psicológicas están relacionadas con déficits en el control de los impulsos y con problemas de autocontrol (Marks, 1990).

Los estímulos condicionados desempeñan un papel importante en el mantenimiento de las adicciones psicológicas. Los estímulos condicionados externos pueden variar de una adicción a otra: el sonido de una máquina tragamonedas, en el caso de un jugador patológico; el olor a alimentos, en el caso de un adicto a la comida; la vista de una mujer sola, en el caso de un sexoadicto; los anuncios publicitarios, en el caso de un adicto a las compras, etc.

Sin embargo, los estímulos condicionados internos son muy similares en todas las adicciones. La disforia es, sin duda, el más importante. De hecho, la mayoría de los adictos tienden a recaer cuando se encuentran mal o deprimidos (Carnes,1994).

Las adicciones psicológicas no figuran incluidas como tales en el DSM-IV-TR.

En esta clasificación nosológica el término adicción se reserva para los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas.

La categoría más próxima conceptualmente es la referida a los trastornos del control de los impulsos, pero esta categoría, si bien tiene en común con las adicciones psicológicas los déficits en el autocontrol, resulta insatisfactoria porque abarca problemas de conducta desencadenados por estímulos cualitativamente distintos y que no son especialmente placenteros, como el trastorno explosivo intermitente (312.34) o la tricotilomanía (312.39).

Podemos plantear que por lo tanto lo que caracteriza a una adicción psicológica no es el tipo de conducta implicada, sino el tipo de relación que el sujeto establece con ella.

¿QUÉ SON “TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS”?

Este grupo de trastornos tiene en común la incapacidad repetida de resistir a un impulso intenso o a realizar una conducta particular que es perjudicial para uno mismo o hacia otros.

Las **categorías específicas** serían:

- 1.- Trastorno explosivo intermitente
- 2.- Cleptomanía
- 3.- Juego patológico
- 4.- Piromanía
- 5.- Tricotilomanía (arrancarse el pelo, barba, pestañas, cejas)

La **categoría residual** está bajo el epígrafe de control de impulsos no especificado, y serían todos aquellos que no cumplen los criterios para considerarlo uno específico

Los trastornos del control de impulsos se definen por tres **características** esenciales:

- 1.- Fracaso a resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el individuo o los demás
- 2.- Sensación creciente de tensión o de activación antes de llevar a cabo el acto
- 3.- Experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto.

Las conductas pueden ser egosintónicas o egodistónicas, es decir, existir o no una resistencia consciente a este impulso, que puede ser premeditado o no, y después del acto puede haber o no sentimientos sinceros de pesar, autorreproche o culpa.

Planeada o no la acción, antes de actuar se siente un aumento de la tensión a activación y mientras lo cometen placer, alivio, gratificación o liberación.

Sin embargo, al ser conductas egosintónicas (deseos conscientes inmediatos) después de realizarlas pueden sentirse arrepentidos, culpables o autorreprocharse.

El impulso (a diferencia de la conducta a la que lleve) es una reacción rápida y no planeada que responde a estímulos internos o externos, sin evaluar las consecuencias negativas que puede tener.

¿QUÉ DIFERENCIA HAY ENTRE IMPULSOS Y ADICCIONES?

No hay unanimidad en cómo llamar a estos problemas, y de hecho parece que va a depender más del terapeuta qué etiqueta ponerle, ya que para muchos, un problema de control de impulsos incluye en si mismo características de las adicciones, mientras que para otros, hay diferencias a tener en cuenta para poder llamarlo adicción.

Como explicaré a lo largo del trabajo, puede que incluso dependa del país y el enfoque psicológico más extendido en él, de forma que un paciente con el mismo problema, en EEUU sería considerado como “adicto” y en otro país, se le diagnosticaría como con un problema de control de impulsos.

A continuación, expongo la información que he encontrado al respecto, en este apartado, se habla impulsos, dependencias o adicciones en general. En apartados posteriores, expondré con más detalle las características y diferencias entre impulsos o adicciones en el ámbito sexual.

Para muchos autores, los comportamientos impulsivos repetitivos conllevan una “obligación conductual” que es similar a la que se encuentra en las adicciones (alcohol, tabaco).

Adicciones conductuales

Características clínicas de las adicciones conductuales:

- Deseo de participar en una secuencia conductual potencialmente peligrosa.
- Tensión creciente hasta que termina la secuencia conductual
- El fin del comportamiento alivia temporalmente la tensión
- Las ganas, el deseo o la tensión reaparece horas, días o semanas después.
- Hay factores desencadenantes externos o internos (tristeza, aburrimiento).
- Matiz hedónico de los primeros momentos de la adicción. El recuerdo (frecuentemente magnificado) de las primeras experiencias muy placenteras es un factor determinante para repetirlo a pesar de las consecuencias negativas.

De esta forma, para muchos profesionales, estos problemas del control de impulsos, podrían considerarse en sí mismos, adicciones o dependencias conductuales.

Para otros sin embargo, para considerarlo adicción, tendría que existir a la vez impulso, consumo ávido y pasional, repetición y dependencia.

También, en muchas personas dependientes se observa malestar físico o psíquico, (como ansiedad o irritabilidad cuando no se puede realizar la secuencia conductual), y se parece a los síntomas de privación de sustancias psicoactivas, incluso se ve el fenómeno de tolerancia cuando tienen que incrementar la intensidad o frecuencia del comportamiento para poder volver a encontrar las primeras sensaciones de excitación o desinhibición.

Como conclusión, algunas formas de dependencia conductual son difíciles de diagnosticar como patológicas (uso de Internet, videojuegos, adicciones sexuales) y para considerarlas como trastornos, deben existir a la vez signos psíquicos de dependencia y de sufrimiento individual o social, con consecuencias negativas personales, familiares, sociales, o económicas.

¿QUÉ ENCONTRAMOS EN LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS SOBRE EL CONTROL DE IMPULSOS Y LAS ADICCIONES SEXUALES?

La clasificación actualmente vigente del DSM-IV-TR (APA, 2000) resulta insatisfactoria. En primer lugar, porque limita las adicciones a aquellas que están generadas por el abuso de sustancias químicas. En segundo lugar, porque no figuran conceptualizadas como tales las adicciones psicológicas, ni siquiera en otros epígrafes diferentes. Y en tercer lugar, porque en el capítulo referido a los trastornos del control de los impulsos se sigue un criterio homogeneizador poco preciso, en donde figuran trastornos tan disimiles como el juego patológico (una adicción psicológica), la tricotilomanía (un mero hábito inadecuada) o la piromanía (un trastorno del control de los impulsos propiamente dicho).

No deja de ser sorprendente, por ejemplo, que el juego patológico, no esté conceptualizado como una adicción, pero que, sin embargo, figuren resaltados en los criterios diagnósticos los aspectos de tolerancia y abstinencia.

En las conductas repetitivas deben distinguirse, los meros hábitos inadecuados (tricotilomanía, onicofagia) de las adicciones (químicas o psicológicas), de los impulsos, los cuales se presentan como tendencias irrefrenables a la acción (piromanía, cleptomanía, trastorno explosivo intermitente) y de las compulsiones (conductas repetitivas sin sentido contra las que se resiste el sujeto)

Problemas del control de impulsos

Los problemas de control de impulsos en el ámbito sexual, no existen de momento como trastornos específicos, sino que están incluidos dentro de los llamados “Trastornos del Control de Impulsos no especificados”.

En el **DSM IV-TR**, en realidad no hay criterios claros y bien definidos para este grupo de trastornos, más bien están aquí los que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico del CI o para otros trastornos que si están especificados aunque sean de otras categorías.

Aunque parece un poco confuso es sencillo, el TCI no especificado es una especie de “cajón desastre” donde están todos aquellos problemas donde la persona tiene dificultades para controlar algún tipo de impulso y que no se pueden meter en las otras categorías.

Incluye trastornos como la automutilación reiterada, las compras compulsivas, o el comportamiento sexual compulsivo.

En la **CIE-10** hay dos categorías análogas al CI no especificado del DSM IV-TR, aunque con distinta denominación:

- ***F63.8: Otros trastornos de los hábitos y del control de impulsos.***

Trastornos del comportamiento mal adaptado persistentes, con rasgos repetidos de resistencia a los impulsos, tensión prodrómica (antes del comportamiento) y sentimientos de liberación una vez cometido el acto.

- ***F63.9: Trastornos de los hábitos y del control de impulsos sin especificar***

En este caso, ni da ejemplos, ni criterios diagnósticos.

Adicciones sexuales

El **DSM IV-TR** no las incluye dentro de los trastornos del Control de Impulsos y solo hace referencia a un “comportamiento sexual compulsivo” dentro del CI no especificado.

La **CIE-10** incluye “actividad sexual excesiva” pero dentro de las disfunciones sexuales.

¿QUÉ ENCONTRAMOS FUERA DE LOS MANUALES SOBRE ESTOS PROBLEMAS?

La respuesta a esta pregunta, merecería una monografía aparte.

Al no encontrar criterios claros y bien definidos en los principales manuales diagnósticos, hay que buscar en contextos quizás más relacionados con la práctica clínica, qué criterios o características definen este problema.

Si en los manuales más conocidos no está muy claro ni cómo llamar a estos problemas, y por tanto, los criterios para identificarlos son pocos y confusos, ya nos podemos imaginar que la búsqueda de una información más clara y precisa, no va a ser fácil.

Comencé por explorar las diferentes páginas de **internet** con la esperanza de encontrar información de lo que los “expertos” habían publicado sobre estos problemas. Cuando hablo de expertos, no estoy minimizando el trabajo de los que hacen y revisan los manuales, sino de personas que por interés en el estudio de este tipo de problemas, o por el desarrollo de su actividad profesional en la práctica clínica, hubieran avanzado más en la comprensión de estos problemas y en cómo enfrentarse a ellos en el trabajo terapéutico.

La búsqueda fue larga y debo decir que bastante pesada, cuando no me desviaban a páginas pornográficas, estaba en una religiosa, y cuando no en alguna revista de salud o en foros.

De las páginas y los artículos más serios o profesionales que encontré fui tomando notas, y lo que sigue, es quizás la información más clara y que más se repetía en diferentes páginas de salud, medicina o psicología.

Esta información que encontré, son más bien descripciones sobre las características de las personas con adicciones sexuales y cómo se desarrolla la adicción, pero debo decir que no fue una búsqueda fructuosa en cuanto a criterios claros para diagnosticar el problema, ni tampoco en cómo tratarlo.

Adicciones sexuales: Características y fases de adquisición

La adicción sexual ha sido descrita como un proceso que lleva a que la persona se encuentre progresivamente sometida a su sexualidad, haciendo que ésta se incline más a la necesidad que al deseo. Para muchos autores no es una cuestión de cantidad de conductas o relaciones sexuales sino de una “presión” de orden sexual.

Características clínicas de la adicción sexual

- Pensamientos sexuales obsesivos
- Conductas sexuales o encuentros sexuales “compulsivos”, más encaminados a aliviar tensión que al placer.
- Culpabilidad por el excesivo o problemático comportamiento sexual
- Baja autoestima
- Síntomas depresivos
- Vergüenza y ocultamiento del placer
- Indiferencia sexual por la pareja
- Falta de control en más aspectos que el sexual
- Preferencia por mantenerse anónimo en la relación sexual

Es decir, serían personas con encuentros sexuales frecuentes pero con incapacidad para establecer una relación gratificante con la pareja, que suelen practicar una masturbación compulsiva, buscar nuevos encuentros sexuales y presentan sentimiento de aburrimiento por los ya experimentados. Y sobre

todo, repetidos intentos no fructíferos por detener o reducir el excesivo comportamiento sexual y uso frecuente de la pornografía.

Durante el acto sexual pueden experimentar un estado comparable al que se da con sustancias psicoactivas y presentar despersonalización y desrealización.

Como se ve, más que criterios diagnósticos en sí mismos, son las características que con más frecuencia presentan los pacientes a los que se les considera “adictos sexuales”.

Aunque pueden ayudar al clínico o terapeuta como punto de partida para saber qué evaluar, o qué “perfil” es el que con mayor frecuencia mencionan diferentes autores, basarnos en estas características para poder hacer un diagnóstico es cuanto menos difícil, y a mí personalmente me surgen algunas preguntas como:

1.- ¿Hay una frecuencia para que se puedan considerar los pensamientos obsesivos o es un criterio subjetivo de la persona que los tiene? Hay personas que piensan más de 10 veces al día en sexo y lo ven como normal y he conocido pacientes que por pensar tres o dos al día se sentían “sucios y obsesionados”.

Creo que es difícil que alguien desde fuera pueda estipular cual es la “normalidad” en la frecuencia en la que pensar sobre sexo, pero a la vez no podemos asumir sin más el criterio subjetivo de el paciente cuando puede estar condicionado por su educación sexual, sus creencias religiosas o lo que comentan las personas de su entorno, y que sin embargo, aunque la persona lo viva con angustia, no se puede considerar “patológico”.

En mi opinión un criterio más claro sería considerar como “obsesivos” los pensamientos que se escapan al control de la persona, que no los puede detener ni apartar, que por tanto interfieren con sus actividades cotidianas (esto puede ser desde concentrarse en su trabajo, hasta impedir que disfrute de una reunión con familia o amigos) y sobre todo, que la persona los idéntica como problemáticos por el grado de malestar que le generan.

2.- ¿Toda conducta compulsiva de “alivio” es patológica? Muchas personas se masturban cuando están nerviosas o tensas, o buscan un encuentro sexual con otra persona por “necesidad” más que por deseo o placer. Esto se verá mejor o peor, pero en principio no tiene que ser patológico.

Quizás aquí hay que tener en cuenta más que la motivación para la conducta sexual, la frecuencia, es decir, que la persona solo sepa aliviar la tensión con conductas sexuales y que esas conductas no surjan nunca del deseo, de la búsqueda del placer o de la necesidad de intimidad y placer con otra persona.

3.- ¿Es la culpabilidad una característica para considerar algo patológico? Como mencionaba en la primera pregunta, los sentimientos de la persona son importantes pero no necesariamente sirven de guía para ver lo que es patológico. La culpabilidad puede ser la consecuencia de hacer algo “malo” o simplemente puede ser lo único patológico que presente la persona.

Por ejemplo, un paciente que acudió a consulta se sentía “atormentado” por el sentimiento de culpabilidad. Al parecer su mujer tenía un deseo sexual más bajo que él, y la frecuencia con la que le apetecía tener contactos era cada dos o tres semanas, aunque había excepciones cuando estaban relajados de vacaciones. Ambos entendían el sexo en un contexto de amor y compromiso, y habían esperado a casarse para tener relaciones. De hecho, a él no le gustaba masturbarse porque sentía que “no estaba bien cuando tienes pareja”. Sin embargo conforme pasaron los años, y los contactos cada vez eran menos frecuentes, decidió empezar a masturbarse porque no quería presionar a la mujer y se sentía más relajado con el tema sexual si se autoestimulaba una o dos veces a la semana. Como no estaba muy acostumbrado a hacerlo, le costaba menos si buscaba algo de pornografía en internet, porque se concentraba más y le resultaba más placentero, pero después siempre se sentía un poco “sucio”.

Todo se agravó cuando la pareja descubrió que él había buscado pornografía en internet y le acusó de “guarro y enfermo”, además de que se sintió traicionada y engañada (“nunca hubiera imaginado que tu podías ser ese tipo de hombre”).

En este caso, el paciente sentía una culpabilidad y malestar tan intensos que decidió acudir a consulta, y cuando le pregunté por el motivo de consulta me dijo que no sabía si era adicto al sexo o a la pornografía. Sin embargo, ¿hay algún terapeuta que pudiera poner esa etiqueta basándose en la culpabilidad que presentaba? ¿Y en su conducta?

4.- Baja autoestima y depresión, ¿Causa o consecuencia del problema? Aquí se reflejan características de los pacientes que acuden a consulta, sin embargo es difícil establecer qué relación tienen estos problemas con la adicción. Está claro que no tener una buena autoestima o estar con depresión, no llevan a que una persona padezca un problema de adicción sexual, y más bien parece una consecuencia, pero no creo que puedan servir como criterios para diagnosticar un problema.

5.- Tampoco está muy clara la característica de la falta de control en más aspectos que los sexuales, se puede entender como que el “adicto sexual” tiene otras adicciones o dependencias, es decir, que sería una persona con problemas para controlar su impulsividad en otras áreas (comida, compras, alcohol, drogas, móvil, TV).

Aunque parece algo lógico, que una persona pueda ser de “naturaleza impulsiva o adictiva”, y es conocido que hay personas que tienen varias “adicciones” a la vez (alcohol y juego, drogas y alcohol, comida y televisión), no he encontrado ningún estudio concluyente sobre si las personas que presentan adicciones sexuales son más propensas a algún tipo específico de problema de control de impulsos.

6.- Las otras características que faltan, están basadas en las ideas Patrick Carnes, uno de los pioneros en el estudio de las adicciones sexuales y se explican más detalladamente en el siguiente apartado.

También se han descrito **fases de instalación de la adicción sexual:**

1.- *Fase de obsesión*: les invaden preocupaciones sexuales y hay una búsqueda continua de estímulos sexuales.

2.- *Fase de ritualización*: Antes del acto se hacen rituales, se estimulan, se excitan, y con ello intensifican las obsesiones. La sexualidad adictiva no suele tolerar variaciones en la forma de realizar el acto sexual, así el adicto suele repetir sus comportamientos sin importarle la pareja o las circunstancias.

3.- *Comportamiento sexual Compulsivo*: No limita ni controla sus obsesiones, hay un efecto similar a la tolerancia de sustancias psicoactivas, es decir, que poco a poco se incrementan las obsesiones, se agregan rituales y se corren más riesgos.

4.- *Fase de desesperación*: Se siente impotente frente a su tendencia a repetir los comportamientos sexuales, su falta ocasiona síntomas de privación que se suelen expresar como cefaleas, ansiedad, temblores, depresión, etc.

UN BUEN LIBRO: LAS NUEVAS ADICCIONES (ADÈS Y LEJOYEUX)

UN POCO DE HISTORIA SOBRE LAS “ADICCIONES SEXUALES”

La primera vez que se reconoce este tipo de adicción es en 1886 aunque con el nombre de “hiperestesia sexual”.

Pero no fue hasta 1983 que se define y denomina este problema como adicción sexual, y lo hizo el psicólogo americano Patrick Carnes (con su libro *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*).

Carnes, consideró como su principal síntoma, la incapacidad para controlar de forma adecuada la conducta sexual, y que, al igual que los dependientes a

cualquier tipo de droga, pueden llegar a sacrificar su economía, su pareja, su trabajo, o contraer enfermedades graves como el sida.

Este autor, definió al adicto sexual como un joven (en la mayoría de los casos), obsesionado por pensamientos sexuales o fantasías, y por la idea de realizarlas. Casado o no, se aburre pronto de su pareja habitual porque suele estar ansioso de novedades, emociones desconocidas y cambios. Lo suele probar todo sin pararse en nada que pueda comportar monotonía (pornografía, prostitutas, cibersexo), y su excitación se basa más en la necesidad que en el placer sexual o el deseo. El adicto solo piensa en nuevas experiencias de las que espera más y finalmente siempre siente menos. Suele diferenciar y separar amor y sexo, no suele ser seductor y si más bien un copulador con prisas que aprovecha cada ocasión y una vez realizado el acto abandona rápidamente.

Este consumidor del sexo, generalmente decepcionado e insatisfecho, se siente pronto desgraciado, porque los contactos sexuales suelen ser remedios inmediatos a la soledad, la tristeza, a una baja autoestima, y es frecuente que cualquier dificultad cotidiana, lo empuje a buscar ese placer y esta “descarga” sexual y,

al igual que con la droga, exige que sus dosis vaya aumentando. Atrapado en una conducta que disimula, a menudo avergonzado y culpable, suele huir de las relaciones familiares y amistosas, y prefiere la sexualidad anónima que no despierta emociones “peligrosas”, a cualquier contacto íntimo humano.

No suele reconocer su adicción ni confesarse, normalmente se le descubre por alguna imprudencia, algún problema judicial, o contraer alguna enfermedad grave que puede estar relacionada con el sexo.

HIPERACTIVIDAD SEXUAL Y ADICCIÓN

No es lo mismo hiperactividad sexual que hiperactividad sexual adictiva.

Según el artículo sobre adicción sexual de Bernard Cordier y Didier Feray (1994), la primera está relacionada más con las costumbres y normas sociales

y culturales de cada etapa histórica y lo que se consideraba exceso o lo que se permitía y se prohibía.

Por ejemplo desde la edad media al renacimiento el hombre (la mujer no, claro) podía darse a cualquier tipo de exceso sexual fuera del matrimonio salvo a la sodomía y la zoofilia, es decir, nadie podría considerar su conducta como patológica si se masturbaba cuarenta veces al día pero si practicaba una vez sexo anal, si era un enfermo.

Después la sexualidad fue regida por el derecho consuetudinario y religioso, y se condenaba cualquier actividad sexual fuera del matrimonio, privilegiando la sexualidad procreadora que todavía hoy sigue siendo la doctrina oficial de la Iglesia Católica.

Después de la declaración de los Derechos Humanos, el Código Napoleón, emancipó las costumbres privadas de los ciudadanos adultos, prohibiendo únicamente las conductas sexuales susceptibles de trastornar el orden público (ultraje público al pudor, atentado al pudor, violación, abuso de menores, etc.).

Empiezan a surgir desde la psiquiatría conceptos como satiriasis y ninfomanía, perversiones sexuales, hiperestesia sexual, etc.

No es hasta 1945, que Otto Fenichel habla de manera más explícita asimilando la adicción sexual a la de las drogas, la bulimia y la dependencia amorosa.

Hasta hoy, la adicción sexual, aunque está ampliamente reconocida por la psiquiatría norteamericana, carece de clasificaciones internacionales de psiquiatría.

Por ejemplo la Organización Mundial de la Salud, clasifica al lado de las parafilias (denominación actual de las antiguas “perversiones”) la actividad sexual excesiva, aunque no delimita bien sus contornos, y en realidad es normal que no lo hayan hecho porque ¿Quién puede decir lo que es excesivo o lo que es una actividad excesiva sin caer en la trampa de normalizar el comportamiento sexual?

Para autores como Goodman, psiquiatra experto en el tratamiento de estos problemas), la definición de adicción sexual ya está incluida en su denominación, es “un proceso adictivo que se expresa a través del sexo, la

dependencia compulsiva a algunas formas de conductas sexuales, utilizadas para regular la vida emocional y la autoestima”.

DIFERENTES PERSPECTIVAS DE LA ADICCIÓN SEXUAL

Sin duda la adicción sexual despierta más críticas y debates que otras adicciones en las que parece haber mayor acuerdo, como al trabajo o al juego. Y es natural que sea así porque estamos hablando de sexualidad, de intimidad, y cualquier diagnóstico puede ser sospechoso de intolerancia o intentos de controlar y normalizar, además de atentar contra las libertades individuales.

En Europa, la noción de adicción sexual aún es bastante desconocida, sobre todo en Francia donde se la considera desde la psiquiatría y sexología como un producto del pragmatismo reductor y puritano de Norteamérica.

Comparar la sexualidad a una droga es obviar su complejidad y riqueza, su dimensión emocional tan propia de las experiencias y vivencias de cada ser humano.

Desde una **perspectiva sociológica y ética**, se considera la adicción sexual o sexualidad compulsiva, como una construcción social, una etiqueta estigmatizante que se da a las conductas sexuales que se apartan de los estándares culturales dominantes.

Con esto, para muchos autores de este campo, se corre el peligro de ser utilizado para oprimir a las minorías sexuales que no se conforman con los valores culturales y morales prevalentes (o con los valores de los propios terapeutas), y usar ese concepto convierte a los profesionales de la salud mental en instrumentos de políticas conservadoras arriesgándose a convertir en enfermos y culpables, a las personas cuyas prácticas sexuales no se ajusten a los preceptos estrechos y tradicionales de la moral o la religión, pudiendo caer en la trampa de considerar la adicción sexual como un producto más de lo políticamente correcto.

Muchos autores han querido zanjar el debate.

Por ejemplo **Aviel Goodman**, en su libro “Sexual Addiction” deja muy claro que no son ni el exceso o la frecuencia, ni las propias conductas sexuales o el tipo de sexualidad, lo que caracteriza estas adicciones, sino el desarrollo de la dependencia a cualquier forma de sexualidad, con sus criterios tradicionales (pérdida de control, y continuación a pesar de las consecuencias negativas).

Para Goodman, a diferencia de otras conductas sexuales como la hipersexualidad o la ninfomanía, donde el problema es la incapacidad para estar satisfecho sexualmente, en la adicción sería más una conducta como respuesta a otros problemas emocionales y psicológicos (autoestima, culpabilidad, depresión, ansiedad, trastornos psicósomáticos), y esto es compartido por otras adicciones, en las que la adicción ofrece al enfermo una solución de conducta a problemas de origen psicológico, a pesar de que, una vez establecida la dependencia, agravará aún más las emociones negativas que la han generado.

SÍNTOMAS DE LA ADICCIÓN SEXUAL

Según Carnes y otros autores (Coleman, Earle y Crown, Pincu, Schwartz y Brasted), los principales síntomas asociados a la adicción sexual son:

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 las relaciones sexuales
- Racionalizaciones para seguir con las conductas sexuales
- Culpabilidad por las actividades sexuales excesivas y problemáticas
- Soledad, aburrimiento, sentimiento de rabia como desencadenante.
- Depresión, mala opinión de si mismo
- Vergüenza y secreto sobre las conductas sexuales
- Indiferencia respecto parejas sexuales habituales
- Falta de control en general, en la vida (no relacionada directamente con la conducta sexual)
- Deseo de huir o suprimir emociones desagradables
- Preferencia por el sexo anónimo
- Costumbre de disociar la vida privada de la sexualidad

EL CICLO DE LA ADICCIÓN SEXUAL

Según Carnes, la adicción empieza por una débil autoestima, a veces con síntomas depresivos e insatisfacción con la propia vida. A esto le suele seguir un aislamiento, que le conduce a fantasías sexuales compensadoras, una forma de escapar y evadirse a un refugio más placentero que suelen ser las fantasías sexuales.

En el siguiente estadio las fantasías empiezan a ponerse en práctica, y normalmente empieza a aparecer la culpabilidad y la intención de ponerle fin.

Como suele fracasar en el intento, aumenta más la culpabilidad y empeora la imagen de si mismo, lo que a la vez aumenta su malestar y ansiedad, que a la vez lo precipitan de nuevo al refugio de su sexualidad compulsiva.

El ciclo de la adicción se presenta como una especie de círculo vicioso:

- La ansiedad o emociones negativas se alivian temporalmente con la conducta sexual adictiva, que es además la finalidad de la conducta.
- La ansiedad disminuye transitoriamente
- La adicción comporta un aumento de ansiedad, vergüenza y culpabilidad por las conductas sexuales y las dificultades que ocasiona.
- Las nuevas dificultades aumentan la necesidad de reducir la ansiedad

- La necesidad de reducir la ansiedad favorece la entrada de conductas sexuales adictivas.

Aunque no hay unanimidad en cuanto a cómo y qué define la adicción sexual, parece que la mayoría de autores coinciden en el carácter progresivo de los síntomas de la adicción.

Los primeros pasos suelen ser conductas intermitentes que durante un tiempo más o menos largo serán compatibles con la vida de la persona (familiar, profesional, social).

A medida que avanza el trastorno, las mismas actividades sexuales ya no bastarán para calmar la ansiedad, esto se conoce como tolerancia, y tendrán que aumentar esas conductas para poder aliviar la ansiedad.

Este fenómeno de tolerancia, lleva a buscar nuevas conductas sexuales, cada vez más extremas o desviadas que empiezan a afectar gravemente la vida cotidiana de la persona.

Según este autor, la escalada de conductas sexuales en la adicción alcanzará cada vez niveles más graves, hasta llegar a comportamientos sexuales criminales.

- En el primer estadio- Conductas sexuales sin víctimas (masturbación excesiva, muchas relaciones sexuales pero consentidas, abuso de pornografía)
- En el segundo estadio- Conductas más desviadas como exhibicionismo, voyerismo, escatología.
- Tercer estadio- Actos criminales como violación e incesto.

Es importante señalar, que hasta hoy ningún estudio ha podido probar estas ideas tan alarmistas de Carnes, y no se han podido establecer relaciones directas entre crímenes sexuales y adicciones.

La mayor gravedad de la adicción sexual no está en las conductas finales que la persona será capaz de realizar, sino en el sufrimiento psicológico y social del adicto.

CAUSAS DE LA ADICCIÓN AL SEXO

Se han dado distintas hipótesis para explicar este tipo de adicciones aunque ninguna parece ser concluyente.

Desde una ***perspectiva biológica***:

Se intentó relacionar el problema con niveles anormales de andrógenos, especialmente cuando existían comportamientos criminales o agresivos. Sin embargo, ningún estudio pudo demostrar que secreciones anómalas de testosterona causaran este tipo de comportamiento.

También se ha intentado explicar la adicción por los efectos de las endorfinas. Las endorfinas son unas sustancias químicas que libera el cerebro ante diferentes situaciones, y proporciona efectos calmantes y anestésicos, y en general, de bienestar. El adicto en este caso, tras haber experimentado estas sensaciones antes determinadas conductas sexuales, tendería a repetirlas una y otra vez, y en el grado que necesite, buscando reproducir de nuevo esas sensaciones.

Desde el ***psicoanálisis***:

Se intentaron dar hipótesis para explicar la hipersexualidad, y se asumía ésta, como un mecanismo de defensa, para luchar contra la castración, rechazar tendencias homosexuales, restaurar la autoestima, luchar contra la depresión, evitar sentimientos de culpabilidad y vergüenza, probando que puedes ser escogido y objeto de deseo de otro.

Más recientemente en Francia, la **psicóloga Joyce Mac Dougall**, relacionaba la sexualidad adictiva, con el intento de corregir una imagen narcisista que falla. Según sus teorías, la finalidad de la sexualidad sería dar y recibir placer, pero en estas personas son reemplazadas por una urgente necesidad de repararse, de restaurar la propia imagen, y ésta hace las veces de una droga, de la que el sujeto se vuelve dependiente.

Desde la **psicología**:

Muchos trabajos científicos se han centrado más en los factores de riesgo, y el más estudiado ha sido los **abusos sexuales en la infancia**.

Al parecer, los niños/as que han sufrido cualquier tipo de abuso o agresión sexual en la infancia, presentan frecuentemente trastornos sexuales en la edad adulta.

Carnes, en un estudio en 1991, con 233 hombres y 57 mujeres a los trataba por adicción sexual, exponía que el 82% de los pacientes decía haber sufrido uno o varios abusos sexuales en la infancia.

Muchos autores cuestionan la realidad de estos abusos, y creen que a veces los propios terapeutas, pueden sugestionar los recuerdos. Pero en cualquier caso, y aunque el porcentaje quizás no sea tan elevado, si es cierto que muchos adictos sexuales hablan de este tipo de experiencias, y se han dado distintas explicaciones de su papel en la aparición de la adicción sexual.

Para unos, la hipersexualidad sería una forma de reproducir el trauma, pero para liberarse y defenderse, controlando a las parejas sexuales, es decir, sería como la imagen invertida de lo que vivieron, aunque no de la misma forma angustiada e impuesta.

Para otros, la hipersexualidad sería una forma de controlar las emociones relacionadas con el abuso, dominando simbólicamente al abusador.

En cualquier caso, ninguna de estas hipótesis está confirmada, y quizás también sea interesante investigar más con todas las personas que padecen adicción sexual, pero no vivieron ningún tipo de abuso.

Según algunos autores (Cooper et al.2000), la adicción sexual es un fenómeno que está en aumento, debido en parte a la accesibilidad y anonimato de la sexualidad, producto entre otras cosas de las nuevas tecnologías como por ejemplo internet.

Con respecto a la presencia del desorden según el género, sigue siendo confuso si tiene una incidencia más alta en un sexo más que en otro. Según la investigación del Dr. Carnes (1994) aproximadamente el 80% de los pacientes que buscan ayuda para tratar su adicción sexual, son hombres.