

Adicción Sexual

Luis Caballero Martínez. Psiquiatra.

Clínica Puerta de Hierro.

Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid

Introducción

La *conceptualización clínica* de determinadas conductas sexuales humanas como adicciones, presenta los siguientes problemas:

- Desde el punto de vista psicopatológico, las conductas presentadas en la literatura como adicciones sexuales (AS) podrían entenderse también como dependencias, compulsiones o, incluso, un tipo diferente de trastornos psiquiátricos, según los casos.
- Las diferentes formas teóricas (conductual, neurobiológica, social...) de definir las adicciones (West, 2001), dan un soporte diferente al constructo AS en cada caso.
- El riesgo de equiparación errónea y automática entre diagnóstico psiquiátrico con diagnóstico de enfermedad (no todos los trastornos psiquiátricos son enfermedades).
- Los pacientes con posibles AS están con frecuencia “camuflados” en otros diagnósticos psiquiátricos o son comórbidos con ellos.
- Desde una perspectiva biológica evolucionista, las AS podrían entenderse y clarificarse como alteración simple de conductas adaptativas.
- Las conductas sexuales normales presentan una variedad cultural e histórica muy grande (Black y cols., 1999) lo cual dificulta la concepción de AS.

- **Neurobiología**

Como en el caso de otras adicciones puede postularse que en las Adicciones Sexuales subyace alguna forma de *“Síndrome de la Recompensa Insuficiente”*. Apoyan esta hipótesis los siguientes argumentos:

- En muchas adicciones hay una disfunción dopaminérgica y opiérgica.
- Determinadas variedades alélicas del transportador de dopamina están implicadas también en el alcoholismo, las drogodependencias, las ludopatías, el S. de la Tourette, el autismo, la adicción sexual, el TEPT, el TDAH, los T. de personalidad evitativo y esquizoide, ciertas conductas violentas.
- Pacientes con lesiones ventromediales (VM) del cortex prefrontal se muestran insensibles a las consecuencias negativas de sus acciones (complicaciones, castigos) y se dejan guiar solo por los efectos placenteros inmediatos (en una especie de “ceguera” para el futuro)

Clínica

La primera referencia científica histórica a las AS se encuentra en el libro de Krafft-Ebbing (1886) *“Psicopatía Sexualis: a Medico-Forensic Study”*. La *primera referencia científica moderna a AS* es el libro de Carnes (1983) *“Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction”*. Según este autor (Carnes, 1991) la AS afecta al 3-6% de la población general norteamericana y está definida por los siguientes síntomas conductuales y cognitivos:

Conductuales:

- Encuentros sexuales muy frecuentes
- Masturbación compulsiva
- Búsqueda de nuevos encuentros por aburrimiento
- Intentos fallidos repetidos de controlar la conducta sexual
- Actividad sexual sin estimulación
- Uso frecuente de pornografía
- Complicaciones legales

Cognitivos:

- Pensamientos obsesivos sobre el sexo

- Racionalización de la conducta sexual anómala
- Sentimientos de culpa tras las conductas sexuales
- Soledad, aburrimiento, rabia
- Depresión y baja autoestima
- Vergüenza y ocultación de la conducta sexual
- Indiferencia ante la pareja habitual
- Pérdida de control en muchos aspectos de la vida
- Huida de de emociones displacenteras
- Preferencia por el sexo anónimo
- Desconexión sexo-intimidad

Para Schneider (1991) se requerirían al menos 13 de estos síntomas para el diagnóstico de una AS. Una revisión de la literatura reciente, sin embargo, muestra que el término “adicción sexual” ha dado lugar a muchas concepciones teóricas, pero a tan pocos datos científicos sobre síntomas, curso clínico, etiología y tratamiento (Gold y Heffner, 1998) que podría cuestionarse su legitimidad como trastorno en la literatura. Por ejemplo, distintos autores presentan la AS como adicción, compulsión, impulsión, dependencia, TEPT, trastorno sexual específico, síndrome con síntomas de varios de los anteriores o entidades nuevas (Goodman 1992, 1993, 1998; Fischer, 1995; Gold y Heffner, 1998).

Un debate especialmente importante (Carnes, 1983; Pincu, 1989; Earle & Crow, 1990; Schneider, 1991; Coleman, 1992) y trascendente desde el punto de vista clínico y forense es el de la posible *naturaleza cíclica y progresiva* de las AS, según los estadios que siguen:

- I. Conductas sin víctimas (masturbación excesiva, actividad consensuada, pornografía)
- II. Exhibicionismo, voyerismo, escatología
- III. Víctimas (incesto, violación, etc)

En lo que se refiere a la **Etiología** de las AS, los estudios publicados presentan serios problemas metodológicos y no permiten ofrecer una teoría bien apoyada (Gold y Heffner, 1998)

En el ámbito de las **Clasificaciones Psiquiátricas** oficiales vigentes mas difundidas, las adicciones sexuales tienen una consideración muy diversa:

- No existen como tales en el DSM-IV, aunque se ha sugerido la necesidad de aceptar un Trastorno Hipersexual no Parafílico en la sección de trastornos sexuales? (Stein y cols., 2001)
- Se acepta un Trastorno por Impulso Sexual Excesivo en la CIE-10: ninfomanía satiriasis (F52.7)

La irrupción en la vida diaria de los nuevos métodos de comunicación ha llevado a la conceptualización de los denominados *Trastornos del Uso de Sexo Virtual* que afectarían a las siguientes actividades:

1. Pornografía *online* (e-mail, grupos de participación, chats y páginas web)
2. Modos de comunicación síncrona (chats, audio, video)
3. Software sexual

Comorbilidad psiquiátrica de la AS

La heterogeneidad psiquiátrica de los pacientes diagnosticados de AS en distintas series clínicas, es muy grande. Los diagnósticos mas frecuentes son Parafilias sexuales, Trastornos por Uso de sustancias, Depresión Mayor, Fobias y Trastornos de Personalidad (Black y cols., 1999).

No existe ningún estudio de comorbilidad en población general.

Se ha argumentado el posible solapamiento actual de la AS y la adicción sexual “online” pero esta última ha sido objeto de pocos estudios científicos rigurosos hasta la fecha. (Stein y cols., 2001)

Tratamiento de la Adicción Sexual

No hay un tratamiento estandar de la AS. La mayor parte de los autores utilizan protocolos con estadíos que comienzan siempre por afrontar la negación y racionalización que presentan casi sistemáticamente estos pacientes.

Muchos programas siguen las reglas de los 12 pasos y/o están organizados mediante psicoterapia o modificación de conducta y tratamiento cognitivo. El acetato de ciproterona y la triptorelina se utilizan cuando se hace necesaria la disminución del impulso sexual (Myers, 1995; Stein y cols. 2001; Goodman 1998; Black 1998).

No hay ensayos clínicos controlados para la mayor parte de las técnicas utilizadas en el tratamiento de las AS pero se ha validado empíricamente la terapia de grupo (Qualand, 1985) y la fluoxetina en AS parafílicas y no-parafílicas (Kafka y Prenkly, 1992). La experiencia clínica (Stein y cols., 1992) muestra que los síntomas que más mejoran con los ISRS son los obsesivos (compulsivos) y los que menos, los parafílicos (impulsivos).

El tratamiento de otras adicciones ha servido también como modelo a la terapéutica de las AS (Goodman 1992).

Tras la presentación, los **temas más controvertidos** que se plantearon para discutir fueron los que siguen:

- Posible existencia del síndrome de AS
- Naturaleza psicopatológica de la AS
- Validación de constructo de la AS
- Progresividad de la AS
- Posibles subgrupos en la AS
- Comorbilidad de la AS
- Naturaleza neurobiológica de la AS

La discusión llevó también a plantear la importancia para el entendimiento de las AS del análisis de las características biológicas evolutivas de la sexualidad humana (Diamond, 1999), así como las dificultades y posibles riesgos de error que implica esta tarea.

Bibliografía

Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:839-844.

Black DW. Compulsive sexual behavior: a review. *J Practical Psychiatry and Behavioral Health* 1998; 4:219-229.

Carnes PJ. Don't call it love: recovery from sexual addiction. *New York: Bantam Books* 1991:42-4.

Carnes P. Out fo the shadows: understanding sexual addition. *Minneapolis: CompCare Publishers* 1983.

Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Annals* 1992; 22:320-325.

Diamond J.¿Porqué es tan divertido el sexo?. Madrid, 2001: Debate.

Earle RH, Crow GM. Sexual addiction: Understanding the phenomenon. *Contemporary Family Therapy* 1990; 12:89-104.

Fischer B. Sexual addiction revisited. *The Addictions Newsletter* 1995; 2:5-27.

Gold SN, Heffner CL. Sexual Addiction: Many Conceptions, Minimal Data. *Clinical Psychology Review* 1998; 18:367-381.

Goodman A. Sexual Addiction: An Integrated Approach. *Madison, Conn, Internacional University Press* 1998.

Goodman A. Sexual addiction: Designation and treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1992; 18:303-314.

Goodman A. Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1993; 19:225-245.

Kafka J, Prentky R. Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addition and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992; 53(10):351-358.

Krafft-Ebbing R. Psicopatía sexuales: a Medico- Forensic Study (1886). New York: Putnam's Sons, 1965

Pincu L. Sexual compulsivity in gay men: Controversy and treatment. *Journal of Counseling and Development* 1989; 68:63-66.

Qualand MC. Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and approach to treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1985; 11:121-132.

Schneider JP. How to recognize the signs of sexual adiction. *Postgrado Medicine. Sexual Addiction* 1991 Vol. 90.

Stein DJ, Black DW, Shapira NA, Spitzer RL. Hypersexual Disorder and Preoccupation with Internet Pornography. *Am J Psychiatry* 2001; 158:10.

Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, Schneider FR, Fallon BA, Liebowitz MR, Klein DF. Serotonergic medications for sexual obsession, sexual addiction, and paraphilias. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992; 53:267-271.

Wayne A. Myers. Addictive Sexual Behavior. *American Journal of Psychotherapy* 1995; Vol. 49 No 4.

West R. Theories of addiction. *Addiction* 2001; 96:3-13.