

Jordi GINESTÀ SANMIQUEL

EL TRASTORNO POR ADICCIÓN AL SEXO:
Descripción, evaluación y tratamiento

Trabajo Fin de Grado
dirigido por
Clara VALLS

Universitat Abat Oliba CEU
Facultad de Ciencias Sociales
Grado en Psicología

2016

*Si nuestro pensamiento es sencillo y claro, estamos mejor equipados para alcanzar
nuestras metas.*

A. BECK

Resumen

El propósito del presente trabajo es realizar una revisión de los hallazgos de las últimas dos décadas relativos a la adicción al sexo en todos sus ámbitos. En él, repasamos algunas de las definiciones propuestas por conocidos autores y expertos en el trastorno, los criterios diagnósticos propuestos por el grupo de trabajo para el DSM-5, la prevalencia del trastorno y las diferencias entre géneros, así como la nueva dimensión de adicción al sexo conocida como cibersexo. Asimismo, se han recopilado los cuestionarios propuestos por diversos autores y los tratamientos que han demostrado su eficacia y que son más utilizados para la adicción al sexo (TCC, Terapia de grupo, Terapia familiar...). Se ha incluido la terapia alternativa de mindfulness ya que puede tener resultados beneficiosos para el paciente adicto.

Resum

El propòsit del present treball és realitzar una revisió de les troballes de les últimes dues dècades relatiu a l'addicció al sexe en tots els seus àmbits. En ell, repassem algunes de les definicions proposades per coneguts autors i experts en el trastorn, els criteris diagnòstics proposats pel grup de treball per al DSM-5, la prevalença del trastorn i les diferències entre gèneres, així com la nova dimensió d'addicció al sexe coneguda com cibersexe. Així mateix, s'han recopilat els qüestionaris proposats per diversos autors i els tractaments que han demostrat la seva eficàcia i que són més utilitzats per l'addicció al sexe (TCC, Teràpia de grup, Teràpia familiar ...). S'ha inclòs la teràpia alternativa de mindfulness ja que pot tenir resultats beneficiosos per al pacient addicte.

Abstract

The purpose of this paper is to review the findings of the last two decades regarding sex addiction in all spheres. In it, we review some of the definitions proposed by well-known authors and experts in the disorder, diagnostic criteria proposed by the working group for DSM-5, the prevalence of the disorder and gender differences, as well as the new dimension of addiction, known as cybersex. We have also compiled the questionnaires proposed by various authors and treatments that have proven effective and are most commonly used for sex addiction (CBT, group therapy, family therapy...). It has been included mindfulness alternative therapy because it might have beneficial outcomes for the addicted patient.

Palabras claves / Keywords

Adicción al sexo – Trastorno Hipersexual – Mindfulness – Cibersexo – Criterios diagnósticos – Cuestionarios aplicados – Hipersexualidad – THS

Índice

1. Introducción.....	9
2. Metodología	10
3. Descripción del trastorno por adicción al sexo.....	10
3.1 Concepto.....	10
3.2 Criterios diagnósticos.....	13
3.3 Etiología	16
3.4 Niveles de adicción sexual.....	18
3.5 Epidemiología	19
3.6 Diferencias de género.....	20
3.7 Consecuencias de la adicción	21
3.8 Comorbilidad.....	22
3.9 Nuevas dimensiones: Cibersexo	25
4. Intervención terapéutica.....	30
4.1 Detección	30
4.2 Tratamiento.....	33
4.3 Nuevas técnicas de tratamiento: Mindfulness	40
4.4 Curso y pronóstico	41
5. Conclusión	44
Referencias.....	46

1. Introducción

En este trabajo el campo de investigación será la Adicción al Sexo. Seleccionamos este ámbito dado que se trata de una de las adicciones comportamentales menos conocidas ya que las personas suelen mantenerlo oculto y disminuirlo debido a la presión social y las más que posibles críticas por parte de los demás. La *Society for the Advancement of Sexual Health* (2012) sitúa la prevalencia del trastorno entre el 3% y el 5% de la población americana, afectando en mayor medida a hombres que a mujeres. Otro estudio epidemiológico llevado a cabo en Suecia expone que el 12,1% de hombres y el 6,8% de mujeres pueden clasificarse como hipersexuales (Langström y Hanson, 2006). Asimismo, otro estudio subraya la falta de una definición generalmente aceptada y la propuesta de herramientas de evaluación fiables y válidas (Kuzma y Black, 2008). Por lo tanto, mediante el presente trabajo nos proponemos el objetivo de analizar y recopilar todos aquellos hallazgos obtenidos en la última década a fin de facilitar un mayor entendimiento común por parte de los profesionales y favorecer la confección de futuras investigaciones.

Por otro lado, la hipersexualización de la sociedad moderna ha motivado a varios autores a mostrar interés por las posibles consecuencias del aumento de exposición a estímulos sexuales tergiversando así la realidad de la sexualidad. Es decir, la exposición a estímulos sexuales ha ido creciendo apartando la sexualidad como un aspecto íntimo ha ser algo que compartir abiertamente con los demás. La *American Psychological Association* (APA) manifiesta preocupación por la excesiva recepción de estímulos sexuales que reciben especialmente las niñas durante la infancia a través de los medios de comunicación (APA, 2010), y del mismo modo, la periodista Magdalena del Amo alerta sobre la excesiva sexualización-erotización vigente en las sociedades de bienestar, sobre todo el universo de la infancia (Del Amo, 2008). Por ejemplo, la permisibilidad de algunas cadenas de televisión que permiten emitir cierto tipo de anuncios y series de televisión con contenido sexual explícito a horas infantiles. Pese a no haber estudios que relacionen directamente ésta hipersexualización y la adicción al sexo resulta inevitable mostrar una singular atención a esta correlación.

Por consiguiente, los objetivos propuestos en el presente estudio constan en establecer un definición que sea aceptada por la mayoría de entidades y profesionales en la salud mental, repasar la sintomatología básica del trastorno que permita una detección precoz, comprender su curso y pronóstico, así como los cuestionarios comúnmente administrados y las distintas técnicas propuestas para su tratamiento. Para ello, se realiza una revisión bibliográfica de las distintas investigaciones y publicaciones llevadas a cabo en las dos últimas décadas, tanto de fuentes primarias como secundarias, con un mayor énfasis en aquellos estudios experimentales con una muestra significativa y con resultados

beneficiosos tanto para los pacientes con adicción al sexo como para futuras investigaciones.

Para ello, primero se tratará la descripción general del trastorno donde se incluye la versión del cibersexo. Seguidamente se analizará los aspectos relacionados con la intervención terapéutica, desde su detección, pasando por el tratamiento y acabando por el pronóstico. Finalmente, se expondrá una discusión acerca de todo lo hallado.

2. Metodología

El presente trabajo corresponde a un trabajo de revisión encaminado a sintetizar los distintos artículos publicados en relación a la adicción al sexo en sus distintas esferas abarcando el período entre 1996 y 2016. En su mayoría, los artículos seleccionados han sido fuentes primarias, es decir, artículos cuya información ha sido publicada por primera vez y fuentes secundarias, es decir, artículos que contienen información primaria sintetizada y reorganizada.

Esta revisión incluyó la búsqueda en bases de datos de psiquiatría, psicología y medicina como pueden ser Google Académico, PsychInfo y Pubmed. Los artículos revisados debían hacer referencia a todos los temas tratados a lo largo del trabajo, considerados como conocimientos base del trastorno.

En cuanto a los criterios de selección, los artículos debían haber sido publicados en las dos últimas décadas y ser relevantes en sus respectivas investigaciones –por ejemplo, artículos de peer review-. Asimismo, las palabras clave más destacables utilizadas fueron: adicción al sexo, Trastorno Hipersexual, Hipersexual disorder, Sexual compulsivity behavior, sexual addiction. La principal limitación fue la falta de disponibilidad de algunos artículos.

3. Descripción del trastorno por adicción al sexo

3.1 Concepto

En los trastornos por adicción tanto comportamentales –adicción al juego, a las nuevas tecnologías y al sexo– como de abuso de sustancias –drogas y alcohol–, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, se convierten en adicciones y pueden interferir significativamente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa, 2010 Echeburúa, 1999 y Griffiths, 2000 citado por Cía,

2014). En concreto, las adicciones comportamentales consisten en una adicción a un tipo de conducta que se ha vuelto adictiva. A medida que la adicción avanza, los comportamientos se vuelven automáticos, siendo activados por las emociones e impulsos y con escaso control cognitivo. El adicto busca la gratificación inmediata sin reparar en las posibles consecuencias negativas.

En este sentido, cualquier actividad placentera puede convertirse en una conducta adictiva, así como el sexo. Es decir, si una persona pierde el control sobre una actividad placentera y la práctica de esta actividad conlleva consecuencias que afectan negativamente a su adaptación en las distintas áreas de su vida, se considera que esta persona se ha convertido en un adicto conductual. Éste es el caso de la adicción al sexo una actividad placentera se convierte en una conducta adictiva y la persona en un adicto al sexo.

Históricamente, el comportamiento sexual excesivo se consideraba importante pues se tenía una visión más conservadora respecto al sexo, pero en los últimos años se ha producido un vuelco y las investigaciones y atención médica se ha centrado en trastornos que inhiben o bloquean la expresión sexual, como el trastorno de deseo hipoactivo, trastorno eréctil masculino y la dispareunia –es un término médico que simplemente significa “coito doloroso”– (Langström y Hanson, 2006). De hecho, el DSM-5 no incluye el trastorno hipersexual (conocido antiguamente como adicción al sexo), prestando mayor atención a trastornos sexuales inhibitorios por su afectación en la vida sexual, decrecimiento de la calidad de vida y menor felicidad. Esta tendencia queda ejemplificada en un estudio donde encontraron que aquellas personas que practican menos de tres relaciones sexuales al mes eran menos felices en comparación a la media (Laumann, Gagnon, Michael, y Michaels, 1994).

Entre aquellos autores que proponen el trastorno hipersexual como una entidad propia se reconoce que la nosología del trastorno sigue siendo controvertida (Goodman, 2001 citado en Langström y Hanson, 2006). Parece que la adicción al sexo está relacionada con la sintomatología obsesivo-compulsiva (altos índices de masturbación, uso de pornografía y promiscuidad), pese a haber escasa evidencia empírica. (Jaisoorya, Janardhan Reddy, y Srinath, 2003 citado en Langström y Hanson, 2006).

La adicción al sexo es un sinónimo de ninfomanía –término psicológico utilizado exclusivamente para mujeres con una libido excesiva y obsesión por el sexo– o satiriasis, –término psicológico análogo a ninfomanía pero utilizado para hombres– trastorno descrito en por la CIE-10 aunque ausente tanto en el DSM-IV y DSM-5. Kuzma y Black (2008) subrayan la falta de una definición generalmente aceptada. Autores como Kafka (1997)

proponen una definición basada en la frecuencia de orgasmos comprendiendo como criterio mínimo, experimentar un orgasmo al día durante al menos seis meses consecutivos. Para considerar problemática la alta frecuencia de orgasmos debe ir acompañada de una preocupación excesiva y consecuencias psicosociales negativas. En otro estudio, Goodman (1998, citado en Carrasco 2005) trata de adecuar las características de la definición de la adicción al sexo, a las pautas seguidas en el DSM, ampliando la definición con las siguientes características:

- a) Se da un fracaso recurrente en resistir los impulsos.
- b) Se experimenta una sensación de tensión en los momentos previos.
- c) Se da un cierto grado de placer o alivio de la tensión durante la ejecución.
- d) Existe un sentimiento de pérdida de control.
- e) Se dan, al menos, cinco de las siguientes características: preparación esmerada, aumento progresivo de frecuencia, esfuerzos por reducir el comportamiento, duración excesiva, repercusión no deseada en el ámbito laboral, familiar y social, incremento de la tolerancia, irritabilidad si no se cumple, y tales síntomas persisten durante más de un mes.

Se aprecia que tales características no difieren de otras características de otros tipos de adicciones comportamentales o abuso de sustancias. De modo similar, Cía (2014) propone una serie de síntomas característicos de una adicción comportamental muy similares a los expuestos para la adicción al sexo de Goodman:

- Intenso deseo, ansia o necesidad imparable de concretar la actividad placentera.
- Pérdida progresiva del control sobre la misma, hasta llegar al descontrol.
- Descuido de las actividades habituales previas, tanto las familiares, como las académicas, laborales o de tiempo libre.
- Estas consecuencias negativas suelen ser advertidas por personas allegadas que se lo comunican al adicto, quien, a pesar de ello, no detiene la actividad y se pone a la defensiva, negando el problema que padece.
- Progresiva focalización de las relaciones, actividades e intereses en torno a la adicción, con descuido o abandono de los intereses y relaciones previos, ajenos a la conducta adictiva.
- Irritabilidad y malestar ante la imposibilidad de concretar el patrón o secuencia adictiva (abstinencia) e imposibilidad de dejar de hacerlo, pasado un corto período.

Echeburúa (2012), por su parte, define este trastorno por la frecuencia y la intensidad de las fantasías sexuales, la activación psicofisiológica, el ansia y las conductas sexuales,

asociadas a un componente de impulsividad. Sitúa el trastorno dentro de las adicciones comportamentales resaltando conductas de riesgo, tolerancia (los estímulos necesitan ser cada vez más excitantes para experimentar el goce inicial), pérdida de control y consecuencias psicosociales negativas (embarazos no deseados, ruptura de pareja, problemas económicos y/o laborales y enfermedades de transmisión sexual). Enumera alguna de las conductas más habituales implicadas en la adicción al sexo, destacando las fantasías sexuales, la masturbación compulsiva, la pornografía y cibersexo, el voyeurismo, el sexo anónimo y las parejas múltiples. Estas conductas pretenden reducir la ansiedad y otros afectos disfóricos, tales como la vergüenza y la depresión.

Por último, la comparación mostrada en el cuadro inferior expone claramente las diferencias que existen entre un comportamiento sexual saludable y el propio de un adicto.

Addictive sex	Healthy sex
Feels shameful	Adds to self-esteem
Is illicit, exploitative	Has no victims
Compromises values	Deepens meaning
Draws on fear for excitement	Uses vulnerability for excitement
Reenacts childhood abuse	Cultivates sense of being adult
Disconnects from oneself	Furtheres sense of self
Creates world of unreality	Expands reality
Is self-destructive and dangerous	Relies on safety
Uses conquest or power	Is mutual and intimate
Is seductive	Takes responsibility for needs
Serves to medicate and kill pain	May bring legitimate suffering
Is dishonest	Originates in integrity
Becomes routine	Presents challenges
Requires double life	Integrates most authentic parts of self
Is grim and joyless	Is fun and playful
Demands perfection	Accepts the imperfect

Source: From Don't Call It Love. By P. Carnes, 1991, New York: Bantam Books. Reprinted with permission.

3.2 Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ha desestimado el Trastorno Hipersexual (THS) como entidad propia, pese a ser propuesto por el grupo de trabajo para el DSM-5 como nuevo diagnóstico caracterizado por el aumento en la

frecuencia e intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafilicas, asociadas a un componente de impulsividad, que provocan un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional (Chiclana, 2014). Algunos autores defienden que la evidencia tanto epidemiológica como clínica sugieren que los excesos en conductas sexuales no parafilicas –conductas y trastornos hipersexuales– pueden ir acompañados de angustia personal y morbilidad social y médica (Kafka, 2010).

Finalmente, el trastorno no ha sido incluido en la clasificación DSM-5 (APA, 2013) ya que no es apoyado en suficientes estudios. No se conoce bien si la etiopatogenia está ligada a un componente obsesivo, impulsivo, adictivo o si es consecuencia de una disfunción del deseo sexual o de aprendizaje conductual en el que no subyace patología (Moser, 2013). Los criterios diagnósticos propuestos por el grupo de trabajo DSM-5 para el THS son los siguientes:

A. Durante un período de al menos seis meses, presenta fantasías sexuales recurrentes e intensas, impulsos sexuales y conducta sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes cinco criterios:

1. Consume excesivo tiempo en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales.
2. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a estados de ánimo disfóricos (por ej.: ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).
3. Repetidamente desarrolla fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a eventos estresantes de la vida.
4. Repetitivos e infructuosos esfuerzos por controlar o reducir significativamente esas fantasías, impulsos y conductas sexuales.
5. Repite el comportamiento sexual sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo o a otros.

B. Hay un malestar clínicamente significativo o deterioro personal en las áreas social, profesional o de otro tipo de funcionamiento, asociado con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos y conductas sexuales.

C. Estas fantasías sexuales, impulsos y conductas no se deben a los efectos fisiológicos directos de sustancias exógenas (por ejemplo, drogas de abuso o medicación) o a episodios maníacos.

D. La persona tiene al menos 18 años.

Además se debe especificar si las conductas son masturbación, consumo de pornografía, relaciones sexuales consentidas con adultos, prácticas sexuales a través de internet (cibersexo), llamadas a teléfonos de contenido sexual, asistencia a clubs de striptease o varias de ellas.

Kaplan y Krueger (2010) enumeran una serie de subtipos del Trastorno Hipersexual que deben ser de consideración por parte del terapeuta para su posterior intervención clínica.

Los subtipos más relevantes expuestos son:

- *Masturbación compulsiva*: Reid, Carpenter y Lloyd (2009, citado en Kaplan y Krueger, 2010) en una muestra de 59 hombres que buscaban tratamiento el 56% presentaba masturbación compulsiva.
- *Abuso de contenido pornográfico*: consiste en la presencia de sintomatología de dependencia respecto del uso de pornografía. En un estudio el 40,2% de la muestra clínica compuesta por pacientes en tratamiento por adicción al sexo presentaban dependencia a la pornografía (Briken et al., 2007 citado en Kaplan y Krueger, 2010).
- *Cibersexo*: se refiere al uso de conversaciones sexuales en línea con el objetivo de obtener placer sexual (Daneback, Cooper, y Mansson, 2005; Daneback, Ross, y Mansson, 2006 citado en Kaplan y Krueger, 2010).
- *Sexo telefónico*: Kafka y Hennen (1999, citado en Kaplan y Krueger, 2010) en su estudio encontraron que en una muestra de 63 hombres quienes padecían de un trastorno parafílico relacionado un 37% presentaban dependencia al sexo telefónico con gastos significativos en el servicio.

Cabe comentar que en caso de incluir el THS en el DSM, sería necesario estar de acuerdo al considerarlo una adicción más dentro del apartado de adicciones y trastornos relacionados o bien como una variante del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Diversos autores proponen que el trastorno por adicción al sexo debe incluirse como una variante de TOC (Kaplan y Krueger, 2010 citado en Chiclana et al., 2015), ya que las obsesiones y las compulsiones propias del trastorno tienen un claro objetivo de reducir la ansiedad previa. Chiclana et al. (2015) en su estudio con una muestra de 638 pacientes ambulatorios, obtuvo que el 23% fueron diagnosticados de TOC, lo que explicaría la alta prevalencia de pacientes con THS que presentan sintomatología compulsiva como trastorno comórbido. Sin embargo, otros autores proponen que la adicción al sexo debe incluirse en adicciones y trastornos relacionados, de la misma manera que ha sido incluido el juego patológico (Farré et al., 2015) ya que consideran que la sintomatología presentada en la adicción al sexo es equivalente a otras adicciones y los tratamientos utilizados en la intervención también han resultado eficaces.

3.3 Etiología

La adicción al sexo presenta una etiología muy similar al resto de adicciones comportamentales. Carrasco (2005) repasa de manera breve los diversos mecanismos que explican el inicio y mantenimiento de un adicto.

Familiares

Un alto porcentaje de la muestra de adictos al sexo ha sufrido abusos físicos o emocionales en la infancia, desarrollando algún grado de trastorno por estrés postraumático, condicionando su desarrollo familiar posterior (Carnes, 1991a citado en Carrasco, 2005).

Psicológicos y Personalidad

Algunas de las diferencias entre un adicto al sexo comparado con una muestra no adicta se observa (Bancroft y Vukadinovic, 2004 citado en Carrasco, 2005):

1. Clara tendencia a mostrar especial interés en el sexo en momentos de ansiedad y depresión.
2. Alta tendencia a la disociación.
3. Existencia de mecanismos obsesivos-compulsivos.

Estos autores proponen un sistema de control dual de la respuesta sexual:

“...la excitación sexual depende del balance existente entre la excitación e inhibición sexual..., los individuos varían en su propensión a la excitación e inhibición, siendo esta última adaptativa entre las diversas especies. Así, en situaciones de amenaza, cuando la atención ha de dirigirse hacia un mecanismo de afrontamiento no sexual, no sería pertinente una respuesta sexual... En algunos individuos, sin embargo, se produce un efecto paradójico, incorporándose la respuesta sexual a los procesos de ansiedad y depresión.” (Bancroft et al., 2003 citado en Carrasco, 2005).

Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones las conductas sexuales repetitivas se activan con el propósito de reducir la ansiedad, el estrés y otros estados de ánimo disfóricos –culpa o tristeza– (Nelson y Oehlert, 2008 citado en Echeburúa, 2012).

Como en otras adicciones y trastornos hay dimensiones de la personalidad que hacen a una personas más o menos vulnerable a un trastorno/s en específico. En el caso de la adicción al sexo, algunos de las dimensiones asociadas son una impulsividad acentuada, una alta búsqueda de sensaciones y riesgos, así como rasgos obsesivos (Janssen, Goodrich, Petrocelli y Bancroft, 2009 citado en Echeburúa, 2012). Otros factores asociados son la insatisfacción, las carencias afectivas y las sustancias adictivas (Echeburúa, 2012). Otro estudio, subraya la sintomatología hipersexual como síntoma presente en trastornos del impulso, manía, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad (Perugi et al., 1998 citado en Langström y Hanson, 2006).

Echeburúa (2012) destaca algunos de los factores de riesgo que pueden desembocar en un Trastorno Hipersexual. Entre ellos encontramos aquellas personas que presentan una baja autoestima, una insatisfacción en la imagen corporal, que padecen alguna disfunción sexual o bien tienen un historial de insatisfacción en las relaciones de pareja. Asimismo, los adictos, al tratarse de personas impulsivas, no es extraño encontrar conductas de riesgos como fumar, consumo abusivo de alcohol o drogas, así como ludopatía (Langström y Hanson, 2006).

Biológicos (y lesiones)

Algunos estudios muestran que lesiones en el lóbulo frontal causado por un trauma puede evocar en hipersexualidad (Lishman, 1968 Miller et al., 1986 citado en Mick y Hollander, 2006), al igual que la esclerosis múltiple (Gondim y Thomas, 1993 citado en Mick y Hollander, 2006), epilepsia (Devinsky y Vazquez, 1993 citado en Mick y Hollander, 2006), demencia (Alkalhil et al., 2004 citado en Mick y Hollander, 2006), y el tratamiento para el Parkinson mediante agentes dopaminérgicos (Uitti et al., 1989 citado en Mick y Hollander, 2006). Otro estudio, amplía la lista de afectaciones médicas que pueden ser un factor de riesgo en la aparición de la adicción al sexo, estas son: el Síndrome de la Tourette, lobotomía frontal y “*stroke*”.

Se sabe que el deseo sexual implica influencias ambientales, mentales, factores endocrinos, neurotransmisores de monoamina, óxido nítrico y neuropéptidos. Cómo estos factores se relacionan entre sí como un todo resultando en comportamientos sexuales desordenados aún esta por esclarecer (Bradford, 1999 citado en Mick y Hollander, 2006).

Bioquímicos

Algunos autores consideran que en estados de euforia durante el orgasmo predomina la neurotransmisión dopaminérgica, liberando un péptido adictivo, la *feniletilamina*, cuya acción no es muy duradera, pero ampliamente deseada y que modulará los procesos de atención (Naik, Kelkar y Sheth, 1978, Nicole y Nicoli, 1995 citado en Carrasco, 2005). Otro estudio, sugiere que el neurotransmisor dopaminérgico y drogas estimulantes parecen tener un rol importante en el Trastorno Hipersexual (Kaplan y Krueger, 2010).

Chiclana et al. (2015) realizó un estudio donde tras realizar una exploración específica a una muestra de 638 pacientes ambulatorios que demandaban ayuda por presentar sintomatología propia del Trastorno Hipersexual. Se encontró que un 20% de los pacientes habían sufrido abusos sexuales en la infancia y un 38,8% habían tenido experiencias traumáticas previas, aunque no existen estudios previos que relacionen la sintomatología sexual adictiva con eventos traumáticos en la vida sexual y/o otros eventos relacionados con el comportamiento hipersexual. Asimismo, el 61,3% de la muestra de pacientes que cumplen criterios para el Trastorno Hipersexual no tenían pareja, lo que hace pensar que la conducta sexual fuera de control podría estar relacionada con la búsqueda de afecto. Contrariamente, algunos estudios defienden que los pacientes sin pareja presentan un apego ansioso-evitativo y su actividad sexual se basa en la búsqueda de relaciones carentes de afectividad (Weinstein, Katz, Eberhardt, Cohen y Lejoyeux, 2015 citado en Chiclana, 2015).

Son muchos los factores que se encuentran implicados en el desarrollo de una adicción sexual. Carnes (2001, págs. 19-20) en su libro "*Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*" considera que la aparición de la adicción sigue un ciclo de cuatro etapas.

1. *Preocupación*: momento en que las mentes de los individuos se encuentran completamente absortos con pensamientos en relación al sexo. Este estado mental crea una búsqueda obsesiva de estimulación sexual.
2. *Ritualización*: los adictos incluyen ciertas rutinas que aumentan el comportamiento sexual. Estos rituales incrementan la preocupación, el "*arousal*" sexual y la excitación.
3. *Comportamiento sexual compulsivo*: consiste en el acto sexual en sí que finaliza con la preocupación y ritualización. Los adictos al sexo son incapaces de controlar o parar este comportamiento.
4. *Desesperación*: el sentimiento de desesperanza que los adictos tienen sobre su comportamiento y su impotencia.

3.4 Niveles de adicción sexual

Como en las demás adicciones, no todos los adictos comparten la misma sintomatología ni la misma gravedad. Romero (2005) propone tres niveles distintos en base a diversas posibles conductas sexuales y sus consecuencias.

- Nivel 1: masturbación compulsiva, relaciones sexuales, tanto heterosexuales como homosexuales anónimas en forma compulsiva o no, pornografía y prostitución.
- Nivel 2: exhibicionismo, voyeurismo, llamadas telefónicas indecentes y vandalismo sexual (incluidas rápidas e inapropiadas caricias que pueden ser denominadas “pequeñas violaciones”).
- Nivel 3: Abuso sexual infantil e incesto, violación y violencia sexual. Los principales agresores sexuales forman parte de este nivel de adicción sexual (44,3% de los delincuentes sexuales en tratamiento cumplen sintomatología propia de los adictos sexuales (Earle y Earle, 1995 citado en Romero, 2005).

3.5 Epidemiología

La adicción al sexo es un trastorno relativamente poco común. Puesto que el DSM-5 no incluye el diagnóstico por Trastorno Hipersexual resulta complicado realizar una estimación real acerca la prevalencia del trastorno en la población general. Aunque se trata de un trastorno muy popular, lo cierto es que no es muy frecuente en las consultas clínicas (Carner, 1983 citado en Esparcia, 2011).

La mayoría de estudios acerca la prevalencia epidemiológica del trastorno se han realizado en población americana por lo que no se pueden generalizar a la población general pues no se tienen en consideración posibles influencias culturales de los distintos países tanto desarrollados como tercermundistas. Un estudio, estima que el Trastorno Hipersexual afecta aproximadamente a un 6% de la población general en Estados Unidos (Black, 2000; Coleman, 1992 citado en Langström y Hanson, 2006). La *Sociedad para la Promoción de la Salud Mental* (2012), sitúa la prevalencia del trastorno entre el 3% y el 5% de la población americana, afectando en mayor medida a hombres que a mujeres. Otro estudio epidemiológico llevado a cabo en Suecia expone que el 12,1% de hombres y el 6,8% de mujeres pueden clasificarse como hipersexuales (Langström y Hanson, 2006).

Chiclana et al. (2015) recopila los datos epidemiológicos de numerosos autores obteniendo muestras de prevalencia tanto en población americana como otros países europeos.

Autor	Año	N	Muestra	Hombres	Mujeres
Kinsey <i>et al.</i>	1948	5300	Norteamericana-general	7,6%*	-
Atwood <i>et al.</i>	1987	1077	Norteamericana-adolescentes	3-5%*	-
Laumann <i>et al.</i>	1994	1320	Norteamericana-general	7,6%*	-
Langstrom	2006	1142	Suiza clínica	12,1%	7%
Skeeg <i>et al.</i>	2010	940	Nueva Zelanda-general	12,7%	6,7%
Winters <i>et al.</i>	2010	13085	Online	1,8%	0,9%
Oldlaugh	2013	1837	Dinamarca-estudiante	3%	1,2%
Chiclana	2014	565	España-clínica	9%	1,2%
Rettenberger <i>et al.</i>	2015	1749	Online	6%	3,1%

*Datos generales no solo de hombres.

Fuente: Chiclana, C., Chicote, M. C., Cervera, S. C., y Víctor, D. R. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido?. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (115)

Langström y Hanson (2006, citado en Kafka, 2010) en un estudio epidemiológico acerca el Trastorno Hipersexual, con una muestra de 2450 hombres y mujeres encontraron que los hombres clasificados con alta hipersexualidad (1244 hombres, edades entre 18-60; 12,1% de la muestra) eran más propensos a ser jóvenes, haber padecido la separación de los padres y vivir en las principales áreas urbanas. Asimismo, habían empezado comportamientos sexuales a una edad más temprana, presentaban mayor diversidad de experiencias sexuales, incluido relaciones con personas del mismo sexo (sin necesidad de ser homosexuales), haber pagado por sexo, haber realizado exhibicionismo, voyeurismo, masoquismo y/o sadismo. En el caso de las mujeres clasificadas con alta hipersexualidad (1171 mujeres, edades entre 18-60; 6.8% de la muestra) tendían a presentar historia de abusos sexuales y haber recibido asistencia psiquiátrica en el último año.

3.6 Diferencias de género

Carnes et al. (1991) citado en Coombs (2004) observaron ciertas diferencias en la prevalencia del Trastorno Hipersexual entre hombres y mujeres. Por un lado, los hombres preferían actividades que objetivan a sus parejas sexuales, necesitan un mínimo de implicación emocional y, en ocasiones, incluyen voyeurismo, pagar por sexo y sexo anónimo. Por otro lado, las mujeres practican comportamientos en mayor medida que implican pérdida de poder en la relación (delegando el poder en el hombre e incluyendo fantasías y roles de víctima). Además, las mujeres adictas usan el sexo por poder, control y atención.

Ferree (2001, citado en Coombs, 2004) escribe acerca algunos mitos que se asocian con las mujeres hipsersexuales:

1. Las mujeres no son adictas al sexo.
2. Aquellas mujeres que son adictas, en realidad, son adictas a la relación o al amor, no al sexo.
3. La motivación de las mujeres adictas es por necesidad.
4. Las consecuencias de la adicción sexual son iguales para la mujer y para el hombre.
5. Se utilizan las mismas preguntas para el diagnóstica de adicción al sexo tanto para la mujer como para el hombre.

A todo lo comentado, cabe añadir que las mujeres adictas se exponen a otros posibles problemas como pueden ser embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Las mujeres que atendieron al estudio realizado por Farree (2001, citado en Coombs, 2004) entre un 25 y un 50% de las participantes habían tenido al menos un aborto debido a un embarazo no deseado. Comenta que mientras estaba evaluando a las participantes debía usar formulaciones distintas en las preguntas que realizaba a las mujeres en comparación con los hombres. Por ejemplo, en vez de preguntar si ha practicado alguna vez sexo anónimo, se le pregunta si ha mantenido relaciones sexuales con alguien a quien acaba de conocer.

3.7 Consecuencias de la adicción

Carnes y Schneider (2000, citado en Coombs, 2004) enumeran una serie de posibles consecuencias que afectan a los adictos al sexo. Quedan resumidas en:

Consecuencias de la adicción al sexo

A. Consecuencias físicas

1. Adquisición de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
2. Embarazos no deseados y complicaciones debido al aborto.
3. Violación y/o abusos físicos.
4. Lesiones físicas en los genitales, pechos, colon y demás.
5. Accidentes de tráfico (causados por preocupación por pensamientos o actividades)
6. Operaciones innecesarias para mejorar la apariencia física (especialmente en mujeres)
7. Abuso de drogas con reputación de mejorar la estimulación sexual.

B. Consecuencias psicológicas y emocionales

1. Vergüenza y culpabilidad, especialmente si hay exposición al público.
-

2. Depresión.
3. Ansiedad.
4. Miedo a ser descubierto/a
5. Trastorno por estrés postraumático.
6. Divorcio y problemas matrimoniales.
7. Dificultad por mantener la sobriedad a causa de la dependencia a las drogas o otras adicciones.

C. Consecuencias financieras, legales y de empleabilidad

1. Pérdida del trabajo.
 2. Arrestos por practicar actividades sexuales ilegales.
 3. Costes económicos en servicios legales, psicoterapia, pérdida de trabajo y dinero gastado en la adicción.
-

Por otro lado, Echeburúa (2012) considera que la adicción al sexo como las demás adicciones presenta un síndrome de abstinencia caracterizado por nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, dolores de cabeza, temblores e insomnio. Además, también se experimenta el tolerancia hacia el sexo, por lo que el sujeto cada vez necesita estímulos más excitantes para experimentar el goce inicial. Asimismo, la adicción al sexo produce consecuencias negativas en la vida cotidiana, entre ellas encontramos: desmoronamiento de la autoestima, pérdida de la pareja, riesgo de contraer sida y enfermedades de transmisión sexual, problemas legales derivados del acoso sexual, pensamientos obsesivos en relación con el sexo e incluso intentos de suicidio. Kalichman et al. (2005, citado en Echeburúa, 2012) exponen que en *“las personas afectadas es habitual dejar de lado el cuidado del aspecto físico y de la salud, así como las actividades sociales, laborales o familiares”*.

3.8 Comorbilidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad, o diagnóstico dual, como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995).

Como en innumerables otros trastornos, la adicción al sexo raramente aparece de forma aislada. En la literatura se encuentran multitud de estudios que han investigado los principales trastornos asociados al Trastorno Hipersexual. Black, Kehrberg, Flumerfelt y Schlosser (1997, citado en Kaplan y Krueger, 2010) en su muestra de 36 participantes con adicción al sexo obtuvieron que el 39% presentaban historia clínica de depresión o distimia, el 64% de abuso de sustancias y el 42% de trastorno por fobia. Los trastornos de personalidad también fueron evaluados siendo los más comunes el subtipo paranoide,

histriónico, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. Del total de la muestra, el 36,7% estaba diagnosticado de algún subtipo de parafilia. En otro estudio, Raymond et al. (2003, citado en Kaplan y Krueger, 2010) en una muestra de 25 individuos quienes respondieron a un anuncio publicado en el periódico, encontraron que el 88% cumplían con los criterios diagnóstico de algún trastorno del eje I en el momento de la entrevista y el 100% habían cumplido criterios para algún trastorno del eje I en sus vidas. La prevalencia de trastornos del estado de ánimo era del 71%, la de trastornos por ansiedad del 96% y para los trastornos por abuso de sustancia del 71%. El 46% de la muestra cumplía criterios para trastorno del eje II, obteniendo que el 39% cumplían criterios para el cluster C de la personalidad (evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo). Pese a que en este estudio los participantes que cumplían criterios para algún subtipo de parafilia – comportamientos sexuales caracterizados por la excitación ante objetos y situaciones que no forman parte de los patrones sexuales normativos– fueron excluidos del estudio, encontraron que el 8% de la muestra de estudio tenían un diagnóstico secundario para alguna parafilia además del propio trastorno hipersexual, destacando el exhibicionismo con un 4% y el masoquismo con otro 4%.

Kafka y Prentky (1994, citado en Kaplan y Krueger, 2010) en una muestra de 26 individuos diagnosticados con adicción al sexo y a su vez con algún subtipo de parafilia, obtuvieron que el 80,8% han cumplido criterios en algún momento de su vida para un trastorno del estado de ánimo, el 46,2% algún trastorno de ansiedad, el 46,2% algún trastorno por abuso de sustancias y el 7,7 algún trastorno del impulso. Los mismos autores repitieron el estudio en 1998 con una muestra de 18 participantes y encontraron que un 66,7% presentaba un trastorno del estado de ánimo, 44,4% un trastorno de ansiedad, 38,9% abuso de sustancias, 16,7% trastorno de los impulsos y un 16,7% cumplieron criterios para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En otro estudio, Kafka y Hennen, 2002 citado en Kaplan y Krueger, 2010) en una muestra de 120 hombres diagnosticados de parafilia, hallaron que el 71,8% padecía o había padecido un trastorno del estado de ánimo, 37,5% trastorno de ansiedad, 37,5% abuso de sustancias y un 18% TDAH.

Más aún, Raymond et al. (2003, citado en Kafka, 2010) utilizando la entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R en una muestra de 25 participantes (23 hombres y 2 mujeres) que respondieron a un anuncio en el periódico, evaluaron la comorbilidad del Trastorno Hipersexual tanto para trastornos incluidos en el eje I como en el eje II. Para los trastornos del eje I, obtuvieron que los trastornos más asociados eran cualquier trastorno de ansiedad con un 96%, especialmente la fobia social (21%) y el trastorno por ansiedad generalizada (17%). Otros trastornos también fueron asociados como el trastorno por abuso de sustancias (71%), trastorno depresivo mayor (58%), distimia (8%), y trastorno

bipolar (8%), siendo los segundos más prevalentes. Algunos trastornos sexuales también fueron asociados como la disfunción eréctil masculina (23%). Finalmente, los trastornos del impulso (38%), en especial la cleptomanía (13%) y trastorno explosivo intermitente (13%), y el trastorno obsesivo-compulsivo (8%). Por otro lado, los trastornos del eje II fueron diagnosticados en un 46% de la muestra, siendo el más común el cluster C (39%), seguido del cluster B (23%). Los cinco trastornos de la personalidad más asociados al Trastorno Hipersexual son, en orden: paranoide (20%), pasivo-agresivo (20%), narcisista (18%), evitativo (15%), y obsesivo-compulsivo (15%).

Otros estudios clínicos en adultos quienes buscaban tratamiento para reducir su exceso de comportamientos sexuales, obtuvieron que un 30% del total de la población clínica cumplía criterios para tanto trastornos del estado de ánimo como trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Bancroft y Vukadinovic, 2004; Black, Kehrberg, Flumerfeldt, y Schlosser, 1997; Kafka y Hennen, 2002; Kafka y Prentky, 1994; Raymond, Coleman, y Miner, 2003 citado en Langström y Hanson, 2006), también juego patológico (Black et al., 1997 citado en Langström y Hanson, 2006), TDAH (Kafka y Hennen, 2002; Kafka y Prentky, 1998 citado en Langström y Hanson, 2006), y trastornos de la personalidad (Black et al., 1997; Raymond et al., 2003 citado en Langström y Hanson, 2006).

Kafka y Hennen (2002, citado en Kafka 2010), por su parte, en una muestra de 240 individuos, obtuvieron que entre un 61 y un 65% cumplían criterios para algún trastorno del estado de ánimo, especialmente distimia, entre un 39 y un 47% abuso de sustancias, especialmente abuso del alcohol, entre un 43 y un 46% algún trastorno de ansiedad, especialmente fobia social, entre un 17 y un 19% TDAH y finalmente, entre un 7 y un 17% algún trastorno del impulso.

Chiclana (2014) en una muestra de 58 pacientes que cumplen criterios para un Trastorno Hipersexual, al realizar la exploración clínica obtuvo que un 72,4% presentaba comorbilidad con el eje I, siendo los más comunes el TDAH (31%), sintomatología eje I sin cumplir criterios para un trastorno (28%), depresión mayor (17%), TOC (10%), ansiedad (9%), bipolar (2%) y otros (3%).

En un estudio llevado a cabo por Grant y Kim (2003, citado en Kaplan y Krueger, 2010) concluyeron que el trastorno por hipersexualidad y las parafilias eran sinónimos de hipersexualidad. En otro estudio, por ejemplo, Krueger, Kaplan y First (2009) citado en Kaplan y Krueger (2010) hallaron en una muestra de 60 hombres condenados por crímenes sexuales en contra de menores de edad vía internet, que el 33% cumplía criterios tanto para un trastorno hipersexual como para parafilia, por lo que cumplir criterios para uno de ambos trastornos proporciona un mayor riesgo de padecer el otro.

Así pues, Echeburúa (2012) resume a la perfección la multitud de estudios expuestos previamente del siguiente modo:

La adicción se encuentra ligada principalmente a problemas de ansiedad o a la depresión (especialmente en el caso de las mujeres), a problemas en el control del impulso, a diversos trastornos de la personalidad (histriónico narcisista, paranoide u obsesivo-compulsivo especialmente) o al consumo abusivo del alcohol y drogas (más en el caso de los hombres), sobre todo cocaína (Krueger y Kaplan, 2000; Raymond, Coleman y Miner, 2003; Reid et al., 2009). En este último caso el alcohol es en muchas ocasiones el interruptor que pone en marcha la cadena de conductas adictivas. Asimismo en algunos estudios el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (subtipo inatento) ha resultado ser comórbido con la adicción al sexo (Blankenship y Laaser, 2004; Reid, 2007). Las personas sexoadictas pueden implicarse en otras conductas de riesgo, tales como fumar, abusar del alcohol o de las drogas o jugar en exceso a juegos de apuestas (Langström y Hanson, 2006, p.47)

3.9 Nuevas dimensiones: Cibersexo

López (2004) define internet como aquella red de redes de ordenadores que comparten datos y recursos. Existe una red mundial que permite tanto a ordenadores como a usuarios comunicarse desde cualquier parte del mundo. Pese a que internet tiene multitud de ventajas, por ejemplo, para la educación y el comercio, también puede tener consecuencias negativas. Entre ellas, encontramos la adicción a internet.

Ferrand (2004) define la comunicación en la web como “un proceso de creación interactiva, donde los tiempos de respuesta son cortos y esto permite una conversación más fluida y libre, es a partir de ello que en la Internet se han creado comunidades virtuales con personas que comparten gustos y afinidades”. Es por esto, que internet se ha convertido en una oportunidad para aquellas personas que tienen problemas de habilidades sociales, quienes se sienten imposibilitados de establecer una relación cara a cara, porque pueden comunicarse de una forma fácil y sencilla, pudiendo establecer relaciones, ser aceptado pese a los prejuicios y/o defectos físicos. La palabra escrita se convierte en el único medio de expresión.

En un estudio, McKenna y Bargh (1998, citado en López, 2004) encontraron que internet permitía a esos individuos quienes poseían personalidades o características estigmatizadas llegar a una gran autoaceptación, manteniendo al menos al principio, su identidad oculta. Asimismo, el diseño de internet permite mantenerse en el anonimato en las interacciones mantenidas en la red a diferencia de las establecidas en la vida real. Greendfield (1999, citado en López, 2004) considera que esta característica permite al usuario desinhibirse mientras navega en la red, perdiendo pudor y el miedo a expresarse libremente, generando a la persona un sentimiento de protección y libertad al mismo tiempo.

Ahora bien, en los últimos años internet ha sido relacionado con numerosas consecuencias negativas lo cual a llevado a diversos autores a proponer la posibilidad de un desorden adictivo en el uso de internet, íntimamente relacionado con otras adicciones (juego, sexo, trabajo, etc.).

Young, Buchanan y O'Mara, (2000, citado en Ferrand, 2004) realizaron un estudio basado en los reportes profesionales de la salud mental acerca del incremento de los casos de pacientes cuya principal demanda eran problemas relacionados con internet. Los resultados mostraron que el 80% usan e-mail, el 70% salas de chat, el 10% grupos de noticias, el 30% juegos en línea interactivos y el 65% ven pornografía o comercian por la red. Cabe mencionar que el 95% de los que respondieron a las encuestas afirmaron que el problema esta más generalizado de lo que las cifras informan. En base a los resultados, los autores sugirieron cinco tipos de adictos a internet:

1. Adictos al cibersexo: uso compulsivo de páginas web con fines de cibersexo o ciberpornografía.
2. Relaciones cibernéticas: excesiva búsqueda de relaciones en línea.
3. Comercio en línea: apuestas en línea, compras y comercio de una manera obsesiva.
4. Buscadores de información: búsqueda obsesiva de información y base de datos.
5. Juego de computación: obsesiva necesidad de jugar en la red.

En otro estudio, Young (1996, citado en Ferrand, 2004) definió el Síndrome de la Adicción a internet (*Internet Addiction Disorder*, IAD), como un deterioro del control de su uso que se manifiesta en un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos, generando un deterioro personal, familiar o profesional. En otro estudio, Young (1997, citado en Ferrand, 2004) expone que la formación de la adicción a

internet se asocia en gran medida a las salas de chat y los juegos interactivos que facilitan la adicción. Young enumera algunos de los refuerzos y mecanismos psicológicos que favorecen la adicción:

- a) Apoyo social.
- b) Satisfacción sexual.
- c) Creación de una personalidad ficticia.
- d) Personalidades reveladas
- e) Reconocimiento y poder.

Otros factores que se encuentran con factores de riesgos para desarrollar la adicción son: la velocidad, la accesibilidad, la intensidad y el anonimato. Estas características facilitan las relaciones interpersonales con los demás sin restricciones ni límites sociales, facilitando que personas con baja autoestima, introvertidos y tímidos puedan interactuar con los demás y brindando la posibilidad de compartir contenidos sexuales violentos sin restricciones.

Goldberg (1995, citado en López, 2004) prefiere sustituir el término de adicción a internet por el uso patológico de ordenadores, estableciendo los siguientes criterios de diagnóstico:

- Cambios drásticos en los hábitos de vida a fin de tener más tiempo para conectarse.
- Disminución generalizada de la actividad física.
- Descuido de la salud propia a consecuencia de la actividad en Internet.
- Evitación de actividades importantes a fin de disponer de mayor cantidad de tiempo para permanecer conectado.
- Derivación o cambio en los patrones de sueño a fin de disponer de más tiempo en la Red.
- Disminución de la sociabilidad que tiene como consecuencia la pérdida de amistades.
- Negligencia respecto a la familia y amigos.
- Rechazo a dedicar tiempo extra en actividades fuera de la Red.
- Deseo de más tiempo para estar frente al ordenador.
- Negligencia respecto al trabajo y las obligaciones personales

Por otro lado, Echeburúa y Corral (1994, citado en López, 2004) consideran que cualquier conducta normal que sea placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Por lo tanto, el componente fundamental de la adicción no es la actividad adictiva en sí, sino más bien la relación que el individuo establece con

ella. En el caso de internet, es relativamente sencilla que se convierta en un medio adictiva puesto que gracias a la sencillez de su manejo, la disponibilidad y comunicación rápida sin necesidad de moverse del sillón de casa, facilita la adicción. López (2004) considera que internet por sí solo no produce adicción, sino que más bien serían las conductas reforzantes que proporciona (sexo, juego, relaciones interpersonales, etc.) las que pueden producir síntomas de dependencia. Existen numerosos subtipos de adicciones y algunas de ellas pueden acentuar sus consecuencias negativas debido al uso de internet. Por ejemplo, una persona adicta a las compras, la posibilidad de comprar vía internet facilita el derroche en productos innecesarios. Búrdalo (2000, citado en Ferrand 2004), afirma que las personas que tienen poco control de sus impulsos o que tienen otro tipo de adicción son más propensas a la adicción a internet. Otros estudios (Echeburúa 1999;Griffith, 1998, citados en Ferrand, 2004) señalan que internet podría ser solo un medio del que otras adicciones o trastornos se alimentan, aunque reconocen que existen casos de adicción a internet por sí misma. Un ejemplo de las posibles adicciones que pueden que se alimenta de la adicción a internet es el caso de la adicción al sexo.

La sexualidad es una parte determinante del ser humano y sus relaciones íntimas y sociales. Los impulsos sexuales son connaturales al ser humano y en la actualidad se manifiestan de una forma más abierta y más especialmente en internet, donde el usuario puede buscar contenido erótico o bien establecer relaciones con otros usuarios sin ningún tipo de censura, siempre que sean toleradas por quienes son compartidas (Ferrand, 2004).

Dentro de la web, se encuentra innumerable contenido sexual y pornográfico, siendo las páginas que más movimiento de dinero representa en la industria de internet. De hecho, tal como subraya Fernández (2000, citado en Ferrand, 2004, p.20) “la pornografía fue uno de los primeros productos de éxito del comercio y ha servido como impulsor de los negocios en la red”. El contenido de este material sexual esta compuesto principalmente por pornografía femenina orientada al público masculino, tanto heterosexual, homosexual como bisexual, y en menor medida pornografía masculina orientada al público femenino. Un estudio realizado por Survey Net en 1998 (citado en Ferrand, 2004) afirman que la orientación de la mayoría de usuarios es la heterosexual (79,3%), seguido de la bisexual (11,1%) y finalmente homosexual (4,7%). También sugieren que un 40% de los usuarios califican estos contenidos sexuales de la red como una mala vía para combatir la frustración sexual. El porcentaje restante se encuentra dividido entre aquellos que opinan que estos contenidos promueven la libertad, brindando una comunicación más honesta entre

parejas y que mejora la vida sexual personal. Tan solo un 19% considera que incita a la perversión y un muy bajo porcentaje que daña la vida sexual.

Cabe preguntarse qué es lo que hace que algunas personas sean más vulnerables a la hora de desarrollar una adicción mientras que otras no. Echeburúa y cols. (1998, citado en López, 2004), considera que la red permite cubrir dos tipos de necesidades básicas. Primera, la estimulación solitaria y la búsqueda de interacción social, ambas necesidades presentes en personas introvertidas y tímidas. Además, hay ciertas características tanto emocionales como de personalidad que aumentan la vulnerabilidad de la persona (Echeburúa, 1999 citado en López, 2004), que son:

- a) Déficits de personalidad: introversión acusada, baja autoestima y nivel alto de búsqueda de sensaciones.
- b) Déficits en las relaciones interpersonales: timidez y fobia social.
- c) Déficits cognitivos: fantasías descontrolada, atención dispersa y tendencia a la distraibilidad.
- d) Alteraciones psicopatológicas: adicciones químicas o psicológicas presentes o pasadas. Por ejemplo, la depresión.

Se ha visto en los últimos años un incremento de las visitas a páginas web de contenido sexual (salas de chat, páginas web pornográficas...) que estimulan las fantasías eróticas y promueven una de las nuevas expresiones modernas del sexo, es el nominado sexo virtual o cibersexo (Ferrand, 2004). No es de extrañar, pues tal y como expresan Cooper, Delmonico y Burg 2000 citado en Arnal, Llarío, Martínez y Juliá, 2010) las tecnologías de la información y de la comunicación han modificado el comportamiento social de nuestra sociedad. De este modo, internet se ha ido introduciendo poco a poco en nuestras vidas y si sigue la tendencia actual, en los próximos años su presencia será aún mayor. Por tanto, es necesario anticiparse y aprender como internet a usar de un modo responsable siendo conocer de las posibles consecuencias negativas que puedan afectar a nuestro bienestar no solo psicológico sino también personal y social (López, 2004).

4. Intervención terapéutica

4.1 Detección

Debido a la falta de acuerdo entre los distintos autores acerca del Trastorno Hipersexual resulta un tanto complicado establecer cuales son los mejores mecanismos para la detección y diagnóstico del trastorno.

Una de las partes más importantes de la detección del trastorno es el uso de una entrevista clínica comprensiva en el que se incluyan aspectos acerca la historia de los problemas presentados por el paciente, la historia psicosocial, la historia sexual, la historia psiquiátrica y de salud mental, la historia de abuso de sustancias (si la hubiera) y la historia médica (Kafka, 2007 citado en Kaplan y Krueger, 2010). En caso de que el profesional de la salud mental lo considerase necesario, se puede obtener información suplementaria acerca de la historia del paciente a partir de un miembro de la familia o amigo (Heaton Matheny, 2002 citado por Kaplan y Krueger, 2010). Asimismo, es conveniente determinar si las condiciones comórbidas como la ansiedad o la depresión están asociados con el comportamiento hipersexual y si están siendo tratados (Cooper y Marcus, 2003; Krueger y Kaplan, 2002, citado por Kaplan y Krueger, 2010). El trastorno hipersexual, tal y como se ha comentado en apartados anteriores, podría ser consecuencia de otras enfermedades subyacentes, como el trastorno bipolar o la demencia, o bien enfermedades de causa orgánica, las cuales deben ser descartados o bien tratados (Goodman, 1998; Kafka, 2008; Krueger y Kaplan, 2000 citado en Kaplan y Krueger 2010). No hay que olvidar que debido a la alta impulsividad y falta de control de estos pacientes es común adentrarse en comportamientos sexuales poco seguros, por lo que es necesario asegurarse de que el paciente no haya contraído una infección de transmisión sexual. En caso de ser necesario, los pacientes pueden ser derivados a un médico de cabecera, a un neurólogo o psiquiatra para una evaluación adicional (Kaplan y Krueger, 2010).

Los adictos al sexo, en general, suelen tener muy poca motivación para el cambio y tan solo acuden a consulta cuando las consecuencias son notorias y empujados por algún familiar para buscar terapia. Además, dado que las experiencias sexuales son agradables muchos pacientes se muestran reticentes para acudir a terapia a pesar de las consecuencias negativas (Canning Fulton, 2002, citado en Kaplan y Krueger, 2010). Es por esto, que Reid (2007, citado en Kaplan y Krueger, 2010) subraya la importancia de determinar el grado y la naturaleza de la motivación del paciente, así

como desarrollar un plan de tratamiento adecuado y con la colaboración de la familia.

Carrasco (2005) por su parte, considera que una de las principales dificultades es que los adictos niegan el comportamiento adictivo y sus consecuencias. En ocasiones, deforman la información minimizando o justificando sus acciones. Por ello, recomienda que, incluso antes de la entrevista, se reúna toda la información disponible acerca del caso. Se hace especialmente relevante su recomendación cuando se trata de casos en los que el paciente viene derivado por el sistema policial-judicial algo que no es infrecuente en casos de adicción al sexo. Como señala Cáceres (2001, pág.84 citado en Carrasco, 2005) es necesario analizar cuidadosamente los aspectos de la personalidad, dinámica familiar, las relaciones de pareja (si las hubiere) y, especialmente, los determinantes sexuales así como un análisis de la secuencia adictiva.

La utilización de cuestionarios puede ser útil para obtener información suplementaria acerca del paciente. Son numerosos los autores que han elaborado y presentado cuestionarios para su evaluación. En el presente punto de discusión repasaremos algunos de los más conocidos y utilizados por los profesionales de la salud mental.

Sexual Addiction Screening Test (SAST): Carnes (1991, citado en Marshall y Briken, 2010) desarrollo este cuestionario que consta de 25 elementos, auto administrados con respuestas dicotómicas (si/no), siendo el punto de corte 13. Los objetivos del cuestionario es indicar la presencia de adicción sexual en hombres heterosexuales. Este instrumento es utilizado principalmente en clínica para ayudar a identificar a los pacientes en riesgo de adicción sexual (Kaplan y Krueger, 2010). Por otro lado, el SAST ha recibido recientemente apoyo empírico en cuanto a su consistencia interna, validez del constructo y el factor de estructura (Carnes, Verde, Carnes, 2010; Swiggart, Feurer, Samenow, et al. 2008; Nelson, y Oehlert, 2008 citado en Marshall y Briken, 2010).

Sexual Compulsivity Scale (SCS): Kalichman y cols. (Kalichman et al., 1994; Kalichman y Rompa, 1995, 2001 citado en Kaplan y Krueger, 2010) han desarrollado y validado una escala de 10 ítem para evaluar el comportamiento compulsivo sexual en pacientes con sospecha de adicción al sexo. Es un instrumento en el que se tarda en administrar alrededor de cinco minutos y las puntuaciones totales de los ítems son de 40. Una puntuación menor a 18 indica la ausencia de comportamiento sexual compulsivo, entre 18 y 23 leve,

entre 24 y 28 moderado y mayor a 30 grave. Este instrumento ha sido utilizado principalmente en estudios de investigación para identificar individuos que participan en comportamiento sexuales de riesgo o aquellos que presentan alguna enfermedad de transmisión sexual (Dodge et al., 2007; Kalichman y Cain, 2004, citado en Kaplan y Krueger, 2010).

Hipersexual Behavior Inventory (HBI): Reid y Garos, 2007 citado en Marshall y Briken, 2010) es una medida de 19 ítems que refleja muchos de los componentes de los criterios propuestos para el DSM-5. El HBI consta de tres subescalas: el control de los pensamientos sexuales, impulsos y el comportamiento; las consecuencias asociadas con el comportamiento hipersexual; y el grado en que una persona usa el sexo para hacer frente a las experiencias afectivas incómodas o desagradables. Este instrumento ha sido utilizado únicamente en poblaciones clínicas. Se ha demostrado que este cuestionario se relaciona con el funcionamiento ejecutivo, especialmente, con la autorregulación emocional, resolución de problemas, la planificación y la autogestión (Reid, Karim, Carpenter, 2010 citado en Marshall y Briken, 2010).

Sexual Inhibition Scale (SIS) and *Sexual Excitation Scale* (SES): Ambos instrumentos son propuestos por Bancroft y cols. (Janssen, Vorst, Finn, y Bancroft, 2002a, 2002b citado en Kafka y Krueger, 2010) y han sido desarrollados y validados como cuestionarios que miden la propensión tanto a la inhibición sexual como a la excitación sexual en los hombres así como la relación entre el estado de ánimo y el comportamiento sexual en hombres (Bancroft, Carnes, y Janssen, 2005; Bancroft et al., 2003a, 2003b; Bancroft et al., 2003 citado en Kafka y Krueger, 2010). Estos cuestionarios han sido utilizados especialmente en la investigación y no para la evaluación clínica.

Compulsive Sexual Behavior Inventory (CSBI): Coleman y cols. (ver Coleman et al, 2009; Coleman, Miner, Ohlerking, y Raymond, 2001; Miner, Coleman, Centro, Ross, y Rosser, 2007 citado en Kafka y Krueger, 2010) desarrollaron y validaron un cuestionario para la evaluación de comportamiento sexual compulsivo en poblaciones clínicas. La primera sección de 13 ítems en relación al control de la conducta sexual ha sido utilizada con éxito en estudios de drogas. La escala completa es administrada para evaluar la conducta sexual compulsiva y el riesgo para de práctica para el sexo sin protección. Las personas con puntuaciones por encima de la mediana suelen tener más parejas sexuales y practican en mayor medida relaciones sexuales anales sin protección (Miner, Coleman y Center, 2007).

No hay que olvidar que algunos rasgos de la personalidad se encuentran íntimamente relacionadas con la adicción al sexo. Es por esto, que la administración de cuestionarios que evalúan la personalidad del paciente pueden ser de gran utilidad para el tratamiento posterior. Algunos de los cuestionarios que más se administran son el Minnesota *Multiphasic Personality Inventory-II* (Butcher et al., 2001 citado en Kaplan y Krueger, 2010) y el Millon Inventory (Millon, Davis y Millon, 2008 citado en Kaplan y Krueger, 2010) ya que permiten entender los síntomas y rasgos de personalidad de los pacientes con adicción al sexo. Por un lado, el MMPI-II, consiste en un instrumento para la evaluación de características psicopatológica globales y específicas del individuo y que consta de 338 ítems con un total de 50 escalas. Por otro lado, el MCMI-IV es una herramienta destinada a proporcionar información sobre los rasgos de la personalidad y psicopatología del paciente adulto. Contiene un total e 30 escalas divididas en 25 escalas clínicas y 5 escalas de validez.

4.2 Tratamiento

En la mayoría de los casos las personas que padecen algún tipo de adicción no buscan ningún tipo de ayuda ni tratamiento. Sin embargo, hay evidencias empíricas que demuestran que, aquellos que buscan ayuda y acuden a psicoterapia consiguen mejorar su calidad de vida (Cía, 2014). Las adiciones suelen ser abordadas desde una perspectiva multidisciplinaria por lo que existen numerosas técnicas y tratamientos para pacientes con adicción al sexo. Además, el profesional deberá trabajar sobre diferentes aspectos igualmente importantes como son: la autoestima, el control de los impulsos, el manejo de las emociones, estrategias de afrontamiento, etc. Para que el tratamiento sea lo más eficaz posible será necesaria no solamente la intervención individual con el paciente sino también la presencia y cooperación en el proceso terapéutico de familiares, pareja (si la hubiere) y amigos (Cía, 2014).

Independientemente del tipo de tratamiento y perspectiva que se escoja, el primer paso es provenir al paciente con técnicas que le permitan controlar en la mayor medida posible su comportamiento hipersexual. Watzlawick, Weakland y Fish (1988, citado en Cooper, 2012, pág 153-156) introdujeron los conceptos de primer orden de cambio y segundo orden de cambio. Los cambios de primer orden, consisten en aquellas acciones concretas adoptadas para detener lo más rápidamente posible el problema. Un ejemplo sería limitar el acceso a internet. Otras estrategias de primer orden son los auto-monitoring que consiste en cambiar las actividades de rutina con el fin de ocupar el tiempo, evitar situaciones de alto riesgo, y reducir los comportamientos sexuales compulsivos (Kaplan y

Krueger, 2012). Los cambios de segundo orden son las acciones llevadas a cabo para producir efectos a largo plazo a un nivel más profundo. Esta segunda etapa empieza una vez las crisis comienza a controlarse y se sensibiliza el problema. Por ejemplo, el hecho de incluir a la familia puede ser uno de los elementos críticos en la recuperación del paciente a largo plazo.

Puesto que la intervención en un adicto al sexo es multidisciplinar son muchas las técnicas y terapias que pueden utilizarse para tratar este trastorno. Repasaremos algunos de los tratamientos más utilizados y propuestos por la literatura médica.

Tratamiento psicossocial: Se trata de los conocidos grupos de “adictos anónimos” (“*sexaholics anonymous*”). Aunque su eficacia o efectividad no está demostrada, se recomienda puesto que proporciona un lugar de comunión y apoyo donde los adictos pueden liberarse sin ser juzgados de sus pensamientos y experiencias por un grupo de iguales (Fong, 2006). Además, la terapia de grupo permite a los adictos al sexo superar los sentimientos de vergüenza y aislamiento (Mick y Hollander, 2006).

Aquellos pacientes que se encuentran en alto riesgo de recaídas, por lo general, se centran en identificar los factores desencadenantes y creencias irracionales acerca de la adicción, tratando de buscar alternativas más saludables y provenir habilidades de afrontamiento para recudir los impulsos y hacer frente a las preocupaciones de la adicción (Fong, 2006).

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Fong (2006) considera esta terapia toma prestado muchos de los tratamientos de los trastornos por abuso de sustancias. Se centra en identificar los factores desencadenantes de la conducta y remodelar las distorsiones cognitivas que presente el paciente sobre los comportamientos sexuales, así como tratar la prevención de recaídas. Siguiendo el ejemplo propuesto por Fong, sería, “no estoy engañando realmente a mi cónyuge, si voy a un salón de masajes”. Mick y Hollander (2006) siguiendo la idea de Fong, subrayan la importancia de la TCC puesto que permite enseñar a los pacientes formas más saludables de manejar el estrés, la ansiedad y la depresión, que pueden desencadenar el comportamiento sexual.

Kaplan y Krueger (2010) en otro estudio, teniendo en cuenta que el enfoque cognitivo-conductual fue desarrollado para el tratamiento de la adicción a las drogas y el alcohol (Marlatt y Gordon, 1985 citado en Kaplan y Krueger, 2010), el objetivo de prevención de la recaída es enseñar a los pacientes a identificar situaciones de alto riesgo y provenir de habilidades para aumentar el auto-control, y así ser capaz de cambiar las distorsiones cognitivas y hacer frente a las situaciones de estrés que puedan desencadenar una recaída.

Terapia psicodinámica: Pese a la controversia de esta terapia, muchos autores la consideran de utilidad puesto que explora los conflictos fundamentales que impulsan a la expresión sexual disfuncional (Fong, 2006). Permite explorar el origen del problema y los factores subyacentes que contribuyen a su mantenimiento. Montaldi (2002, citado en Kaplan y Krueger, 2010) subraya la necesidad de examinar el significado del comportamiento sexual y romántico del paciente así como entender como forma y mantiene las relaciones íntimas. Temas como la vergüenza, la evitación, la ira y la autoestima pueden ser factores comunes en adictos al sexo y que esta terapia permite explorar (Bergner, 2002 citado en Fong, 2006).

Terapia de pareja: Como ha sido comentado con anterioridad, los efectos de la hipersexualidad pueden y suelen afectar especialmente a las parejas de quien lo padece, generando sentimientos de desconfianza, traición, vergüenza y autoestima negativa (Kaplan y Krueger, 2010). Hay estudios que demuestran que los problemas que implica el trastorno por hipersexualidad están relacionados con déficits en las relaciones íntimas (Carnes, 1991a; Coleman, 1995; Schwartz, Masters, 1994; Ward, Hudson, y Marshall, 1996 citado Kaplan y Krueger, 2010). Autores como Cooper y Marcus (2003, citado en Kaplan y Krueger, 2010) hablan de un “trastorno de la relación” como una forma de ver y entender la adicción al sexo. Otro autor, Brown (1999, citado en Kaplan y Krueger, 2010) considera que para hacer frente a la infidelidad, es necesario provenir al paciente de habilidades de la intimidad para una recuperación y reconstrucción de la confianza en la pareja. Para ello, en estas terapias se suele tratar con los problemas relacionados con la honestidad, el manejo de las emociones, la responsabilidad y, aprender a establecer y respetar los límites de la relación. Primavera (1996, citado en Kaplan y Krueger, 2010) por su parte, identifica tres etapas de curación para aquellas parejas que tratan de recuperarse de una infidelidad: normalización de los sentimientos, decidir si seguir o no con la relación y, en caso afirmativo, reconstruirla. Este tipo de terapias permiten al paciente forjar relaciones comprometidas, mejorando su intimidad y, en consecuencia, las relaciones amorosas (Mick y Hollander, 2006).

Terapia “Twelve-step”: Es una terapia que inicialmente era utilizada en alcohólicos anónimos y que ha sido adaptado para las adicciones sexuales. Los objetivos del tratamiento es ayudar al paciente a controlar y parar su conducta sexual, así como aprender estrategias de afrontamiento. Generalmente, este tipo de terapia suele ser un complemento de otras (Carnes, 2000). Los doce pasos a seguir son:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, *como nosotros lo concebimos*.
4. Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otros seres humanos, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos librara de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos librara de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal, y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, *como nosotros lo concebimos*, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Pese a tener una clara connotación cristiana, este método ha sido utilizado en pacientes ateos o agnósticos con buenos resultados.

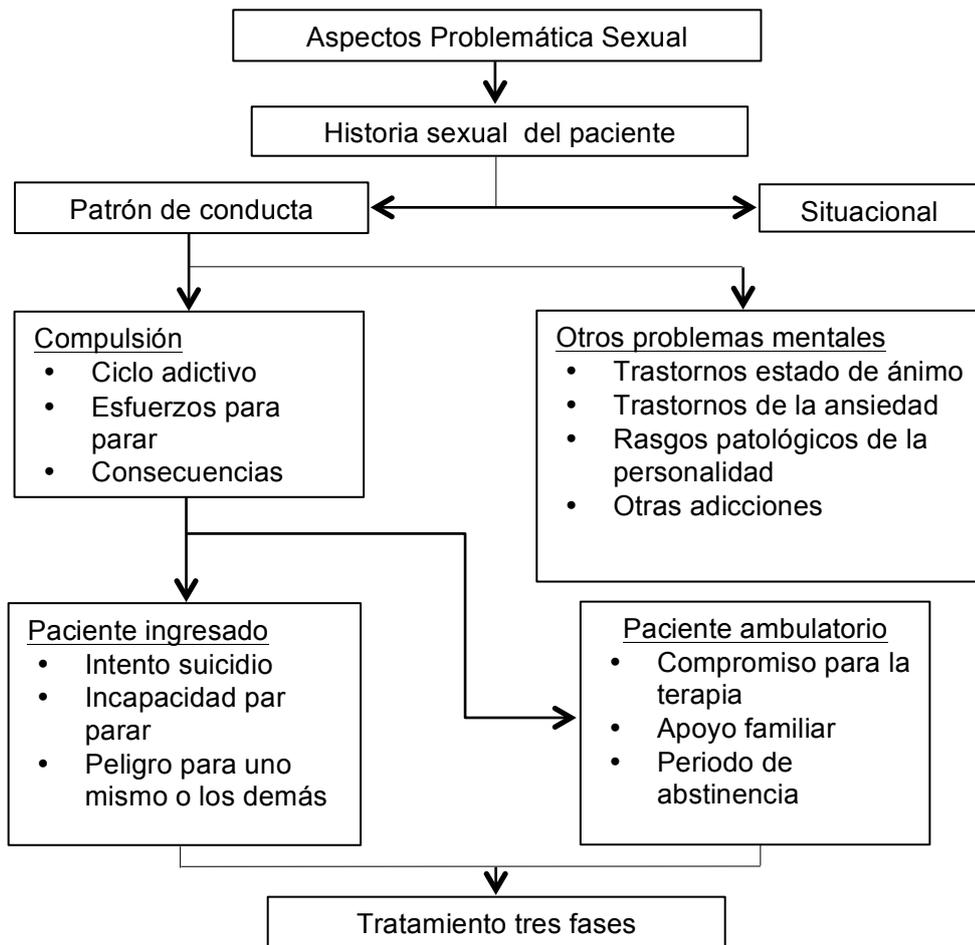
Farmacología: Según Mick y Hollander (2006) la elección del medicamento debe estar basado en la comorbilidad y los síntomas prominentes de presenta el paciente. Por ejemplo, si el paciente tiene un TOC, una depresión o ansiedad, sería recomendable la elección como tratamiento de inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). También han sido probados con éxito como tratamiento para comportamientos sexuales compulsivos parafilicos y no parafilicos (Bradford, 2001; Kafka y Prentky 1992 citado en Fong, 2006; Codispoti 2008) En caso de que el paciente presente síntomas adictivos, el tratamiento con antagonistas de opiáceos sería de utilidad, y si el paciente presenta síntomas de

TDAH se trataría con estimulantes o inhibidor de la recaptación de dopamina norepinefrina (IRDN).

En el tratamiento para comportamiento sexuales compulsivos parafilicos, la administración de fármacos se orienta a la modificación o atenuación de la función hormona sexual (Rosler y Witztum, 2000 citado en Fong, 2006). Algunos de los medicamentos son la medroxiprogesterona y la ciproteron.

Por lo que afecta a las benzodiazepinas su utilización no es recomendable puesto que debido a la impulsividad propia de un adicto al sexo, sus efectos pueden incrementar la desinhibición y, por tanto, promover más conductas sexuales impulsivas. La terapia farmacológica debe ir siempre acompañada de psicoterapia. De hecho, en un estudio las característica del tratamiento mostrar una significativa falta de tratamiento farmacológico (7,5%) mientras que el uso de terapia cognitiva y conductual clásica fue del 64% (Codispoti, 2008).

Figura 1: Proceso para el diagnóstico y tratamiento de la adicción al sexo



Cames, P. J. (2000). Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment, and recovery. *CNS spectrums*, 5(10).

Por otra parte, Carnes (2000) ofrece una visión esquemática (Figura 1) para el diagnóstico y tratamiento de la adicción al sexo. Como se ha comentado anteriormente, primero el terapeuta debe indagar en la historia sexual del paciente y sus consecuencias en profundidad. Si la situación se ha intensificado hasta el punto en que la familia se encuentra implicada o bien si el propio paciente se encuentra implicado en algún delito sexual, también debe ser recogido por el terapeuta. Luego, el terapeuta debe decidir si el comportamiento sexual excesivo es situacional, es decir, tan solo ocurre en determinadas situaciones o con determinadas personas, o bien si se trata de un patrón de comportamiento. Seguidamente, se debe decidir si la adicción forma parte de un comportamiento compulsivo y no como causa de otras enfermedades (demencia, abuso de drogas, alcoholismo, etc.).

La siguiente decisión es escoger el tratamiento más adecuado según la sintomatología del paciente, sus rasgos de personalidad y la gravedad del trastorno. Algunos de los pacientes son ingresados por riesgo de suicidio o bien porque son un riesgo para uno mismo o para los demás. Carnes (2000) en concreto propone una intervención basada en tres fases, las cuales quedan resumidas en la siguiente tabla.

Tabla 2: Descripción por fases del tratamiento en tres fases de Carnes
Tratamiento en tres fases

Fase I: Intervención

- Obtención de información en relación a la conducta problema.
- Psicoeducación
- Recomendación programa de 12 pasos (Twelve-Step program)
- Enfrentarse a la negación
- Contrato de comportamiento

Fase II: Inicio del tratamiento

- Asistencia al programa 12 pasos
- Completar el primer paso del programa
- Programa de prevención de recaídas
- Periodo de celibato
- Desarrollar un plan de relaciones sexuales
- Participación de amigos y familia
- Exhaustiva evaluación de la adicción
- Evaluación de trauma
- Terapia de grupo
- Reducción de la vergüenza

Fase III: Extensión de la terapia

- Completar los pasos 2-4 del programa de 12 pasos
- Abordar problemas de desarrollo de la adicción
- Abordar problemas de la familia de origen
- Tratar el duelo
- Terapia familiar y marital
- Terapia de trauma

Carnes, P. J. (2000). Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment, and recovery. *CNS spectrums*, 5(10).

El tratamiento queda dividido en tres fases. La primera fase es de gran importancia puesto que se trata de intervenir en el proceso cíclico compulsivo del paciente, es decir, conocer y tratar de romper el ciclo adictivo (Ciclo cuatro etapas, Carnes) que presenta el paciente. Las siguientes etapas consisten principalmente en ofrecer al paciente habilidades para combatir la adicción y ofrecer soporte tanto familiar como marital.

Carrasco (2005) propone un plan de tratamiento comprehensivo con diversos subprogramas orientados a:

1. Potenciar el desarrollo de vinculadores positivos: habilidades sociales, enriquecimiento de la vida de pareja, solución de disfunciones sexuales, potenciación de fantasías no parafilicas, etc.
2. Modificar aspectos cognitivos: reconocimiento y corrección de distorsiones cognitivas, y entrenamiento en empatía.
3. Deserotización de estímulos parafilicos: modificar la secuencia de automatismos parafilicos, potenciar el autocontrol ante estímulos parafilicos y técnicas aversivas.

Cabe añadir que el tratamiento para pacientes con parafilicas y adicción al sexo ha sido tratado exitosamente con medicación serotorinérgica (Bradford, 1999 citado en Mick y Hollander, 2006).

No hay que descuidar que una de las principales dificultades en el tratamiento para la adicción al sexo es determinar cuándo un paciente ha recaído. Como el resto de las adicciones, las recaídas son frecuentes y es necesaria una intervención basada en controlar factores de riesgo que puedan desencadenar una conducta adictiva. Además, Un estudio demuestra que uno de los factores de éxito es el seguimiento activo de los pacientes en la terapia (Carnes 2000) pues la terapia debe fomentar la esperanza y confianza en uno mismo del paciente. En general, los resultados más exitosos en el tratamiento de la adicción al sexo son aquellos obtenidos en la terapia cognitivo-conductual (Codispoti, 2008).

4.3 Nuevas técnicas de tratamiento: Mindfulness

En los últimos veinte años, Mindfulness ha captado la atención de un largo número de psicoterapeutas. Algunos autores han definido esta terapia como un proceso que permite prestar atención a las experiencias del momento (Kabat-Zinn, 1990 citado en Bishop et al., 2004). Su práctica viene originalmente de la práctica espiritual budista y ha sido incluida como tratamiento alternativo en la psicología ya que aumenta la toma de conciencia en uno mismo y ofrece responder con habilidad a los procesos mentales que contribuyen a la angustia emocional y a la conducta desadaptada.

Bishop et al. (2004) en un estudio, trata de conceptualizar debidamente la práctica de Mindfulness. Propone un modelo de dos componentes: auto-regulación de la atención y orientación a la experiencia.

- *Auto-regulación de la atención:* Consiste en hacer consciente la experiencia actual, observando y atendiendo a los cambios de pensamientos, sentimientos y sensaciones del momento regulando el foco de atención.
- *Orientación a la experiencia:* Consiste en un compromiso de mantener una actitud de curiosidad por saber dónde la mente se distrae inevitablemente alejándose de la respiración. Es decir, el paciente debe prestar atención a todos aquellos pensamientos, sensaciones y sentimientos que la mente trae a la conciencia.

Por otro lado, Reid, Bramen, Anderson y Cohen (2014) exploran la relación que existe entre la práctica de Mindfulness y factores como impulsividad, regulación emocional y estrés en una población de pacientes diagnosticados por Trastorno Hipersexual.

Desde una perspectiva clínica, multitud de estudios exponen que la práctica de Mindfulness ha demostrado ser eficaz en intervenciones con trastornos que presentan una falta de regulación de conducta, un déficit en el autocontrol (Frieze, Messner, y Schaffner, en prensa citado en Reid et al., 2014) e impulsividad (Peters, Erisman, Upton, Baer, y Roemer, 2011; Lattimore, Fisher, y Malinowski, 2011 citado en Reid et al., 2014), y desregulación emocional (Goodall, Trejnowska, y Darling, 2012; Hill y Updegraff, 2012; Robins, Keng, Ekblad, y Brantley, 2012 citado en Reid et al., 2014). Como se puede observar, la mayoría de estas características están presentes en la adicción al sexo por lo que no parece descabellado pensar que la práctica de Mindfulness puede ser de gran utilidad en su tratamiento.

Teniendo en cuenta que la práctica de Mindfulness implica prestar atención a cualquier cosa que surja incluyendo experiencias tanto estresantes como desagradables, los resultados obtenidos por Bishop y cols. la práctica de Mindfulness influye en una reducción de las fantasías sexuales problemáticas, reduce el número de comportamientos sexuales y permite atenuar los síntomas de ansiedad, depresión, e impulsividad. De este modo, la terapia de Mindfulness muestra una relación inversa con la sintomatología hipersexual en pacientes con adicción al sexo, quedando demostrados los beneficios de su utilización en la terapia.

4.4 Curso y pronóstico

Los programas de tratamiento en adictos al sexo tienen como objetivo que los pacientes se abstengan de toda actividad sexual, incluyendo la masturbación de 30 a 90 días para demostrar que pueden vivir sin sexo (Schneider, 2001). Ahora bien, su recuperación a lo largo del tratamiento suele variar según los factores protectores de cada paciente. Por ejemplo, la participación del cónyuge en el programa de tratamiento está relacionado con una disminución en recaídas (Carnes, 1991 citado en Schneider, 2001).

Carnes (2013) en su libro *“Don’t Call it love: Recovery from Sexual Addiction”* expone y describe cinco etapas de recuperación que la mayoría de pacientes experimenta durante el tratamiento. Las etapas se resumen en :

Etapa de crisis/decisión: Esta etapa se caracteriza por la presencia de graves consecuencias en relación a la adicción y la consecuente decisión del futuro paciente para remediar su situación mediante un compromiso de cambio. Es el inicio de la recuperación y puede durar desde tan solo un día hasta tres meses.

La etapa de shock: Carnes describe esta etapa como un tiempo de adormecimiento emocional, con una excepcional desorientación y esfuerzos para controlar el daño producido por la adicción. En promedio, esta etapa suele durar alrededor de ocho meses del primer año de recuperación. Algunas de las características de esta etapa son:

- Los síntomas físicos de la abstinencia pueden llegar a ser insoportables.
- Se experimenta desorientación, confusión, adormecimiento y la incapacidad para concentrarse.
- En ocasiones, se experimentan episodios de desesperación y desesperanza.

- Los adictos reaccionan con enfado a los límites establecidos por el terapeuta.
- Cuando los pacientes se unen a un grupo de terapia, experimentan un sentimiento de pertenencia y se sienten a gustos con la decisión de entrar en tratamiento.
- Aparece un sentimiento de alivio y aceptación de que la doble vida ha terminado.

La etapa de duelo: El duelo suele implicar negación o la negociación, ira , aceptación de la realidad y la tristeza. En particular, la negociación y la ira aparecen en etapas anteriores y simplemente sigue en la etapa de duelo. Es decir, esta etapa se caracteriza por la concienciación y reconocimiento de las pérdida y consecuencias provocadas por la adicción al sexo. Esta etapa suele durar de entre cuatro a ocho meses apareciendo al final del primer año o al comienzo del segundo de tratamiento.

La etapa de reparación: Aparecen una serie de cambios cruciales para la recuperación del paciente que Carnes resume en:

- Hay una nueva capacidad para la alegría puesto que los adictos presentan dificultades en experimentar humor en las cosas.
- Asumen la responsabilidad de sus obligaciones (estudios, trabajo, salud...)
- Aprenden a expresar sus necesidades, apreciar las que se tienen y trabajar para satisfacer las demás.
- Aprenden a escoger actividades de baja excitación frente otras de mayor excitación.

La etapa de crecimiento: Es la etapa final de recuperación caracterizada por una reestructuración de las relaciones y crecimiento personal con un autocontrol que permite romper el ciclo de la adicción y abriendo nuevas opciones. Entre los temas que caracterizan esta etapa encontramos:

- Profunda empatía y compasión por uno mismo y por los demás.
- Desarrollo de confianza que permite superar las propias limitaciones.
- Sentimientos de logro sobre los nuevos hitos en el amor y el sexo.
- Capacidad de cuidar y nutrir las relaciones.
- Las anteriores relaciones damnificadas son reparadas o terminadas.

Por otro lado, Carnes (2013), en relación a encuestas y entrevistas realizadas enumera distintos periodos de recuperación basados en cambios en la calidad de vida de los

pacientes que indica aproximadamente el tiempo de recuperación de los adictos, aunque puede variar según cada paciente.

Primer año: Esta caracterizado por una falta de mejoría notable y en la mayoría de casos el paciente experimenta una recaída, generalmente, en los segundos seis meses de recuperación. El primer año, por tanto, consiste en un periodo de gran agitación y cambios que pone a prueba la capacidad que tiene el paciente de recuperación.

Segundo y tercer año: Una vez el paciente ha sido capaz de superar el primer año, la recuperación empieza a ser significativa. Además de mejorías en la gestión de las emociones y del estrés y, en las relaciones de amistad, este periodo se caracteriza por un intenso trabajo y esfuerzo personal, el cual se traduce en una mayor productividad, estabilidad y una mayor sensación de bienestar del paciente.

Cuarto y quinto año: Una vez las bases del problema adictivo son superadas, las relaciones clave i con la familia, pareja y amistades empiezan a ser recuperadas. Aunque, en base a los resultados obtenidos por Carnes, el 13% de los pacientes se encontró con alguna ruptura con su familia de origen que no pudo ser curada. En general, en este momento, la satisfacción general del paciente ha mejorado drásticamente.

Por tanto, dependiendo de los factores de protección y resiliencia de cada paciente el curso y el pronóstico será distinto, aunque por lo general la mayoría de pacientes seguirán las etapas expuestas magistralmente por Carnes. El terapeuta, por su parte, deberá adaptar adecuadamente el tratamiento según las necesidades clínicas del paciente para provenir de una mayor rapidez y efectividad en el tratamiento, tan necesario en los adictos al sexo.

5. Conclusión

A lo largo del presente Trabajo de Fin de Grado se ha examinado la actualidad respecto a la adicción al sexo así como su detección y tratamiento en su máxima profundidad. La mayoría de los temas tratados resaltan la necesidad de establecer una medida de diagnóstico clara e incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

El hecho de no haber una definición generalmente aceptada es un indicativo del motivo por el cual no ha sido incluido en el DSM-5. Algunos autores, consideran el Trastorno Hipersexual como un derivado del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), ya que las obsesiones sexuales llevarían al paciente a realizar conductas compulsivas para aliviar la tensión previa (Kaplan y Krueger, 2010), mientras que otros autores consideran el trastorno como una adicción con entidad propia al igual que el juego patológico (Farré et al., 2015). A mi parece, el Trastorno Hipersexual se adecua más a una adicción puesto que su aparición y consecuencias son muy similares, y el tratamiento utilizado son principalmente técnicas y terapias que previamente han demostrado su eficacia en otros trastornos adictivos y que posteriormente han sido propuestos para el tratamiento en adictos al sexo.

En cuanto a la prevalencia del trastorno, aunque existen multitud de estudios epidemiológicos con resultados muy similares (alrededor de un 5-6% de la población general) los resultados pueden no ser fiables debido a que la mayoría de adicciones y, especialmente la adicción al sexo, son padecidos por el paciente como algo de lo que avergonzarse no suelen buscar tratamiento. De este modo, la mayoría de estudios son realizados en una población clínica por lo que los resultados pueden no representar la realidad fielmente.

Por otro lado, hay evidencia de que la sociedad moderna esta cada vez más inundada de estímulos sexuales que influyen en la concepción que los ciudadanos tienen respecto al sexo (APA, 2010; Del Almo, 2008). No existen estudios que relacionen empíricamente este suceso cultural y sus posibles consecuencias, aunque sería conveniente analizar si existe algún tipo de relación entre la hipersexualización de la sociedad con, por ejemplo el número de adictos al sexo. Este hecho es relevante puesto que si la realidad sobre el sexo cambia es posible que los criterios diagnósticos del trastorno deban ser modificados y adaptados a la nueva realidad cultural. Por ejemplo, en aquellas culturas donde la poligamia esta permitida y una expresión más elevada de la sexualidad esta considerada normal y apropiada, los criterios diagnósticos pueden no ser adecuados para su aplicación.

Donde sí parece haber un consenso es en relación a la detección y tratamiento. Para una apropiada detección y diagnóstico, la mayoría de autores subrayan la importancia de un buen y comprensivo uso de la entrevista clínica, en la que se recopilan aquellos datos y aspectos relacionados con el paciente y con la problemática presentada (Kafka, 2007; Kaplan y Krueger, 2010). Debido a la alta comorbilidad que presenta el Trastorno Hipersexual es una obligación indagar en posibles trastornos coexistentes en el paciente, siendo los más destacados los trastornos de estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos por abuso de sustancias y TDAH. En cuanto al uso de cuestionarios es recomendable la administración tanto de test que midan la adicción al sexo (SAST, SCS, HBI, SIS y CSBI) como aquellos que evalúan la personalidad del paciente (MPI-II, Millon Inventory, PDQ-4...).

Por otra parte, los tratamientos utilizados en terapias para otras adicciones han demostrado ser eficaces consiguiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden a terapia (Cía, 2014). Entre los tratamientos más utilizados encontramos los grupos de terapia ("*sexaholics anonymous*"), terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia "*Twelve-step*" y terapia familiar y de pareja, conjuntamente con terapia farmacológica.

En resumen, pese a que el Trastorno Hipersexual no ha sido incluido en el DSM-5 los psicoterapeutas deben tener presente la realidad de la adicción al sexo y sus graves consecuencias psicológicas, financieras e incluso legales que pueden sufrir los adictos. Deben ser conscientes que mediante una detección precoz y un adecuado tratamiento se puede mejorar considerablemente la calidad de vida del paciente, como la de sus familiares y amigos. No se puede olvidar la importancia que tiene la sexualidad en el ser humano y de cómo una desadaptada conducta sexual puede influir en nuestras vidas y en la de los demás.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2010) *Report of the APA Task Force on the sexualización of girls*. Extraído de <http://www.apa.org/pi/women/programs/girls/report-full.pdf>
- Arikan, G. (2006). Sexual Dysfunctions. *Europe's Journal of Psychology*, 2(3).
- Arnal, R. B., Llario, M. D. G., Martínez, S. G., y Juliá, B. G. (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema*, 22(4), 1048-1053.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Carnes, P. (2013). *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. Bantam.
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Hazelden Publishing. 19-20
- Carnes, P. J. (2000). Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment, and recovery. *CNS spectrums*, 5(10), 63-74.
- Carrasco, J. C. (2005). La adicción al sexo. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, (3), 405-416.
- Chiclana, C. (2014). Hipersexualidad primaria. XV Congreso Virtual de Psiquiatría.com Interpsiquis 2014.
- Chiclana, C., Chicote, M. C., Cervera, S. C., y Víctor, D. R. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido?. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (115), 19-26.
- Cía, A. H. (2014). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210.
- Codispoti, V. L. (2008). Pharmacology of sexually compulsive behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 671-679.
- Coombs, R. H. (Ed.). (2004). *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment*. John Wiley y Sons. 199-207.
- Cooper, A. (2002). *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians*. Psychology Press.
- DEL AMO, M. (2008) *La hipersexualización de la infancia*. 153-156
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo?. *Adicciones*, 24(4), 281-286. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.77>
- Esparcia, A. J. (2011). *Psicopatología*. Editorial UOC. 235.

- Farré, J. M., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aragay, N., Mallorquí-Bague, N., Ferrer, V., ... y Penelo, E. (2015). Sex addiction and gambling disorder: similarities and differences. *Comprehensive psychiatry*, 56, 59-68.
- Ferrand, P. A. S. (2015). Características psicológicas de consumidores de cibersexo: Una Aproximación. *Acta Colombiana de Psicología*, (12), 19-38.
- Fong, T. W. (2006). Understanding and managing compulsive sexual behaviors. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(11), 51-8.
- Jarne A. y Talarn A.. (2011). "Manual de psicopatología clínica. España, Barcelona: Herder.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives Of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. doi:10.1007/s10508-009-9574-7
- Kaplan, M. S., y Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of sex research*, 47(2-3), 181-198.
- Kuzma, J. M., y Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics Of North America*, 31(4), 603-611. doi:10.1016/j.psc.2008.06.005
- Långström, N., y Hanson, R. K. (2006). High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors. *Archives Of Sexual Behavior*, 35(1), 37-52. doi:10.1007/s10508-006-8993-y
- López, A. L. (2004). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 22-52.
- Marshall, L. E., y Briken, P. (2010). Assessment, diagnosis, and management of hypersexual disorders. *Current opinion in psychiatry*, 23(6), 570-573.
- Mick, T. M., y Hollander, E. (2006). Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectr*, 11(12), 944-955.
- Miner, M. H., Coleman, E., Center, B. A., Ross, M., y Rosser, B. S. (2007). The compulsive sexual behavior inventory: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 579-587.
- Moser C. Hypersexual Disorder: Searching for Clarity, Sexual Addiction y Compulsivity: The Journal of Treatment y Prevention, 2013, 20:1-2, 48-58
- Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A., y Cohen, M. S. (2014). Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients. *Journal of clinical psychology*, 70(4), 313-321.
- Romero, M. B. (2005). Adicción sexual y trauma temprano. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 4(1), 32-41.
- Schneider, J. P. (2001). How to recognize the signs of sexual addiction Asking the right questions may uncover serious problems. *ADDICTION*, 90(0).
- Schneider, J. P. (2004). Understanding and diagnosing sex addiction. *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment*, 197-232.