

Adicción al Sexo o Sexo Compulsivo.

Autores: Angel Luis Montejo González. y Rosa Molina Ramos.¹

Concepto.

El término “adicción, dependencia al sexo, o sexo compulsivo” , también conocido como “donjuanismo” o “satiriasis”, se aplica a un patrón de comportamiento en el cual las personas afectas buscan repetida y compulsivamente experiencias sexuales nuevas, precisan multitud de parejas diferentes para satisfacer sus necesidades sexuales y se produce gran frustración en el paciente cuando no consigue satisfacer su exceso de deseo sexual. La compulsividad sexual se define como una falta (o ausencia) de control sobre este comportamiento sexual .

Este concepto indirectamente implica un comportamiento auto-destructivo de quien lo padece debido a que sus acciones pueden parecer inexplicables. Cuando una persona se preocupa en exceso con el sexo y continúa comprometiéndose en actividades sexuales compulsivas a pesar de las consecuencias adversas que puede conllevar (pérdida del matrimonio, trabajo, salud, libertad personal, etc..) se considera como un *adicto al sexo*. Aunque no existen datos epidemiológicos definitivos parece ser más frecuente en varones y cuando aparece en mujeres recibe el nombre de “ninfomanía”.

Existe una controversia considerable en torno a cómo debería designarse este síndrome y sobre a qué categoría diagnóstica pertenece. El modelo

¹ Hospital Universitario de Salamanca. Servicio de Psiquiatría.

etiopatogénico de la adicción es el que parece ser más apropiado ya que comparte características comunes con otras adicciones como el juego, el alcohol o las drogas. La compulsión/dependencia sexual se reconoce actualmente como un verdadero proceso adictivo que puede manifestarse mediante una amplia gama de comportamientos. Esta adicción al sexo ha recibido atención creciente en la pasada década existiendo aún dudas conceptuales sobre si constituye un trastorno adictivo, del ámbito del trastorno obsesivo-compulsivo o bien de la patología del control de los impulsos

La CIE-10 clasifica como una categoría diagnóstica el Impulso sexual excesivo (F52.7) y lo relaciona con el final de la adolescencia o bien secundario a trastornos depresivos o a fases iniciales de la demencia, sin embargo no concreta criterios para su diagnóstico y no está claro si el término de dependencia al sexo puede estar incluido dentro de esta categoría o no. Aunque el DSM-IV no considera la adicción al sexo como una categoría diagnóstica, admite que puedan existir pacientes con malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes, que habitualmente constituyen solamente objetos para ser usados, y los clasifica con el código F52.9: Trastorno Sexual no Especificado. De todos modos la presencia de esta sintomatología en un número notable de pacientes ha incrementado el estudio de este problema y hoy se admiten ciertos síntomas clínicos que pueden sugerir la presencia del trastorno, (Carnes, 1991) (tabla 1)

Tabla 1: Características de la Adicción al Sexo.

1.- Conducta sexual inapropiada fuera de control del sujeto.

- 2.- Esta conducta tiene consecuencias serias de tipo médico, legal e interpersonal.
- 3.- Comportamiento sexual persistente de alto riesgo o autodestructivo.
- 4.- Intentos repetidos sin éxito para evitar o detener esta conducta sexual.
- 5.- Necesidad de incrementar el número de actividades sexuales.
- 6.- Cambios severos de humor relacionados con la actividad sexual (p. ej. depresión y/o euforia).
- 7.- Empleo de una cantidad de tiempo excesiva en la búsqueda de nuevas relaciones sexuales.
- 8.- Interferencia negativa de esta conducta sexual en las actividades sociales ocupacionales o de ocio.

La característica más definitoria de la adicción al sexo se concreta en que la actividad sexual es excesiva, promiscua e incontrolada.

Hipótesis etiopatogénicas:

Existen varias líneas de pensamiento acerca de este problema. Por un lado desde el punto de vista más psicodinámico se piensa que esta adicción es resultado de una historia de interrupciones y frustraciones en los pasos del aprendizaje del comportamiento sexual. Puede estar asociado con problemas relacionales en la infancia temprana, lo cual se vincula a sentimientos de vergüenza e inferioridad.

Se pensó que el conflicto sexual en edades tempranas podría ser un factor causal en el desarrollo del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) pero cuando se investigó la historia sexual individual, la vida actual, satisfacción

sexual y el ajuste matrimonial en 363 pacientes que cumplían criterios para el TOC, T de Pánico y T. Depresivo, se demostró que los individuos obsesivo-compulsivos no se diferencian de los grupos con trastorno depresivo o trastorno de pánico por una historia sexual particular.

Recientemente se han puesto en relación varios trastornos que comparten ciertas características clínicas, etiológicas y terapéuticas como son: 1) el trastorno dismórfico corporal, 2) el juego patológico y 3) las compulsiones sexuales, agrupándose en lo que se conoce como "*Trastornos del espectro obsesivo-compulsivo*". Estas entidades tienen en común que afectan a un número considerable de la población, una edad temprana de iniciación, presentan un curso crónico y parecen tener una respuesta preferencial a los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Estos trastornos poseen también una alta comorbilidad con otros padecimientos tales como el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión y otros trastornos del control de los impulsos (ludopatía, etc..)

Aspectos clínicos:

Los varones con adicción al sexo poseen niveles muy altos de deseo sexual y con cierta frecuencia se asocian a actividad parafilicas (exhibicionismo, voyeurismo, etc..). El deseo y la excitación que obtienen con las relaciones sexuales con la pareja habitual es usualmente bajo o inestable por lo que tienden a buscar nuevas parejas. Es frecuente que los pacientes presenten empeoramiento de la conducta sexual anormal en periodos de estrés o ansiedad, depresión o disforia.

El sujeto típico suele ser un varón joven que manifiesta un comportamiento sexual promiscuo, compulsivo y con escaso control durante varios años

asociado con angustia subjetiva y a deterioro en el funcionamiento interpersonal. En algunos casos la interferencia sobre la vida laboral es tal que en algunos países (USA) el diagnóstico de adicción al sexo implica la separación de la actividad en los pilotos de líneas aéreas ya que se ha encontrado una frecuente relación con trastornos de ansiedad, estados depresivos o abuso de sustancias. Por este motivo se teme que quien lo padece posee una conducta de mayor riesgo, un umbral más alto para la excitación, problemas de control de los impulsos, el juicio, la concentración y el insight. con lo que estas alteraciones podrían ponerse en relación con un teórico peligro en la seguridad del vuelo

Numerosos estudios han demostrado que existen altas tasas de comorbilidad con otras patologías predominando la depresión mayor o distimia, trastorno fóbico y trastorno por abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc..) . Los desórdenes de personalidad son bastante frecuentes, particularmente los subtipos paranoide, histriónico, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. El comportamiento sexual compulsivo suele ser bastante variado e incluye conductas parafilicas (p.ej a través de ropas) y no-parafilicos (p. ej. la masturbación compulsiva).

Tratamiento:

El tratamiento de los adictos al sexo va dirigido a frenar sus comportamientos compulsivos y mejorar sus relaciones interpersonales. El tratamiento más utilizado incluye consejo profesional y asistencia a programas de auto-ayuda basados en el modelo de Alcohólicos Anónimos. Estos grupos son frecuentes en países como USA pero tienen poca actividad en nuestro país

debido a la diferente concepción de la sexualidad entre las diferentes culturas. El objetivo es obtener algún tipo de abstinencia en la actividad sexual adictiva.. En los casos donde la hiperactividad sexual se asocia con otra patología psiquiátrica grave (esquizofrenia o T. afectivos mayores) se recomienda el ingreso hospitalario sobre todo cuando puede existir riesgo de dañar a otras personas, a sí mismo o bien para el tratamiento de la patología asociada..

Las parejas de adictos al sexo, cuya co-adicción puede manifestarse mediante diversos síntomas físicos, la depresión o compulsiones, pueden beneficiarse del mismo enfoque de tratamiento.

a) Intervención con psicoterapia:

Existen técnicas cognitivo-conductuales basadas en 4 componentes en el proceso de evaluación / intervención que parecen ser útiles en el trastorno y que incluyen la educación sexual, el cambio de actitudes sexuales, reducción de la culpabilidad y vergüenza, aumento de la empatía con las víctimas, conciencia de daño a otros y compromiso para abstenerse del comportamiento y compulsiones abusivas.

El varón motivado ante la terapia (especialmente si tiene una pareja con la que está bien compenetrado) puede desarrollar un satisfactorio modelo sexual y erótico que permite mantener el deseo durante el sexo en pareja. La psicoterapia puede ayudar al paciente a aumentar sus mecanismos de introspección y relacionar su excesiva actividad sexual con estados de ánimo disfóricos o bien con conflictos interpersonales que precipitan la conducta adictiva.

b) *Intervención psicofarmacológica.*

La serotonina y sus receptores relacionados ha demostrado jugar un papel primordial como frenador de la actividad sexual así como la dopamina provoca incremento en esta actividad. Los fármacos que son útiles en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) como los ISRS, poseen una variable capacidad para provocar disminución del deseo sexual y alteraciones en la función orgásmica (retraso o anorgasmia) como efecto adverso en un gran número de pacientes (50-60%). Algunos pacientes con obsesiones de contenido sexual se han visto aliviados cuando fueron tratados con ISRS (tratamiento que también es útil en los trastornos depresivos, TOC, trastornos de ansiedad y t. del control de impulsos) lo que aporta ciertos datos sobre la coexistencia de similares alteraciones bioquímicas que pudieran resultar comunes en la etiopatogenia de estos trastornos. Aunque no existen estudios concretos al respecto, parece que las dosis necesarias para el tratamiento de los pacientes con actividad sexual compulsiva, deben ser algo superiores a las utilizadas para el tratamiento de la depresión (entre el 50 y 100% de incremento) tal y como ocurre en el trastorno obsesivo compulsivo y el periodo de tratamiento debe continuarse durante 1-2 años, continuándolo más tiempo si aparecen recaídas (incluso durante años).

Existen publicaciones aisladas donde se ha utilizado *fluvoxamina* con éxito en pacientes con exhibicionismo compulsivo eliminando el comportamiento compulsivo pero sin comprometer el deseo sexual. Por el contrario desipramina (y otros antidepresivos que incrementan principalmente la transmisión noradrenérgica) no se ha mostrado eficaces en esta patología tal y como era de esperar debido a la relevancia de la serotonina como modulador – frenador de la conducta sexual.

Es interesante considerar que un subconjunto de pacientes parafílicos podrían estar sufriendo trastornos relacionados con obsesiones y/o compulsiones y pueden beneficiarse también de los agentes serotoninérgicos (ISRS) tal y como ocurre en otros pacientes con rituales o pensamientos obsesivos e incluso mejorar con neurolépticos.

Resulta de gran interés general involucrar al médico de atención primaria en el diagnóstico y detección de estos pacientes ya que por lo general se presentan inicialmente al médico de atención primaria y el diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado puede mejorar considerablemente el resultado terapéutico.

El uso de tratamiento hormonal puede ser útil en casos rebeldes o con actividad sexual delictiva. El Acetato de Medroxiprogesterona puede disminuir la libido de los pacientes permitiendo un mayor control de su conducta sexual adictiva. El Acetato de Ciproterona (antiandrógeno) parece ser de utilidad también en estos pacientes aunque no existen estudios concluyentes sobre esta patología.

Recientemente se han encontrado pruebas de que algunos neurolépticos provocan también disfunciones sexuales secundarias (descenso de libido y alteraciones en el orgasmo y la erección) por lo que podrían ser de utilidad en estos pacientes (fundamentalmente risperidona). No poseemos datos extensos sobre la dosificación necesaria y el tiempo de uso pero algunos pacientes podrían responder mediante una disminución de su impulsividad sexual utilizando dosis bajas (1-3 mg/día de risperidona). Su efecto sobre la conducta sexual podría derivarse de su actividad sobre la patología de control de impulsos acompañante o incluso sobre el comportamiento adictivo o compulsivo presente en estos pacientes .

Bibliografía:

1. Carnes P. Don't Call It Love. Bantam Books. New York, 1991.
2. Travin S Compulsive sex. *J Sex Marital Ther* 1985 Summer;11(2):121-32
3. Little M, Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther* 1985 Summer;11(2):121-32
4. Schneider JP. How to recognize the signs of sexual addiction. Asking the right questions may uncover serious problems. *Postgrad Med* 1991 Nov 1;90(6):171-4, 177-82
5. Myers WA .Addictive sexual behavior. *Am J Psychother* 1995 Fall;49(4):473-83
6. Goodman A. Diagnosis and treatment of sexual addiction. *J Sex Marital Ther* 1993 Fall;19(3):225-51
7. Goodman A . Sexual addiction: designation and treatment. *J Sex Marital Ther* 1992 Winter;18(4):303-14
8. Schaffer SD, Zimmerman ML. The sexual addict: a challenge for the primary care provider. *Nurse Pract* 1990 Jun;15(6):25-6, 28, 33
9. Gold SN, Heffner CL. Sexual addiction: many conceptions, minimal data. *Clin Psychol Rev* 1998 Apr;18(3):367-81
10. Zohar J, Kaplan Z, Benjamin J. Compulsive exhibitionism successfully treated with fluvoxamine: a controlled case study. *J Clin Psychiatry* 1994 Mar;55(3):86-8
11. Myers WA. Addictive sexual behavior. *J Am Psychoanal Assoc* 1994;42(4):1159-82