

## **CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA O ADICCIONES SEXUALES**

Prof Ruben Hernandez Serrano. Universidad Central de Venezuela.  
Past Presidente Inmediato de FLASSES 2006-2010  
Past Presidente WAS, AISM, SVSM, UTES  
Honorary Chairman Sección Psiquiatría Sexualidad Humana WPA/AMP  
[rubenhernandez@cantv.net](mailto:rubenhernandez@cantv.net) [www.rubenhernandez.com](http://www.rubenhernandez.com)

La discusión entre los términos Conducta Sexual Compulsiva (CSC) o Adicciones Sexuales (AS), ha ocupado libros, trabajos científicos , y páginas enteras de argumentos y postulados teóricos y prácticos, la mayoría de ellos empíricos, y basados en la clínica, durante ya muchos años (Carnes 1983, Schwartz y Brasted 1985, Coleman 1986, Goodman 1990, Hernández y Parra 1998, Parra, DeVries y Hernández 2005, Mezzich y Hernández 2006)

Especialmente el Tema es de importancia capital dados los recientes casos de personas muy importantes que han conmocionado la opinión pública. Es incomprensible como el alto poder económico y político, no frena estos casos, que ya no son aislados.

Para complicar el panorama el término Impulsividad Sexual (IS), ha tomado mucha vigencia recientemente (APA 2004, 2005, 2006), al aumentar en frecuencia e intensidad otras patologías colaterales tales como el juego patológico, la adicción a las drogas y el alcohol, las compras patológicas, la adicción a Internet y las Parafilias en general.

O bien se han hecho mas evidentes y han salido del closet o la tecnología de la información y los MCS las ha hecho mas aparentes.

De igual forma la discusión entre normalidad y "anormalidad" que rige los conceptos de tiempo y frecuencia y la definición de promiscuidad sexual siguen siendo arbitrarias, sin base o metodología científica para su conceptualización y sesgadas por los evidentes factores atávicos, morales y de juicios de valor que persisten en la sociedad contemporánea.

A titulo de Resumen de esta muy complicada materia podríamos señalar básicamente:

Carnes desde 1983, partiendo de enfoques diametralmente opuestos tales como los que corresponden al psicoanálisis y sus versiones psicodinámicas más actuales, y los enfoques cognitivo conductuales, incorpora conceptos de las teorías del aprendizaje y de la teoría general de sistemas para intentar definir los términos en referencia.

Utiliza las tendencias típicamente adictivas y las entrelaza con fenómenos y eventos traumáticos y cataclísmicos en la persona, que motivan la tendencia a la Adicción, siguiendo el modelo característico de la dependencia al alcohol y las drogas, con sus claros fenómenos de abstinencia y tolerancia. Sexo es la más importante necesidad para los adictos sexuales. Viven y solo piensan en ello y para ello.

Para ello desarrollo un Test de Diagnóstico muy específico de 25 preguntas (1989), de las cuales al responder afirmativamente a 13 de ellas implicaría un diagnóstico positivo.

Y en 2000 describió las características básicas para el Diagnóstico de certeza de Adicción Sexual en 4 Fases:

1. Iniciación: Impacto emocional intenso durante el desarrollo psicosexual
2. Establecimiento: Culpa, Vergüenza, Preocupación repetitiva, Ritualización, Actuación, Abandono.
3. Escalada y Perdida de control
4. Fase de Crisis Aguda.
5. Todo ello en medio de crisis familiar, cuestionamiento de la autoridad, déficit de intimidad, abuso sexual, estrés postraumático, erotización extrema, culpa y vergüenza propia, secretismo, ciclos compulsivos, autodestrucción, otras adicciones y comorbilidades psiquiátricas.

El Guebaly también propone una relación entre la Adicción Sexual y la Adicción a las Drogas estableciendo una comparación interesante (El Cairo, WPA 2005). Tolerancia, Abstinencia, Fallas en el proceso de dejar la droga, Búsqueda desafortunada, Complicaciones sociales y laborales, y persistencia del uso a pesar de conocer el daño que producen.

Swartz y Brasted atribuyen el origen de la Impulsividad Sexual a un sistema de creencias totalmente irracional que consiste en una pobre imagen de si mismo, baja autoestima, expectativas poco realizables, temores y miedos anticipatorios y un sentimiento general de desesperanza y tristeza. La culpa y vergüenza están presentes, así como también dificultades y discordias maritales que conducen o exacerban conductas sexuales adictivas.

Coleman, desarrolla el concepto de CSC, para tratar de desestigmatizar el fenómeno y señala 2 factores dinámicos, uno que predispone al individuo al uso compulsivo de sustancias o conductas como medio de aliviar el dolor emocional y otro, que conduce al individuo ya predispuesto a ciertos tipos de conductas sexuales como su modo preferido de aliviar el dolor y sufrimiento.

Existe una grave alteración de la intimidad, y generalmente se produce en personas que han sido abusadas , negadas o rechazadas, produciéndose un sentimiento de soledad severo.

Goodman, propone el término de Adicción Sexual que corresponde a un patrón mal adaptado de conductas sexuales, que conduce a alteraciones y a distress clínicamente significativo, "manifestado por 3 o mas de los siguientes parámetros, que ocurren en cualquier tiempo durante un periodo no menor de 12 meses:

1. Tolerancia: aumento de la frecuencia e intensidad para lograr el efecto deseado.
  - i. Disminución del efecto causado por el mismo nivel de intensidad
2. Abstinencia: Cambios psicofisiológicos demostrados producidos por discontinuación de la conducta sexual.
  - i. Necesidad de producir la misma conducta sexual para mejorar o evitar el síndrome de abstinencia
3. La conducta sexual se produce por cada vez mas tiempo e intensidad
4. Hay intentos conscientes por tratar de evitar o controlar la conducta sexual en referencia
5. Se invierte una gran cantidad de tiempo en la preparación, participación y recuperación de la conducta sexual específica
6. Importantes actividades sociales, ocupacionales o recreacionales son eliminadas o reducidas como consecuencia de la conducta sexual.
7. La conducta sexual continua a pesar del conocimiento de que el problema psicológico y físico persiste o recurre y que es causado o aumentado por la conducta sexual."

Finalmente, Hernández, Devries y Parra, en diversos trabajos han señalado la importancia de diferenciar fantasías, urgencias o conductas que se expresan de manera persistente y recurrente, constituyendo un severo problema para el paciente quien lucha como un péndulo de manera obsesiva y compulsiva por no dejarse llevar por ellas ante las claras consecuencias sociales, éticas y legales que les genera.

La diferencia entre lo normal y anormal esta dada por muchos factores de orden sociocultural y medico legal, interfiriendo con la vida diaria de la persona.

La DSM IV no establece criterios diagnósticos específicos para estas entidades clínicas, aunque pudieran ser incluidas en Trastornos Sexuales No clasificados 302.9

Ya desde Krafft Ebing en su famoso estudio sobre Psicopatías Sexuales (1886), se producía el primer análisis científico de lo que hoy llamamos Parafilias, anteriormente Conductas Sexuales Desviadas o Perversiones Sexuales, las cuales también hoy en día han crecido vertiginosamente en amplitud, frecuencia e intensidad.

Algunas de ellas podrían ser clasificadas en el área que nos ocupa particularmente:

1. Masturbación compulsiva. Frecuente en niños con retardo mental, jóvenes con trastornos de personalidad, parejas con discordias maritales o Individuos con fijación de método.
2. Adicción a Internet. Personas que pasan horas frente al computador observando pornografía, chateando, buscando información específica sobre temas sexuales o eróticos.
3. Juego patológico con finalidades sexuales. El casino es el centro de reunión o de escape para vencer la soledad y aislamiento, con toda una serie de mecanismos de defensa particulares al jugador quien se evade así de la realidad, cayendo en un círculo vicioso con sus normas y leyes características, que conducen generalmente a una gran pérdida de dinero y poder económico. En muchos casos la ruina.
4. Telefonosexofilia. Práctica sexual que involucra al teléfono bien para conversaciones eróticas o para conocer eventuales nuevas parejas. La "seguridad" que produce el teléfono en cuanto a no ser descubierto permite la expresión verbal de muchos secretos.
5. Voyeurismo. Práctica sexual que implica la visualización de actividades sexuales in vivo. Muchas veces involucrando a una tercera persona. Ocasionalmente utilizan una cámara de video para posteriormente revisar o reeditar el hecho particular que genera excitación sexual.
6. Escoptofilia: Observación de rituales y actividades sexuales mediante telescopios, binoculares o cámaras fotográficas o filmadoras, en los cuales la persona pierde horas valiosas siguiendo esquemas a veces muy rígidos de sus potenciales víctimas..
7. Dependencia de la prostitución. Personas que solo pueden obtener placer sexual mediante el comercio sexual, pagando, a pesar de que pudieran obtenerlo fácilmente sin necesidad de involucrar dinero.
8. Dependencia del masaje. Solo pueden obtener satisfacción sexual luego de realizar un masaje en sus muy diversas formas y maneras, utilizando o no juguetes sexuales, lo cual genera distintos patrones de comportamiento ya bien estereotipados. .
9. Exhibicionismo. Personas que solo obtienen placer sexual mediante la exhibición directa o indirecta sigilosa de sus

órganos sexuales. El placer es máximo cuando el exhibicionista logra sentirse observado.

10. Fetichismo. Es muy frecuente y la línea divisoria entre lo aceptado socialmente y lo patológico a veces no está muy bien definida. Aquí los colores, objetos, pieles, cadenas, metales, etc son objetos de placer sexual casi exclusivos

La lista es muy larga, y el capítulo sobre Parafilias se extiende cada vez más. En particular es muy importante para definir CSC, AS e IS la evaluación clínica de 3 conceptos clásicos:

1. La planificación previa de actividades, que consume muchas horas
2. La determinación de los riesgos en los cuales se involucra la persona y su concientización o no, ante los cuales la persona los asume como un juego psicológico muy dañino.
3. El placer que se obtiene de manera preferente o exclusiva y la participación consensual o no de otras personas, lo que tarde o temprano conduce a problemas médico-legales.

Se estima que la incidencia de estas conductas está en el orden según Carnes entre el 3 y 6 % de la población, y según Coleman en el 5 %, aunque la cifra negra de delitos es significativamente alta.

En el Instituto de Medicina Legal de Caracas, un estudio sobre la casuística en 1985 (Castro y Hernández) reveló apenas un 2 %, lo cual sin duda está bastante alejado de la realidad, vista en la consulta privada de pacientes que van en busca de ayuda psicoterapéutica bien por sí mismos o porque han sido descubiertos por sus parejas y no desean terminar la relación.

En la práctica clínica diaria hoy observamos también empíricamente, que la proporción de hombres y mujeres que consultan por esta problemática es de 1 a 1.

## **Diagnóstico**

Es básica actualmente, la utilización de Escalas de Diagnóstico para poder establecer con claridad algunos comportamientos dudosos, y sobre todo la comparación con diferentes culturas ante las cuales pudieran existir variaciones importantes.

Para ello basta señalar el Manual de Medidas Psiquiátricas de la Asociación Psiquiátrica Americana (2002), y el Manual de Medidas Relacionadas con la Sexualidad (Davis y Yarber (2000), así como pruebas psicológicas bien conocidas, como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), y las muy variadas y diversas Escalas de Personalidad, Calidad de Vida y Satisfacción Sexual.

De igual manera las pruebas de biofeedback, los estudios de falometría y diferentes polígrafos, pueden ser útiles no solo en el Diagnóstico si no en el Tratamiento y la Evaluación de Resultados.

### **Tratamiento:**

La gran mayoría de estas personas no reciben tratamiento, bien porque se niegan a hacerlo al considerar que no tienen ningún tipo de patología, o porque no existen ni los centros especializados ni los profesionales debidamente entrenados para ello.

El sistema judicial obliga a algunas de estas personas a realizar el tratamiento de manera coercitiva a cambio de que no se cumpla sentencia condenatoria institucional, con resultados satisfactorios en un 50 % de los casos.

Tratamiento farmacológico ha sido utilizado, llamándosele Castración química con el uso de Antiandrógenos, particularmente la Flutamida. Alemania, Dinamarca y Republica Checa tienen amplia experiencia con la Castración quirúrgica, lo cual según nuestro criterio es violatoria de la Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial de Sexología (WAS, Valencia, 1997)

Los inhibidores de la recaptación de serotonina IRS han sido utilizados también, con éxitos parciales. Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Venlafaxina, Fluvoxamina, Mirtazapina, Citalopram y Duloxetina, pueden ser utilizados en dosis acordes con cada persona. Igualmente la medicación ansiolítica, tomando en cuenta el factor dependencia, particularmente con las benzodiazepinas

Y por supuesto las Psicoterapias:

1. Psicoterapia Cognitivo Conductual
2. Terapia de Grupo, muchas veces siguiendo el modelo de Alcohólicos Anónimos de los 12 pasos
3. Terapia Familiar
4. Terapia Marital
5. Terapia Sexual.

Una revisión completa de modelos terapéuticos esta descrita en Psiquiatría y Salud Sexual: Un enfoque integral (Mezzich JE y Hernandez SR 2006) ([www.rowmanlittlefield.com](http://www.rowmanlittlefield.com))

## REFERENCIAS:

1. Carnes P. Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction. Minneapolis. CompCare (1983). 3<sup>rd</sup> Ed Hazelden (2001)
2. Schwartz MF, Brasted WS. Sexual Addiction. Med Asp Human Sexuality. 19,103-107. (1985)
3. Coleman E. Sexual compulsión vs sexual addiction: The debate continues. SIECUS report 1986 p 7-11
4. Coleman E. Is your patient suffering from Compulsive Sexual Behavior .... Psychiatric Ann 22:320-325 (1992)
5. Goodman A. Sexual Addiction An integrated approach. Int University Press., Madison .(1998)
6. Hernandez SR y Parra CA. Violence. Universidad Central Venezuela. Caracas. (1998)
7. Parra CA, DeVries R. Hernandez SR. Sex and Drugs., XIII World Congress Psychiatry. Cairo. (2005)
8. Mezzich JE, Hernandez SR. Psychiatry and Sexual Health : An Integrative Approach.WPA Sexual Health Educational Program. RowmanLittlefield. New York. 2006
9. Krafft Ebing. R Psychopathía Sexuales. Stein and Day. New York. (1886) TR Rebman J (1965).
10. Handbook of Psychiatric Measures. APA Press. (2000)
11. Davis C.,Yarber W et al. Handbook of Sexuality related measures. Sega Pub. 1998.
12. World Association for Sexual Health. Valencia Declaration. 1997. Hong Kong 1999. [www.worldsexology.org](http://www.worldsexology.org)
13. El Guebaly N. World Congress of Psychiatry. Cairo. 2005.
14. Carnes P et al. In the shadows of the net. Hazelden. (2007)
15. Carnes P ,K.Adams. Clinical Management of Sex Addiction. Routledge- NY. (2002)