

Ps. Silvana Savoini



Adicción al Sexo



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS

UNR

Adicción al sexo

Por Silvana Savoini

Savoini, Silvana

Adicción al sexo / Silvana Savoini. - 1a ed. - Rosario: UNR Editora; Centro de Estudios Interdisciplinarios-CEI, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-702-508-8

1. Sexualidad. I. Título.

CDD 616.85833

Diseño de tapa: Luciano Duyos.

Ilustración: "Sin título (serie Los fisgones)" de Marcelo Gonella realizada con grafito sobre papel.

Coordinadora gráfica: Adriana Palma.

Edición y publicación Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR

Maipú 1065 3° piso of 309, Rosario, Argentina

Tel: (0341) 4802781

Correo electrónico: cei@unr.edu.ar

Índice

| | |
|--|----|
| Agradecimientos..... | 4 |
| Prologo..... | 5 |
| Capítulo 1. La problemática y su historia | 10 |
| Capítulo 2. Diagnósticos diferenciales | 24 |
| Capítulo 3. Lo que Sí es Adicción al Sexo | 35 |
| Capítulo 4. Formas de manifestación | 47 |
| Capítulo 5. Etiología de la Adicción al Sexo | 58 |
| Capítulo 6. Abordaje Terapéutico..... | 65 |
| Capítulo 7. Adicción sexual y Pandemia..... | 75 |
| Referencias Bibliográficas..... | 78 |
| Sobre la autora..... | 81 |

Agradecimientos

Agradezco a los organizadores del 2do. Congreso Latinoamericano de Adiccionología, y en particular al Ps. Federico Lande que personalmente me convocó para disertar sobre “Adicción al Sexo” lo cual ha sido el incentivo externo que despertó mi motivación intrínseca para escribir este libro.

Agradezco a mis formadores y referentes en Sexualidad Humana y en la problemática de Adicciones, que me han brindado las herramientas para pensar la Adicción al Sexo en toda su complejidad.

Un agradecimiento infinito a mis pacientes, por confiar en mí y por permitirme aprender permanentemente a partir de sus vivencias, y por ser partícipes de la construcción de la experiencia clínica que me habilita a transmitir las ideas de este libro para que otros profesionales, estudiantes o el público en general puedan apropiarse de ellas y promocionar salud.

Gracias a mis alumnos, que con sus interpelaciones ponen en tensión mis conocimientos de forma permanente y con sus aportes me permiten seguir aprendiendo.

Principalmente, mi eterno agradecimiento a mi pareja, Fernando, y a mis hijas Antonella y Valentina, por apoyarme incondicionalmente en mis proyectos.

Finalmente mi agradecimiento al Prof. Darío Maiorana, Director del CEI de UNR por hacer posible esta publicación y especialmente a Cintia Corestein por el esmero y la paciencia.

Prologo

Suelo con frecuencia preguntarme las razones por las que una persona se dedica a una disciplina.

Evidentemente las causas son múltiples, y dedicarse a la sexología no es una de las elecciones más cómodas. También suelo preguntarme por el escenario en que se gesta un hecho: en este caso, un libro.

Porqué Silvana Savoini se dedica a la sexología y hoy nos ofrece su primer libro, tiene mucha relación con la época en que se crió y el papel de esposa, mamá, docente y terapeuta que hoy ejerce.

Nace a poco de nacer el hippismo, del mayo francés, a dos décadas de la invención de la primera pastilla anticonceptiva y a una de su comercialización. Por lo tanto, en plena revolución sexual. En 1971 varios cientos de mujeres entre las que se contaban Simone de Beauvoir, Jeanne Moreau y Marguerite Duras- firmaron un manifiesto en Francia en el que declaraban haber abortado y reclamaban la legalización del aborto. Ese mismo año se fundó en Austria el Aktion Unabhängiger Frauen -Acción de Mujeres Independientes-. Los días 12 y 13 de marzo de 1972 se celebra en Francfort del Meno -RFA- el Primer Congreso Federal de Mujeres.

Lo social está convulsionado, la guerra de Vietnam, la revolución cubana y sus largos brazos en el continente. Sus días de bebé están coloreados por todo lo que pasa en el mundo y por la efervescencia y el idealismo de los jóvenes de su país. Si bien parte de su infancia

transcurre bajo la dictadura militar argentina, su pubertad florece junto con el florecimiento de la democracia y es partícipe de una apertura frente a la información en sexualidad tantos años restringida.

Se incorpora al mundo a poco de publicarse los primeros trabajos de Masters y Johnson y el desarrollo de las terapias sexuales. Durante su adolescencia aparecieron las luchas por Derechos Sexuales, por la no discriminación sexual y se formaron las primeras instituciones de Educación Sexual no solo en el país sino también en América: El Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC); La Federación Latinoamericana de Sociedades de Educación Sexual y Sexología: FLASSES; y en su ciudad la Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología: ARESS.

Presidió, entre 2014 y 2016, esta última asociación (ARESS-fundada en 1976) como entusiasta impulsora de los trabajos en esta área.

La Universidad, por lo tabúes existentes no le brindó formación sexológica que hubiera deseado, (no la brinda al día de hoy), pero supo buscar donde formarse.

Para mí, como su primera profesora en sexología es un orgullo hacer el prólogo de este libro, que escrito en un lenguaje sencillo y entendible para muchos públicos será de gran ayuda no solo a profesionales y estudiantes sino a todos los interesados en el tema de la adicción sexual.

¿Qué es una adicción sexual? ¿Por qué se produce? ¿Qué llena en las vidas de los adictos sexuales? ¿Qué la refuerza? ¿Por qué se mantiene? Hace daño, a quiénes, ¿por qué? ¿Es necesario tratarla? ¿Cuál es su pronóstico?

A lo largo de los seis capítulos de este libro encontraremos respuestas a estas preguntas.

El primer capítulo trata de la historia de la Adicción al Sexo para poder ubicarnos en la realidad de la cual va surgiendo.

El Capítulo 2 nos va mostrando la forma de hacer diagnósticos diferenciales respecto de la Adicción al Sexo, para no encasillar en esta categoría a personas que puedan tener un gran deseo sexual y por lo tanto una performance más importante que otras. La sexualidad y el deseo de ejercitarla, así como el erotismo, la necesidad de tener relaciones sexuales o una pareja, varía de persona en persona. Y también en la misma persona en distintos momentos de su vida.

Adicción al Sexo no es tener un alto deseo sexual, y este capítulo nos ayuda a diferenciar.

El Capítulo 3 es de suma importancia porque nos señala con exactitud lo que es Adicción al Sexo y lo que no lo es, aunque nos parezca. Puede no ser adicta al sexo una persona con pareja fija y amantes o parejas ocasionales, que disfruta de tener más de una relación sexual diaria y con varias personas. Es necesario no estigmatizar a quien tiene un deseo sexual elevado.

El Capítulo 5 nos muestra cómo se va manifestando la Adicción al Sexo. No es algo que está presente desde el nacimiento. Se va

creando, reforzando y convirtiéndose en conducta permanente. Quien es adicto al sexo deja muchas otras cosas de lado. No es malo tener muchas relaciones sexuales si éstas no interfieren en otras actividades. Quien come todo el día, o trabaja sin descanso, o hace deportes de la mañana a la noche, o tiene cantidades de relaciones sexuales que le impiden realizar otras tareas, tiene una adicción. Quien tiene más relaciones sexuales que la media, o trabaja más horas que quienes lo rodean, o va todos los días varias horas al gimnasio, pero además disfruta de sus otras actividades no es un adicto.

El Capítulo 5 desarrolla la etiología, o sea las causas de la Adicción al Sexo y el Capítulo 6 las formas de tratamiento, porque como toda adicción (no importa cuál sea) necesita de atención psicoterapéutica.

Silvana Savoini, a quien conozco desde que era alumna de la U.N.R., cursando su carrera de Psicología se crió en una época donde en la Argentina se empezó a hablar de sexualidad. Se sintió atraída por esta temática y se especializó en ella, estando hoy acreditada como Sexóloga Educativa y Clínica por la Federación de Sexólogos Argentinos (FESEA) y por el Instituto Kinsey de Sexología. Estudió y se preocupó en saber cada día más como los que la conocemos sabemos que hace.

Pero hoy ya no es la estudiante, sino la mamá de dos adolescentes y la profesora universitaria de muchos jóvenes y adultos y desde hace tiempo se viene preocupando por cómo se ejercita la

sexualidad hoy. ¿Qué pasa con la tecnología y la sexualidad? ¿Cuáles son sus peligros? ¿Qué es el sexting? ¿Qué es esto de la Adicción al Sexo?

Porque la sexualidad es buena y es bueno ejercitarla. Pero según la forma como la ejercitemos seremos felices o desdichados.

Por eso este libro. Por eso esta necesidad de Silvana Savoini de saber, de aprender, de formarse e informar. Por eso la necesidad de seguir educando desde todos los lugares en que está. En su casa junto a sus hijas, en ARESS compartiendo con sus colegas y con quienes se acercan a pedir Educación Sexual, en el consultorio junto a sus pacientes, en la Universidad (con jóvenes, adultos y adultos mayores) y ahora desde un libro que nos llega en un momento oportuno. No hay mucha bibliografía sobre el tema y creo que Adicción al Sexo de Silvana Savoini viene a llenar una necesidad de la sociedad. Lo recomiendo a Profesionales y futuros profesionales, a jóvenes, a sus padres, a docentes y a público en general. Revisen sus referencias bibliográficas para ampliar y profundizar conocimientos sobre lo que están leyendo.

Demos la bienvenida a este libro, agradezcamos a Silvana Savoini su generosidad y nutrámonos de su valioso texto.

Ps. Mirta Granero

Miembro Fundador de ARESS
Codirectora del Instituto Kinsey de Rosario
Presidenta de FESEA

Capítulo 1

La problemática y su historia

La sexología es una ciencia incómoda.

La adicciónología también.

La adicciónología es un área de conocimientos controvertida, que estudia problemáticas complejas, con abordajes clínicos arduos y no siempre gratificantes.

Ambos campos (la Sexología y la Adicciónología) están minados de prejuicios, mitos, tabúes, saberes populares distorsionados muchas veces, que constituyen territorios de entrecruzamiento entre la ciencia y la moral, que implican discursos sociales, institucionales, políticos y académicos, en donde es difícil difundir conocimiento científico para la promoción de la salud, porque son temas de los que todos tienen algo para decir, pero pocos saben con precisión de lo que están hablando.

Este libro es el producto de un trabajo de búsqueda y recopilación de datos que surge a partir de recibir una convocatoria para disertar en el 2do. Congreso Latinoamericano de Adicciónología realizado en la ciudad de Rosario los días 26 y 27 de septiembre de 2014, en el Centro de Convenciones Puerto Norte, organizado por la Asociación Nazareth y *Ánima Multiespacio en Salud*.

Como todo congreso profesional, tuvo como misión la reflexión sobre los diferentes saberes y la divulgación de conocimientos científicos -en ese caso sobre adicciones-, y me invitaron a hablar particularmente de Adicción al Sexo. El doble desafío que constituía abordar una temática tan compleja y controvertida me llevó a una

revisión bibliográfica que me hizo concluir que, en verdad, no hay mucho material para consultar sobre el tema. Fue entonces cuando decidí sistematizar los conocimientos teóricos que disponía, los datos de mi experiencia clínica, y reunir toda esa información en esta obra que pretende ser esclarecedora para los profesionales de la salud, estudiantes de carreras afines, y público en general que pueda estar interesado en la problemática.

Entre otras cosas no resulta confortable hablar de Adicción al Sexo porque no hay consenso en la comunidad científica y por supuesto tampoco entre los profesionales de la salud. Al mismo tiempo es un tema fuertemente instalado en los medios de comunicación masiva durante la última década, lo cual incrementa la confusión, y la circulación de conceptos erróneos o distorsionados.

De hecho, en los medios de comunicación cada tanto aparece alguna figura famosa de la farándula o el deporte, aludiendo “Adicción al sexo” para explicar diversos deslices o directamente asumiendo públicamente el padecimiento de la problemática. En épocas de “extimidad” (Lacan, 1997), (Miller, 2010), término que se resignifica permanentemente pero que se refiere a la dimensión pública de lo íntimo, considerado el neologismo que define nuestra intimidad pública (Casilli, 2010); estas confesiones no son sorprendentes, pero en todos los casos generan escándalos mediáticos (...) Ahí es cuando los medios masivos de comunicación nos consultan para preguntar si realmente aquel famoso padece esta “enfermedad” (...) y ahí es donde se torna muy difícil transmitir que aun en el

supuesto caso de considerar que exista una entidad clínica a la que llamemos Adicción al Sexo, es técnicamente imposible y éticamente inapropiado opinar sobre algo que afecta a alguien que no sólo uno no conoce personalmente, sino que de ningún modo se tiene acceso a su historia clínica. Y que por otra parte aun si se tratase de un paciente, con más razón los profesionales estamos imposibilitados de dar a conocer públicamente tal información confidencial. Es entonces cuando al ser consultada por estos temas, les propongo a los periodistas dejar de lado el "caso Fulano" y su singularidad, y hablar de lo que podemos entender por comportamiento sexual compulsivo o Adicción al Sexo en general.

En este punto cabe destacar, que si bien hace algunos años que surgió la "moda" mediática de la Adicción al Sexo, con representantes como Michael Douglas, Tiger Woods, Lindsay Lohan, Sharon Stone, Hugh Grant, George Michael, sólo por nombrar algunos (...) la preocupación y los debates al respecto existen desde hace siglos, entre otras cosas porque los humanos tenemos esta irrefrenable tendencia a clasificar todo aquello que no podemos entender, que desconocemos, que no podemos controlar y que de un modo u otro representa una amenaza o es percibido como peligroso.

Si hablamos de consenso lo primero que surge respetando los intentos internacionales de consensuar, es tomar en cuenta los nomencladores nosográficos que a nivel mundial fueron creados con la intención de unificar criterios diagnósticos respecto a los padecimientos humanos.

Así tenemos el DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM por su sigla en inglés Diagnostic and Statistic Manual) confeccionado por la APA (Asociación Psiquiátrica Americana) y el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) realizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

El debate respecto a la utilidad, ventajas e inconvenientes de la existencia y el uso de estos manuales, que constituye en sí mismo un tema de análisis, discusión y posiciones encontradas, excede el marco de este trabajo por lo cual lo dejaré reservado. Pero sí quiero explicitar, que, si tomo estos nomencladores como referencia, es porque no puedo ser ajena a su existencia, pero ello no significa que adhiera incondicionalmente a sus criterios.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) recientemente publicado, no incluye la Adicción al Sexo como categoría diagnóstica, como tampoco lo venían haciendo las versiones anteriores. Es preciso considerar también que muchos sectores reniegan de la posibilidad de que la Adicción al Sexo como tal sea considerada una entidad clínica, porque entienden que ésta sería mal o abusivamente utilizada como justificación para infidelidades u otro tipo de circunstancias comprometedoras.

Lo primero que típicamente se asocia con la Adicción al Sexo es la noción de "exceso", aplicando un criterio cuantitativo para establecer la patología.

En este sentido, delimitar los "excesos" en sexualidad humana ha sido una tarea recurrente a lo largo de la historia, ya que, en un

terreno tan resbaladizo, tenemos una imperiosa necesidad de definir lo normal y lo patológico para saber dónde cuádramos. Pero los parámetros de normalidad y patología se han ido modificando a través del tiempo.

Veamos los antecedentes más próximos recorriendo a algunos ejemplares de la bibliografía sexológica a lo largo del último siglo.

Tomemos para empezar, un texto sobre "La higiene en la vida sexual" (Von Gruber, 1939) editado en nuestro país en el año 1939.

En él puede leerse lo siguiente respecto a los "excesos":

"Las primeras consecuencias de los excesos son: disminución del sentimiento voluptuoso en la cohabitación y retraso en la eyaculación de la fuerza con que se despiden el semen. Después de cohabitar sobrevendrá un sentimiento de malhumor, cansancio, agotamiento en las piernas, permaneciendo aturdido mucho más cuanto más largo y frecuente sea el exceso. Entre otras consecuencias, tenemos: presión en la región de los riñones, sensibilidad nerviosa, pesadez en la cabeza, sueño interrumpido, zumbido de oídos, centelleos de la vista, temor a la luz, temblores y ataques de pánico, propicio a la transpiración con facilidad. Pueden, además, sobrevenir latidos al corazón, debilidad de los músculos; esto se va notando con la flaqueza de las facciones y la actitud lasciva, en los agotados y cansados sexualmente; pocas ganas de un trabajo conti-

nuado, sea intelectual o corporal, incapacidad de ejecutarlo, debilidad de memoria, neurastenia y displicencia melancólica. La capacidad de resistencia para males exteriores, en particular de gérmenes infecciosos y, entre estos, especialmente el bacilo tuberculoso; también la disposición sexual se muestra en decadencia con tendencias a la aparición de la llamada debilidad sensible: las erecciones del miembro pierden rigidez y duración; la evacuación del semen se hace sin estar completamente rígido o tan pronto como se ha introducido en la vagina (...)" (Von Gruber, 1939, p. 43)

Sobran las apreciaciones respecto a la visión que en ese entonces se tenía sobre los efectos perjudiciales de la actividad sexual excesiva, que como habrá observado el lector, van desde signos y síntomas físicos, inmunológicos, intelectuales y cognitivos, hasta emocionales.

Continuando el recorrido histórico bibliográfico, comparto el hallazgo del libro "Sexología Humanista" publicado en Argentina en el año 1961 (Domenech, 1961).

Allí encontramos el Capítulo IX: Perversión y pervertimiento sexuales.

En él se puede leer (Domenech, 1961, p. 177): *"Tanto la perversión como el pervertimiento son anormalidades de la sexualidad comprendidas nítidamente en la patología sicosexual [sic] (...) Definiremos el acto sexual*

*normal como el mutuo orgasmo físico y síquico [sic] consciente, conseguido por medio del coito vaginal entre no consanguíneos directos, con estímulos fisiológicos y con intervención recíproca de amor. **Todo orgasmo obtenido en otras circunstancias constituye una aberración.***¹

Es evidente que, en este punto, la sexología ha avanzado notablemente, en la inclusión de gran variedad de prácticas otrora consideradas aberrantes como puede apreciarse en el texto citado. Invito al lector a releer atentamente la definición de acto sexual normal que propone, y a preguntarse ¿cuántas personas podrían hoy considerarse “normales” con ese criterio?

El mayor aporte para la revisión de los criterios de normalidad y patología de las prácticas sexuales humanas, lo hizo Alfred Kinsey, con la publicación de los Informes respecto a la sexualidad masculina (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948) y femenina (Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953), a partir de una investigación a gran escala que relevó las prácticas sexuales de la población estadounidense de aquel entonces, concluyendo que muchas de las actividades sexuales hasta ese momento consideradas “anormales” desde un criterio normativo en función de los ideales establecidos acorde a la moral de la época, en verdad eran realizadas por la gran mayoría de la población, por lo demás considerada “normal”. Lo cual llevó a modificar los criterios de normalidad, estableciéndose a partir de entonces en función de la norma estadística. Esto amplió de manera importante

¹ Las negritas son de la autora.

lo que se consideraba “normal”. Esta revisión de criterios se aplicó respecto a las prácticas sexuales, entendidas como la variedad de actividades llevadas a cabo durante un encuentro sexual, vale decir los diferentes modos de experimentación de placer sexual, que incluyen, pero exceden ampliamente el coito vaginal (penetración pene-vagina); y también a la orientación sexual. De hecho, Kinsey encuentra que en verdad la mayor parte de la población no se encuentra estrictamente en los extremos de la hétero u homosexualidades absolutas, sino que se encuentra distribuida entre ellos. Para lo cual Kinsey establece la famosa Escala Kinsey sobre la orientación sexual (Kinsey et al., 1948).

A esas investigaciones se sumaron luego las realizadas por Williams Masters y Virginia Johnson (Masters & Johnson, 1966) respecto a la fisiología de la respuesta sexual humana, describiendo las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución, a las cuales más tarde Helen Kaplan (Kaplan, 1979) agregaría la fase subjetiva del deseo precediendo a la excitación.

Para ese entonces, hacía tiempo ya que Sigmund Freud (Freud, 1905) había publicado su obra en la cual introduce las nociones de desarrollo psicosexual, como proceso que inicia a partir del nacimiento (la sexualidad infantil planteada por Freud fue revolucionaria en el contexto de su época), describiendo las diferentes zonas erógenas que siendo libidinizadas desde la infancia sostienen su vigencia a lo largo de la vida adulta, en consonancia con los hallazgos que luego realizara Kinsey (Kinsey et al., 1948) respecto a las prácticas

sexuales estadísticamente normales que involucran la erotización de partes del cuerpo no genitales, corroborando que lo que acontece en un encuentro sexual excede ampliamente el coito.

Pero retomemos el texto que analizábamos de Sexología Humanista (Domenech, 1961). En él el autor distingue con esmero las perversiones de la inmoralidad, aclarando que el adulterio configura una inmoralidad, pero no una perversión. También distingue la perversión de las anomalías genitales.

Veamos entonces cuáles son sus conceptos: "Por perversión se entiende la alteración sicosexual [sic] congénita o adquirida que induce a la obtención del orgasmo por prácticas no fisiológicas. Llámese también perversidad, y los que la sufren perversos. El pervertimiento, en cambio, ocurre en individuos sicosexualmente [sic] normales pero con una profunda desviación de sus costumbres y de su conducta sexuales. Los que en él incurren se denominan pervertidos.

El perverso es un enfermo; el pervertido un vicioso." (Domenech, 1961, p. 178) y en ese contexto propone una clasificación de las perversiones sexuales.

Dentro de las perversiones sexuales, describía el **Hipererotismo**. Tomando como libido normal al "término medio" de la mayoría (...)

Expresa: "El hipererotismo obnubila el poder de razonar. La libidine [sic] exaltada inhibe en ocasiones (...) la aplicación de los principios morales (...) Hay que establecer la diferencia entre el hipererotismo y el erotismo normal no controlado (...) observable en

los oligofrénicos, los locos morales u otras formas de alienación (...) El hipererotismo en la mujer se llama ninfomanía y en el hombre satiríasis." (Domenech, 1961, p.195) y continúa definiendo:

"**Ninfomanía.** Existe en ella falta de orgasmo; por eso la ninfómana es una constante excitada que busca satisfacerse."

"**Pluralismo.** Lleva este nombre la perversión que consiste en prodigar caricias sexuales a diferentes y numerosas personas, llegando o no al coito (...) En la mujer se llama coquetería o **mesalinismo.** En el hombre **donjuanismo.**"

Actualmente, podemos encontrar en el Diccionario de la RAE (Real Academia Española, 2001) la siguiente definición del término:

"**Mesalina:** en alusión a Mesalina, esposa de Claudio, emperador romano.

Mujer poderosa o aristócrata y de costumbres disolutas."

"**Disoluto/a:** entregado a los vicios

Mesalinismo es entonces un término que alude a Valeria Mesalina, hija de Marco Valerio Mesala Barbado y de Domicia Lepida Menor (nacida el año 25 d.C.), que se convirtió en la esposa de Claudio, emperador romano.

Se transformó en una leyenda a partir de su fama de seductora. Se la recuerda particularmente por un escándalo en el que estuvo implicada cuando organizó y ganó una competencia de prostitutas en Roma, cuyo desafío consistía en alcanzar la mayor cantidad de intercambios sexuales con hombres durante un periodo acotado de tiempo.

Sus desenfrenos eran negados por el Emperador, quien estaba ciegamente enamorado de ella, pero que tomó consciencia de la situación cuando Mesalina contrajo casamiento con uno de sus amantes, mientras él se encontraba ausente por un viaje.

Reanudando la búsqueda bibliográfica, nos acercamos un poco más en el tiempo, recurriendo a una obra fundamental incluso actualmente en la formación de profesionales en el campo de la Salud Mental. Me refiero al "Tratado de Psiquiatría" de Henri Ey (Ey, 1971).

Ey organiza la exploración del estado mental en tres planos de evaluación semiológica. El primero, es el plano del comportamiento y las conductas sociales, el segundo, es la semiología de la vida psíquica basal actual, y el tercero el del sistema permanente de personalidad. En el capítulo de Semiología, dentro del primer plano de la semiología del comportamiento y de las conductas sociales, incluye las **Reacciones Antisociales**, dentro de las cuales a su vez describe los **Atentados contra la moral**, y contempla allí las **Anomalías del comportamiento sexual** en dos categorías:

1- Anomalías de la elección objetal (concernientes al estímulo del orgasmo):

- *autoerotismo*
- *incesto*
- *pedofilia y gerontofilia*
- *homosexualidad*
- *bestialidad*
- *fetichismo*

2- Deformaciones del acto sexual:

- *masoquismo*
- *sadismo*
- *exhibicionismo, voyeurismo*
- *urolagnia*

Y a su vez expresa que estas conductas anormales se presentan en cuatro modalidades:

Impulsiones automáticas inconscientes con amnesia (epilépticos y alcohólicos).

Excesos del comportamiento sexual (hipererotismo, ninfomanía, ultrajes al pudor, etc.) sintomáticos de una importante desintegración de la conducta y de las capacidades de juicio, como, por ejemplo, en las demencias seniles o la P. G. (Parálisis General).

Obsesiones-impulsiones del tipo del exhibicionismo.

Impulsiones perversas cometidas por psicópatas alcohólicos o en las fases prodrómicas de un estado preesquizofrénico.

Como puede observarse, sin olvidar el contexto de Reacciones antisociales y Atentados contra la moral, es interesante ver cómo incluía aun en aquel entonces el autoerotismo y la homosexualidad dentro de esas categorías.

Nos dice Mondimore "A Kinsey le horrorizaba que conductas como la homosexualidad y la masturbación se consideraran 'anor-

males' y 'patológicas' sin investigar lo que era la 'normalidad'." (Mondimore, 1998, p.107)

Consideremos que hasta la segunda versión del DSM, la homosexualidad era considerada un Trastorno sexual, pero a partir de la Sexta Edición del DSM-II (American Psychiatric Association, 1973), fue eliminada como trastorno mental en sí mismo, hasta llegar en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) a Estrés profundo y persistente provocado por la orientación sexual (sin indicar siquiera que se trate de la orientación homosexual específicamente) dentro de Trastornos sexuales no especificados. No obstante, Henri Ey casi contemporáneamente califica la homosexualidad como una anomalía.

Es suficiente tomar estas tres muestras bibliográficas de 1939 – 1961 – 1971 para ver cuán importantes han sido los cambios registrados entre aquellos criterios y los actuales, si bien no pasó tanto tiempo, pero, sin embargo, es interesante ver también cómo se mantiene constante la preocupación por la hiperactividad sexual y/o la promiscuidad del deseo sexual.

¿Puede ser entonces la hipersexualidad o el hipererotismo considerado un síntoma psicopatológico?

Capítulo 2

Diagnósticos diferenciales

Cerrábamos el anterior capítulo preguntándonos si la Hipersexualidad o el Hipererotismo puede constituir un síntoma psicopatológico. La respuesta es afirmativa, el problema es establecer los parámetros.

Siempre insisto a mis alumnos cuando desarrollamos Semiología (estudio de signos y síntomas), que se debe considerar la hipersexualidad, así como la inhibición del deseo sexual, como un síntoma, cuando se registre una **modificación significativa en la actividad sexual respecto a la biografía sexual de la propia persona.**

Si en un corte longitudinal en el campo de la personalidad de un sujeto encontramos una disonancia entre su nivel histórico de deseo/interés/comportamiento/fantasías sexuales y el nivel actual de esa actividad, allí, podremos considerarlo un síntoma (en más o en menos). De hecho, en la consulta sexológica es frecuente encontrar la inhibición del deseo como motivo de consulta, y en muchos casos, es el primer síntoma detectable de un estado depresivo o de la fase de agotamiento del stress.

Ocurre que es socialmente mejor aceptada la disminución del deseo, no es alarmante, no es peligrosa (...) lo que asusta (socialmente), es el incremento, el "exceso" respecto a la media de la población, y particularmente, si se trata de una mujer.

Es inevitable la perspectiva de género para analizar estos fenómenos desde el punto de vista del juicio social. El "donjuanismo" se acepta con valoraciones que van desde la indiferencia hasta la admi-

ración, pero en ningún caso se juzga con el desprecio asignado a la "ninfomanía".

Entonces, es importante que quede claro, que las personas, no importa cuál sea su género, pueden tener diferentes niveles de deseo y/o de actividad sexual, sin que esto constituya un síntoma psicopatológico, excepto cuando el nivel de interés sexual en un momento determinado, marque una modificación significativa respecto a la propia historia personal, y ocurra sin motivo aparente (en el caso de un incremento significativo del deseo, que no responda al inicio de una nueva relación y/o a un estado de enamoramiento).

Retomo entonces la idea de que sí podemos encontrar, aplicando los criterios de evaluación biográfica, que exista un comportamiento hiperactivo en la sexualidad, que implica una ruptura con las características de la conducta sexual a lo largo de la historia de esa persona. Esto puede presentarse y ser considerado un síntoma en distintos cuadros psicopatológicos, a saber:

- en un acceso de manía, dentro del Trastorno Bipolar;
- en el pródromo o en el periodo de estado de Trastornos esquizofrénicos, acompañado o no de delirio erotomaniaco;
- en procesos demenciales (puede presentarse junto a conductas de exhibicionismo, o exacerbando comportamientos parafilicos si existiese esa condición previa al desencadenamiento del síndrome demencial.);
- en otro tipo de procesos neurodegenerativos
- en estados confusionales, psicosis delirantes agudas, o síndromes agudos de intoxicación por sustancias.

En todos estos casos entonces estamos ante la Hipersexualidad o el Hipererotismo (como conducta sexual exacerbada respecto a la biografía de la persona) como síntoma psicopatológico. Pero no se trata de Adicción al Sexo. Entonces:

Primera diferenciación:



Por otro lado, debemos diferenciar una conducta sexual compulsiva de los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

En el Trastorno Obsesivo Compulsivo, pueden presentarse ideas obsesivas de contenido sexual, pero que son francamente **egodis-tónicas** para la persona, a diferencia de la ideación sobre cuestiones sexuales que resulta excitante, como ocurre tanto en los pensamientos y fantasías sexuales "normales" como en las que se presentan compulsivamente en la Adicción al Sexo. Es decir, una cosa es la ideación de contenido sexual en tanto fantasía, que opera como un estímulo sexual, activando la respuesta sexual, provocando excitación e incluso el orgasmo; y otra cosa es la idea que se impone de forma intrusiva al modo de las obsesiones, muchas veces contraria a los deseos e incluso a los principios y valores de la persona, y que lejos de generarle excitación, le provoca angustia, espanto, incomodidad, culpa, miedo, etc. Debemos considerar, que el contenido de las ideas obsesivas, respecto de las cuales la persona tiene un alto insight (es decir, tiene consciencia de enfermedad, "se da cuenta" de que algo no está bien con esos pensamientos y pide ayuda), suele ser perturbador, se trate o no de un tema sexual. Quien es ator-

mentado por estas ideas, sufre y hace grandes esfuerzos por deshacerse de ellas, por “quitárselas de la cabeza y que ya no vuelvan” en palabras de los pacientes.

Lo mismo ocurre con los comportamientos compulsivos de índole sexual, pero que se realizan como rituales compulsivos del Trastorno Obsesivo Compulsivo, dentro de la lógica psicopatológica del TOC, como la de “si no hago esto algo malo pasará”. Esta acción compulsiva que el sujeto se ve conminado a realizar, tampoco es fuente de placer, y al igual que las ideas obsesivas, es absolutamente **egodistónica**, y la propia persona la identifica como irracional y perturbadora, aun cuando no pueda dejar de llevarla a cabo.

Cabe plantear aquí entonces una segunda diferenciación entre la Adicción al Sexo y el TOC.

Segunda diferenciación:



Continuemos ahora distinguiendo la Adicción al Sexo de los considerados Trastornos del Control de los Impulsos.

Howard Goldman (Goldman, 1989) en su libro de Psiquiatría General, trabaja muy bien los criterios establecidos por el DSM IV, y dentro de ellos, el Trastorno del Control de los Impulsos (TCI).

Encontramos allí las características comunes de todo tipo de Trastorno del Control de los Impulsos que pueden describirse de la siguiente manera:

1. Incapacidad de resistirse a un impulso o tentación de hacer algo que se considera dañino para sí mismo o para los demás;
2. Sensación de tensión creciente antes que el individuo cometa el acto (descripta como inquietud, malestar, presión o explosión de energía);
3. Experiencia de excitación o gratificación al momento de cometer el acto. La sensación de alivio de tensión se percibe como placentera, pero puede aparecer remordimiento o culpa al poco tiempo.

El propio acto en este caso es **egosintónico**, es decir, satisface un deseo consciente en ese momento, a diferencia de lo que ocurre en el TOC, donde como pudimos ver, los síntomas son egodistónicos.

Los Trastornos del Control de los Impulsos, suelen ser acciones, por lo cual se trata de trastornos de la conducta, que se consideran síntomas dentro de otras alteraciones.

Si bien podría pensarse que en la Adicción al Sexo existe algo del orden de un impulso que no se puede resistir o controlar, y que también es egosintónico, no necesariamente se trata de algo que resulta dañino para sí mismo o para otra persona, de hecho, generalmente no lo es. Excepto en el punto en que a la persona que lo padece le traiga complicaciones en otros aspectos de su vida, en general no es un acto perjudicial en sí mismo (sino más bien y a lo sumo, por las consecuencias que puede acarrear para la salud si se

producen encuentros sin protección, o para los lazos afectivos si las circunstancias atentan contra el mantenimiento de un vínculo de pareja estable, por ejemplo).

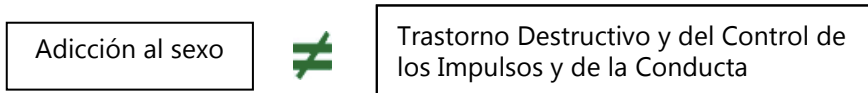
Si observamos cuáles son considerados Trastornos del Control de los Impulsos, encontramos por un lado que hasta el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), se incluía el Juego Patológico, también conocido como Ludopatía, y que el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) lo deja de incluir en los TCI para incorporarlo a la categoría de Trastornos Adictivos, como Adicción Comportamental. Por otro lado, los otros Trastornos que el DSM-5 incluye actualmente en la categoría Trastornos Destructivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta, son:

- Trastorno Negativista Desafiante
- Trastorno Explosivo Intermitente
- Trastorno de la Conducta (Agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo, incumplimiento grave de las normas)
- Trastorno de la Personalidad Antisocial
- Píromanía
- Cleptomanía
- Otro Trastorno Destructivo y del Control de los Impulsos y de la Conducta Especificado
- Otro Trastorno Destructivo y del Control de los Impulsos y de la Conducta No Especificado

Como se puede apreciar, el Trastorno Destructivo y del Control de los Impulsos y de la Conducta no es una categoría en la que sea

adecuado incluir la Adicción al Sexo, si bien es posible y probable que ésta se combine en comorbilidad con alguna de ellas, como por ejemplo con el Trastorno de la Personalidad Antisocial.

Tercera diferenciación:



De todas maneras, en el mismo texto (Goldman, 1989) se aclara que las conductas de impulsividad sexual, no se consideran en los Trastornos del Control de los Impulsos (recordemos que este autor se basa en el DSM-IV) porque se consideraban incluidas en las parafilias. Como si realmente se tratase de un trastorno del control del impulso pero que se contempla dentro de otra categoría, la cual, además, tampoco califica para dar cuenta de lo que constituye una Adicción Sexual.

Si bien algunos investigadores han clasificado las **Conductas Sexuales Compulsivas** como Parafílicas y No Parafílicas (Coleman, 1992), lo cierto es que las parafilias por sí mismas no abarcan todo el espectro de comportamientos sexuales compulsivos, ya que, para hablar de parafilias, es preciso que aquel objeto de excitación que aleja a la persona del encuentro con el otro en la sexualidad, sea condición exclusiva y excluyente de excitación y placer sexual.

Las parafilias consisten en una desviación en aquello que es atractivo para el individuo. Se caracteriza por ser intensas y repetidas necesidades o fantasías sexuales que implican objetos no humanos,

sufrimiento o humillación propia o del compañero, o niños o personas que no consienten.

Harold Kaplan y Benjamín Sadock (Kaplan & Sadock, 2009) caracterizan las Parafilias de la siguiente manera:

- Son repetitivas y producen un intenso malestar a la persona.
- La fantasía específica es el elemento patognomónico al que se asocia la excitación sexual y el orgasmo, transformándose en una condición excluyente para el ejercicio del placer sexual.
- Son conductas divergentes en el sentido de que quien las practica las oculta.
- Los actos que de ella se derivan excluyen o dañan al otro, eliminando de la práctica sexual su potencial de elemento unificador entre dos personas.

En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) encontramos los siguientes Trastornos Parafilicos:

- Trastorno de Voyeurismo
- Trastorno de Exhibicionismo
- Trastorno de Frotteurismo
- Trastorno de Masoquismo Sexual
- Trastorno de Sadismo Sexual
- Trastorno de Pedofilia
- Trastorno de Fetichismo
- Trastorno de Travestismo (antes Fetichismo Travestista, diferenciado de cuestiones de Identidad de Género)

- Otro Trastorno Parafilico Especificado (escatología telefónica, necrofilia, zoofilia, coprofilia, clismafilia, urofilia)
- Trastornos Parafilicos No Especificados

Como se aprecia, la Adicción al Sexo difiere de este tipo de trastornos, si bien por supuesto puede existir una comorbilidad, presentándose lo que podríamos pensar como un comportamiento sexual compulsivo de tipo parafilico.

Por lo tanto, considero que debemos establecer aquí:

Cuarta diferenciación:



Si en este punto realizamos un balance de lo expuesto hasta el momento, nos encontramos con diagnósticos diferenciales respecto a todo lo que la Adicción al Sexo *NO ES*.

Repasemos entonces, ***LO QUE NO ES:***

1. Hipersexualidad como síntoma (síntoma de manía, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, o demencias u otros procesos neurodegenerativos o psicóticos agudos)
2. TOC (ideas obsesivas de contenido sexual, rituales compulsivos que involucran comportamientos sexuales, que son egodistónicos.)
3. Trastorno Destructivo del Control de los Impulsos y de la Conducta. (los actos ejecutados son egosintónicos pero implican un daño para sí mismo y/o para otras personas)

4. Trastornos Parafílicos. (Si bien autores consideran dentro de las conductas sexuales compulsivas las parafílicas, y las no parafílicas. Las parafilias se definen psicopatológicamente de otro modo. Objeto de excitación excluyente, recurrente, produce malestar a la persona o a otros.)

El DSM-5 introduce en la categoría de **Trastornos relacionados con sustancias y Trastornos Adictivos, a los Trastornos no relacionados con sustancias**, a los que podemos pensar como Adicciones Conductuales o Comportamentales, Adicciones No relacionadas con Sustancias o Adicciones No Químicas, dentro de las cuales actualmente la Asociación Psiquiátrica Americana incluye de forma explícita el Trastorno del juego o Juego Patológico (Ludopatía).

En tanto Adicción definida por el ansia por una droga o por una conducta placentera, el núcleo del concepto de adicción está puesto en el *ansia*, con lo cual el DSM-5 dejaría abierta la puerta a incluir en un futuro no muy lejano, otras formas de adicción no relacionada con el consumo de sustancias, como puede ser la Adicción al Sexo, a Internet, a las Tecnologías, etc.

Cabe preguntarse entonces, si correspondería incluir la Adicción al sexo dentro los de los Trastornos Adictivos, o Adicciones Conductuales, no relacionadas con sustancias.

Mi respuesta es que sí corresponde, y ahora veremos por qué.

Capítulo 3

Lo que Sí es Adicción al Sexo

¿Qué es la Adicción?

Para pensar sobre la Adicción al Sexo, primero debemos tener muy en claro de qué hablamos cuando hablamos de Adicción. Es un término muy difundido, pero muy difícil de definir conceptualmente, aun para los profesionales excepto que sean expertos en la problemática.

En el texto de Biopsicología (Pinel, 2007) encontramos que. *“Los adictos son aquellos consumidores habituales de drogas que siguen consumiendo la droga a pesar de sus efectos adversos sobre su salud, su vida social, y a pesar de sus esfuerzos reiterados por dejar de consumirla (Hyman y Malenka 2001)”* (Pinel, 2007, p. 416)

Dentro de las teorías psicobiológicas de la adicción, existen dos enfoques diferentes para pensar las adicciones:

- Las teorías de la dependencia física de la adicción
- Las teorías del incentivo positivo de la adicción

Las **teorías de la dependencia física de la adicción** sostienen que ésta funciona como un círculo vicioso de consumo y síntomas de abstinencia. Vale decir, que los consumidores cuyo nivel de consumo ha desarrollado dependencia física, están impulsados por sus síntomas de abstinencia a consumir nuevamente la droga.

Muchos consideran que la adicción está causada por los efectos fisiológicos desagradables que suceden cuando se intenta detener el consumo (síndrome de abstinencia). En ese contexto, ha sido preciso

diferenciar la dependencia física, definida por ejemplo como *“un estado adaptativo que se manifiesta por intensas alteraciones físicas cuando se suspende la administración de una droga”* (Carlson, 2006, p. 637). Y, por el contrario, se define a la dependencia psíquica *“como un estado en el que una droga produce una sensación de satisfacción y una motivación psíquica que requiere la administración periódica o continuada de la droga para producir placer o evitar sensaciones desagradables.”* (Pinel, 2007, p. 416)

Para autores clásicos en la formación profesional (Goodman & Gilman, 1991), dependencia física es sinónimo de *neuroadaptación*, y la define como un estado fisiológico alterado como consecuencia de la administración repetida de una droga que exige la provisión continua para evitar el síndrome de abstinencia. Pero ya entonces Goodman y Gilman consideraban que Adicción no equivale a dependencia física, y que existía la posibilidad de ser adicto aun sin sufrir dependencia física.

La preocupación por la dependencia física ha llevado en algunas oportunidades a desatender las propiedades adictivas de algunas drogas muy potentes que no producen dependencia física, como la cocaína. Hoy sabemos que no puede subestimarse la importancia de los factores psicológicos y sociales en las adicciones.

En las teorías de la dependencia física se basan las intervenciones de desintoxicación en contexto hospitalario, orientadas a romper el círculo vicioso retirando gradualmente la droga. Lo que resulta de esa estrategia es una persona adicta pero desintoxicada.

Un adicto desintoxicado es un adicto que no tiene rastros de la droga en su organismo y que entonces ya no padece síntomas de abstinencia.

La desintoxicación como tratamiento fracasa ya que cuando el adicto regresa a su entorno, vuelven los hábitos de consumo de drogas, que son independientes evidentemente de la dependencia física o neuroadaptación. Los hábitos de consumo tienen más que ver con rituales personales o compartidos, con la pertenencia social a un grupo determinado de personas que generalmente presentan la misma adicción, y con cuestiones de identificación. Es un trabajo psíquico fundamental el poder reconfigurar la identidad narrativa de la persona (el relato que responde a la pregunta de "quién soy") para poder pensar en poner fin a una adicción. Por ejemplo, identificarse con "fumadores" o "no fumadores". Una persona que ha sido "fumadora" de tabaco durante gran parte de su vida, encuentra una dificultad importante en dejar de verse y describirse a sí mismo como tal. Y este proceso psíquico nada tiene que ver con la dependencia física o la neuroadaptación, ya que aun mucho tiempo después de estar "limpio" de la sustancia psicotrópica a nivel orgánico, es muy arduo dejar de pertenecer al sector de la población que la consume, porque se ha tornado un rasgo de personalidad.

Las **teorías del incentivo positivo de la adicción** sostienen que el factor principal en la adicción es el ansia de las propiedades de incentivo positivo de la droga.

Dentro de estas teorías, cabe destacar la Teoría de sensibilización al incentivo sostiene que: *“la base de la adicción no es el placer (satisfacción) del consumo de la droga en sí mismo, sino el placer anticipado (necesidad) del consumo de la droga (es decir, el valor de incentivo positivo de la droga) (...) .Así pues, en los adictos crónicos, el valor de incentivo positivo de la droga con frecuencia no guarda proporción con el placer que en realidad se obtiene de ella: muchos adictos son desgraciados, sus vidas están arruinadas, y sienten que los efectos de la droga ya no son tan intensos; sin embargo, ansían la droga más que nunca.”* (Pinel, 2007, p. 433)

Para explicar el incentivo positivo, debemos hablar del fenómeno de autoestimulación cerebral que ocurre en los llamados **centros de recompensa** cerebrales.

Olds y Milner (1954) afirman que las zonas del cerebro que participan en la autoestimulación son las que normalmente participan en los efectos placenteros de las recompensas naturales (comida, agua y sexo). Vale decir, que los circuitos que intervienen en la autoestimulación cerebral son circuitos de recompensa naturales.

En esos circuitos tiene una importante función el sistema dopaminérgico mesotelencefálico: sistema de neuronas dopaminérgicas que se proyectan desde el mesencéfalo hasta diversas regiones del telencéfalo. Dichas neuronas tienen su cuerpo celular en dos núcleos del mesencéfalo (sustancia negra y área tegmental ventral) y sus axones se proyectan a regiones de la corteza prefrontal, la corteza

límbica, la amígdala, el septum, el cuerpo estriado dorsal y en especial el núcleo accumbens (es un núcleo del cuerpo estriado ventral).

Las neuronas proyectadas desde el área tegmental ventral al núcleo accumbens están fuertemente implicadas en los efectos reforzantes de la estimulación cerebral, las recompensas naturales y el consumo de drogas adictivas.

Para entender el refuerzo positivo debemos conocer el aprendizaje humano, y dentro de las teorías del aprendizaje, la función del condicionamiento operante o instrumental, es decir el aprendizaje a partir de las consecuencias de nuestra propia conducta.

Las contingencias de nuestros comportamientos operan como reforzadores, un reforzador es aquel que incrementa la probabilidad estadística de que una conducta vuelva a repetirse ante las mismas circunstancias (Kazdin, 1978).

Cuando hablamos de incentivo positivo hablamos de la recompensa que a partir de una experiencia que registramos como gratificante, refuerza positivamente la probabilidad de que volvamos a repetirla.

La recompensa es un proceso cognitivo complejo que involucra diversos componentes psicológicos, las investigaciones que vincularon los estímulos condicionados con la liberación de dopamina sugieren **que la dopamina está involucrada en la expectativa de la recompensa, más que en la recompensa en sí misma.**

Entonces tenemos las ansias, y el aumento de la dopamina asociado a esa expectativa, como la experiencia que intenta reencontrarse permanentemente el adicto a lo que sea que la genere. Porque queda claro que no se trata del efecto farmacológico de una droga en sí, ni del placer específico provocado por una actividad sexual en este caso, sino que se trata de repetir el incremento dopaminérgico de la expectativa, que como en la mayoría de las adicciones, obra subjetivamente como un analgésico para el dolor de existir, elevando el estado de ánimo particularmente cuando más angustiado o estresado se encuentra el sujeto.

En la adicción al sexo, no se persigue el placer sexual en sí mismo, sino mitigar angustias y ansiedades que se adormecen con el efecto “embriagador” de la dopamina.

Recordemos que el ser humano es el único animal consciente de su propia finitud. Esto implica una angustia existencial irreductible, que cada uno maneja de la mejor manera que le es posible, con los recursos subjetivos de los que dispone. Las adicciones en general, y la Adicción al Sexo en particular, cuentan con esto en su haber etiológico dentro de los factores psicológicos que se conjugan multifactorialmente con otros.

Adicción deriva del vocablo latino *addicere*, “condenar”, condenado a servilismo involuntario, a cumplir con las demandas de la dependencia, a ser esclavo de su propio comportamiento.

Las consecuencias inmediatas (gratificantes o de alivio) de las drogas (o del comportamiento que se realiza compulsivamente) son

más potentes que la consciencia de los riesgos y perjuicios que ocasionaran en el futuro.

El refuerzo positivo se produce entonces a partir de la activación de los circuitos de recompensa, que operan por el incentivo positivo.

Un concepto más difícil de captar intuitivamente pero que también juega un rol importante en el refuerzo de una conducta, es el de reforzador negativo. Esto es, el reforzamiento producido por el alivio de un sufrimiento que aparece como contingente a una conducta. Se verá reforzada por lo tanto toda conducta que pone fin o reduce un estímulo aversivo (Kazdin, 1978), (volvemos a tomar un analgésico luego de que al consumirlo puso fin a nuestro dolor).

El refuerzo negativo ocurre cuando la respuesta hace que el estímulo desagradable termine o disminuya. Por supuesto que la reducción de los efectos displacenteros del síndrome de abstinencia es un refuerzo negativo provocado por el consumo o la repetición de la actividad, pero aquí no nos referimos a extinguir el síndrome de abstinencia, sino a mitigar el dolor existencial, la ansiedad, la angustia sobre la cual hacíamos referencia.

Robinson y Berridge (1993) sugieren que "cuando una droga adictiva activa el sistema dopaminérgico mesolímbico, los estímulos presentes en ese momento adquieren una relevancia de incentivo. Esto significa que los estímulos asociados con la toma de la droga se vuelven excitantes y motivadores -una provocación para actuar-. Cuando una persona con una historia de drogadicción ve estos estímulos o piensa en ellos, experimenta ansia -un deseo intenso de

tomar la droga-." (Carlson, 2006, p. 640). Lo mismo acontece respecto a todas las circunstancias del entorno de una conducta adictiva, lo cual explica que, en las adicciones conductuales, igual que en la adicción a sustancias, se cumple la condición tan importante que define el concepto de adicción, que es la **fuerte tendencia a la recaída**.

Recordemos entonces la definición de la Organización Mundial de la Salud que citan Goodman & Gilman (1991):

"Un esquema de conducta caracterizado por una participación incondicional en el uso de una droga (uso compulsivo), la obtención de la misma y una marcada tendencia a la recaída después de su retiro. Se refiere al grado en que el uso de la droga invade toda la actividad vital del consumidor y al espectro de circunstancias en que el uso de la droga controla su comportamiento." (Goodman & Gilman, 1991, p.511).

Ya en la década de 1970 se describen cuatro síntomas fundamentales de la dependencia:

- 1) obligatoriedad en la conducta
- 2) pérdida del control con respecto a ésta
- 3) deseo obsesivo por la misma
- 4) signos de abstinencia si no logra concretarla o si la abandona voluntariamente.

Las adicciones comportamentales producen un estado de compromiso psicoafectivo. Cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Pero como dijimos, el exceso no define la adicción.

La **adicción comportamental** se caracteriza por la pérdida del control sobre una determinada conducta y el sufrimiento ocasionado por sus resultados negativos.

Encontramos que *“Se define la Adicción Comportamental como el fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a repetir una conducta comprometedora, la cual domina paulatinamente la vida del sujeto, siendo desadaptativa, persistente y recurrente, alterando la continuidad de su vida personal, familiar y laboral.”* (Cía, 2006, p.381)

Aquí empezamos a vislumbrar el parámetro de la adicción de un comportamiento en la interferencia respecto a las otras áreas de la vida personal, familiar, laboral, académica, social en general. Veremos en la siguiente definición de Adicción Sexual como se insiste también en la ejecución del comportamiento pese a la consciencia de que el mismo resulte perjudicial, o poco conveniente para la vida del sujeto. En ese sentido, encontramos definida *“la Adicción sexual como una forma de conducta que puede operar ya sea para producir placer o para proveer un escape al discomfort interno, caracterizando a la misma como una falla para controlar la propia conducta sexual y el mantenimiento de la misma, a pesar de las consecuencias significativamente perjudiciales.”* (Cía, 2006, p. 402)

En el mismo recorrido, Anthony y Hollander (1993) la definen como *“actos sexuales repetitivos pensamientos sexuales intrusivos que la persona se siente compelida o impulsada a llevar a cabo y que pueden o no ocasionar un distrés subjetivo.”*

Características de la Adicción al Sexo

Veamos cuáles son las características de lo que sí podemos considerar como Adicción al Sexo:

- Un esquema de comportamiento sexual compulsivo (en el cual no media una decisión, ni hay una estimación de consecuencias).
- Una marcada tendencia a la recaída una vez que la persona abandona esa conducta (sobre todo si se ve expuesta a estímulos asociados a ese comportamiento).
- La actividad sexual y la búsqueda compulsiva de la misma controlan todo el espectro de comportamientos de la persona (organiza su agenda en función de propiciar las actividades sexuales, es capaz de suspender reuniones de trabajo, compromisos sociales o actividades académicas, aun cuando pierda oportunidades significativas en esas áreas).
- Las actividades sexuales, y el tiempo, las energías o el dinero invertidos en ella, interfieren con otras áreas vitales de la persona implicando pérdidas significativas de orden personal, afectivo, laboral, académico, económico o social en general.
- Las actividades llevadas a cabo generan culpa, malestar, remordimientos, vergüenza, o ansiedad, antes, durante o después de llevadas a cabo.

- La persona cree decidir libremente sus acciones, pero si intenta detener el comportamiento toma consciencia de que no está bajo su control.
- Se produce un reforzamiento negativo a partir de que la ejecución de la conducta sexual compulsiva reduce o elimina la tensión, ansiedad, o angustias previas al comportamiento.
- La expectativa de incentivo positivo que genera el comportamiento sexual compulsivo activa los circuitos de recompensa dopaminérgicos que refuerzan positivamente la conducta.

Capítulo 4

Formas de manifestación

Es preciso considerar, que la Adicción al Sexo puede manifestarse de diversas formas.

Espontáneamente, tendemos a pensar en un comportamiento sexual compulsivo que consiste en encuentros sexuales entre dos o más personas. Pero hay otras variantes que también pueden ser consideradas manifestaciones de Adicción al Sexo, atentos a su connotación eminentemente sexual, siempre que reúnan las características anteriormente expuestas.

Nos referiremos en primer lugar a las actividades masturbatorias compulsivas.

Suele ser una consulta recurrente la de la “normalidad” o “patología” de la masturbación. Si bien no siempre llega a constituir un motivo de consulta clínica, sí es una realidad que diariamente recibo consultas sobre la masturbación a través de las distintas vías por las cuales las personas pueden comunicarse conmigo, especialmente por las redes sociales.

La pregunta que aparece con gran frecuencia es en relación a si está bien que la persona se masturbe, y a si está bien o si es normal que lo haga tantas o cuántas veces al día o a la semana, etc. Varía en cada caso, pero las personas que preguntan suelen estar preocupadas por la frecuencia con la que realizan esta práctica, intuyendo de algún modo que el “exceso” pueda ser patológico.

Mi respuesta suele reflejar lo expuesto en las páginas de este libro, en relación al criterio para establecer si existe compulsividad

en esa actividad (si es algo que sienten que no pueden dejar de hacer por más que quieran), si esta actividad interfiere con otras áreas de su vida (si la persona deja de trabajar, o de estudiar, o de cuidar a sus hijos, o de tener vida social para masturbarse), si mientras están realizando otra tarea comienzan a sentir ansias de estar a solas para hacerlo, y tratan de generar esa circunstancia de forma irrefrenable. En general ocurre que al indagar respecto a estos parámetros, no se trata de una Adicción al Sexo, sino que lo que los lleva a pensar que puede ser patológico, es la culpa que aun genera a muchas personas la actividad autoerótica. Como vimos en los primeros capítulos, la masturbación ha sido considerada una aberración desde la propia ciencia médica durante mucho tiempo. Si a esto le sumamos los discursos religiosos, que operan subjetivamente con mucha fuerza cuando las personas reciben esas enseñanzas en la infancia, dejando una impronta difícil de borrar aun cuando la persona en su vida adulta abandone ese sistema de creencias. Porque si bien es respetable que una persona cuyo sistema de creencias religiosas, por cuestiones de fe y de convicción, no admita la masturbación como práctica sexual. Lo que no tiene sentido, es que el discurso proveniente de un dogma religioso cualquiera que sea, opere inhibiendo el comportamiento sexual de personas que no prodigan esa fe, o que no comparten esa creencia. En este caso, la vigencia aun actualmente de ciertos prejuicios moralistas respecto a la masturbación y a lo perjudicial para la salud que puede resultar esa práctica, es lo que lleva a consultar en la mayoría de las ocasiones.

Todavía no hay una cultura del placer en torno a la sexualidad humana. Pese a que abundan las imágenes y los discursos informales sobre sexo en los medios de comunicación masiva, en verdad, nuestra sociedad todavía no termina de aceptar y hacerse cargo del placer sexual, que sigue siendo culpógeno, censurable, tabú o cuanto menos cuestionable. No es casual que la Educación Sexual siga sin ocuparse de esa dimensión de la sexualidad. Si bien nuestro país, ha avanzado muchísimo al respecto, con toda una serie de leyes tendientes a garantizar los Derechos Sexuales como Derechos Humanos Universales y fundamentales, aun queda mucho por hacer.

La ESI (Educación Sexual Integral) ha incorporado cuestiones importantes en relación con el cuidado y aprecio del cuerpo, la autoestima, la asertividad, las cuestiones de género y las diversidades, despegándose del modelo biologicista de abordar la sexualidad humana describiendo el aparato reproductor masculino y femenino, pero aun no ha incorporado la dimensión erótica, es decir, lo que Gerard Zwang conceptualiza como Función Erótica: *el ejercicio consciente del placer sexual* (Zwang, 1972). Entre otras cosas, porque el docente a cargo de los módulos de ESI, es docente, digo, aun estando capacitado en educación sexual, no es un Especialista en Sexología Clínica y ni siquiera en Sexología Educativa, esto qué significa, que no ha realizado un proceso introspectivo de revisión de la propia "sexosofía"², es decir de reflexión sobre lo que él mismo piensa, cree y siente respecto a la sexualidad. Entonces, si bien

² Término acuñado por John Money

puede recibir instrucción sobre los prejuicios y mitos en torno a la sexualidad humana, no ha podido desembarazarse de los propios prejuicios y creencias que están fuertemente arraigados en cada persona. Pero entiéndase bien, no se los puede culpar por eso. No es responsabilidad del docente llevar adelante ese proceso, porque ha decidido formarse para otra cosa, no para ser un Educador Sexual. No tendría por qué hacerlo.

El problema radica en que es difícil implementar masivamente un programa de Educación Sexual que integre la dimensión del placer, justamente porque no se dispondría de los recursos humanos idóneos para hacerlo, porque hoy por hoy, la cantidad de Educadores Sexuales habilitados para esas funciones no cubriría ni la vigésima parte de lo que el país necesita a lo largo de su extensión. Insisto, es muy valiosa la labor de los docentes que se capacitan con los módulos de ESI, lo que estoy diciendo es que ellos no tiene la experticia que tiene un Educador Sexual, del mismo modo, que yo como Profesora Universitaria en Psicología, podría aprender contenidos específicos sobre Matemáticas y ejercer la docencia en una cátedra de Matemáticas ... pero no alcanzaría jamás la idoneidad y experticia para resolver problemas matemáticos o dudas que se presenten a los alumnos, con la solvencia que lo haría un Profesor de Matemáticas. Tal vez a futuro se puedan multiplicar los especialistas en educación sexual, y entonces estemos en condiciones de hacerlo. Esto implicaría el entrecruzamiento de políticas de salud y de políticas educativas fundadas en la valoración de la dimensión placentera de la sexualidad humana... La sociedad en su conjunto debe estar preparada y propiciarlo, aun no es tiempo.

El caso es que mientras todo esto no ocurra, los sexólogos continuaremos recibiendo consultas de este tipo sobre la masturbación, sobre la presencia de fantasías sexuales, sobre los niveles de deseo sexual, sobre la frecuencia saludable de encuentros sexuales, sobre la sexualidad femenina y las dificultades para alcanzar el orgasmo, etc., etc., etc.

En segundo lugar, hablaremos del consumo de pornografía. Es otro punto controversial. Me abstendré en este caso de emitir juicios de valor respecto a la industria pornográfica, y sugiero al lector suspender por un momento sus apreciaciones al respecto, limitándonos a considerar su existencia, como ha ocurrido desde tiempos inmemoriales, como estímulo visual constituido por imágenes representativas o figurativas de actividades sexuales más o menos explícitas.

La característica actual de la pornografía es la mayor accesibilidad facilitada por la existencia de Internet. Para el común de las personas, estadísticamente hablando, ese mayor acceso no hace a la diferencia. Vale decir, una persona que no sentía curiosidad o interés por ver pornografía, no lo hará sólo porque sea accesible a través de la Red, excepto ocasionalmente y de forma aislada o experimental. Pero sí hace a la diferencia en muchos casos, para las personas susceptibles de desarrollar una Adicción al Sexo, por los factores predisponentes que hemos expuesto en la etiología.

En este caso, el consumo de pornografía se vuelve paulatinamente compulsivo, y la persona empieza a invertir cada vez más

tiempo frente a su ordenador buscando nuevo material que le resulte estimulante, ya que en este caso es muy característico el desarrollo de **tolerancia**. Esto significa, que la persona que consume compulsivamente pornografía, necesita imágenes o escenas cada vez más fuertes para excitarse. Se va desensibilizando a las imágenes que pierden progresivamente su poder estimulante, por lo que requiere más variedad para obtener el mismo efecto. Insisto en que esto ocurre en el caso de consumo compulsivo, no así en el uso ocasional o habitual no compulsivo de pornografía como estímulo, lo cual de hecho para algunas parejas incluso, puede ser estimulante como actividad compartida eventualmente.

Como describíamos al referirnos a la Adicción al Sexo en general, cuando se trata particularmente de adicción a la pornografía, rige el mismo criterio o parámetro en cuanto a ser algo que se realice compulsivamente (sin que medie una decisión consciente, cuando la persona lo experimenta como algo más fuerte que sí misma, y que no puede controlar a voluntad); y en cuanto a que esa actividad interfiera en las otras áreas de la vida de la persona. He tenido pacientes que han confesado haber dejado a su hijo de dos años solo en otra habitación durante dos o tres horas, por no poder controlar el impulso de ver más y más pornografía. Perdiendo la noción del tiempo, y no siendo capaces de evaluar los riesgos que implica por ejemplo en este caso, dejar sola a una criatura de dos años durante ese lapso, lejos de la mirada atenta de quien está a cargo de su cuidado. También suele registrarse esa interferencia en el orden académico, cuando baja el rendimiento de los estudiantes

(en general de nivel universitario), o cuando invade el terreno laboral, al punto de incluso ser descubiertos en el trabajo visualizando este tipo de material, lo cual es indicador de la pérdida de criterio de la persona que padece la adicción, exponiéndose incluso a ser despedidos del trabajo, o a dedicar menos tiempo del necesario a sus labores, aun en caso de personas que trabajan de manera independiente. Otra de las áreas que típicamente se ve afectada es el descanso, las personas suelen restar una cantidad significativa de horas a su sueño, para ocupar el tiempo consumiendo pornografía, lo cual implica consecuentemente que el estado de ánimo se afecta, la irritabilidad es progresiva acorde se acumula la falta de sueño reparador; en casos extremos el rendimiento cognitivo, físico y la falta de reactividad pueden llegar incluso a poner en riesgo su vida si la persona conduce un automóvil u otro tipo de maquinaria que requiere cierta concentración para un uso seguro.

La otra consecuencia sumamente perjudicial del uso compulsivo de pornografía es que la persona pierde progresivamente el interés por los encuentros sexuales reales. Entre otras cosas, porque jamás se dan con las características de la pornografía, no olvidemos que sigue siendo ficción, y la realidad en general dista de la ficción, y además porque la otra persona que participa del encuentro, habitualmente no suele estar inmersa del mismo modo en el mundo de la pornografía, por lo tanto no suele estar dispuesta a realizar toda una serie de prácticas que son frecuentes en el cine porno, y tengamos presente que el tolerancia hace que la persona cada vez requiera de escenas más fuertes o de contenido más comprometido,

para lograr excitación. Entonces la brecha con el encuentro real se profundiza cada vez más, al punto de que muchas veces, especialmente los varones que son además la población más vulnerable a este tipo de adicciones suelen presentar disfunción eréctil a consecuencia de que la persona real pierde su eficacia estimulante ante semejante consumo pornográfico.

Esta circunstancia refuerza el círculo de consumo, ya que, al sentirse frustrado en el encuentro real con una persona, el adicto a la pornografía se refugia aun más en ella que le ofrece un ámbito seguro, libre de expectativas de desempeño, y que le garantiza cierto grado de satisfacción sin presiones o exigencias.

A su vez, al incrementar el consumo de pornografía, se aleja más y más de la posibilidad de sentir excitación y activar en definitiva su respuesta sexual ante un estímulo humano, real. Como podrán apreciar, se torna muy difícil salir de ese círculo vicioso en el que, además, opera como dijimos, la autoestimulación cerebral a través de los centros de recompensa.

Por último, existe otra modalidad en la que puede manifestarse la Adicción al Sexo, que es la Adicción al Cibersexo o Sexo Virtual.

El Cibersexo o Sexo Virtual, es un modo alternativo de vinculación sexual, que surge a partir de la existencia de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), que están generando nuevas formas de entramado social en general, y sexual en particular.

Que una persona disfrute de este tipo de contactos virtuales, no significa que necesariamente desarrolle una adicción. Como en todos los casos, se requiere la compulsividad del comportamiento, y la interferencia con otras áreas vitales para hablar de adicción. Los encuentros virtuales pueden producirse con o sin recursos multimediales (audio, video), ya que a veces la comunicación se limita al uso de chat (conversación escrita en tiempo real), o incluso al envío de mensajería instantánea a través de los dispositivos móviles, con aplicaciones como el WhatsApp, o la mensajería incorporada a redes sociales, como es el caso de Facebook, o sitios de contactos como Badoo u otros donde rige aun más el anonimato.

Las TIC han propiciado este tipo de intercambios de mensajes de contenido sexual más o menos explícito, creando nuevas posibilidades de conexión impensables en otras épocas, que en algunos casos puede resultar incluso beneficioso, para personas que por diversas razones ven limitadas sus posibilidades de acceso a otro tipo de encuentros, pero por otro lado a veces operan como reforzadores de fobias sociales, dificultando aun más el desarrollo de habilidades sociales que sólo es posible en la exposición al encuentro presencial.

Nuevamente encontramos la patología cuando este tipo de encuentros sustituye los encuentros reales, cuando este tipo de vínculos virtuales amenazan la continuidad de una relación real, cuando el cibersexo pone en riesgo la situación laboral, familiar, académica o social de una persona. Como en toda adicción, cuando la persona

niega lo patológico de su comportamiento, utiliza argumentos de autojustificación, como por ejemplo un paciente que argumentaba que estas prácticas le ofrecían más seguridad ya que por su trabajo, no le resultaba conveniente involucrarse sexual o afectivamente con ninguna persona ... pero si consultaba era porque algo de todo esto evidentemente lo angustiaba. El malestar, el padecimiento, es un elemento crucial para pensar en la existencia de patología.

A nivel de los vínculos de pareja, las nuevas tecnologías implican también la aparición de nuevos conflictos capaces de llevar a una crisis de pareja, o de poner en tensión la relación. Si la pareja cuenta con suficientes fortalezas en la relación, es probable que la crisis se pueda superar de alguna manera, pero cuando no es así, un diálogo de chat, un mensaje de WhatsApp, un contacto de Facebook puede significar el principio del fin.

Lamentablemente, muchas veces la persona se siente muy angustiada ante la pérdida de su relación de pareja, con un malestar mucho peor del que hubiese tenido que soportar por abandonar sus contactos o actividades virtuales, pero como ya hemos repetido en distintas oportunidades, la persona Adicta al Sexo no es capaz de evaluar los riesgos, de estimar las consecuencias, y de dimensionar el daño al que se expone con su comportamiento. Si fuera capaz de estimarlo a tiempo, inhibiendo ese tipo de conductas, no se trataría de una adicción. Recordemos que, en la propia definición de adicción, leemos que no puede dejar de hacerlo, pese a lo perjudicial que le resulte para su vida.

Capítulo 5

Etiología de la Adicción al Sexo

Etiológicamente, la Adicción al Sexo, como toda adicción, está multifactorialmente determinada, especialmente si la pensamos desde un enfoque psico-bio-social.

Es entonces el emergente de una compleja combinación de factores que resulta singular en cada caso, y cuyo abordaje y tratamiento por lo tanto exige el conocimiento y el respeto de esa singularidad.

Los factores que inciden en la etiología, evolución y pronóstico de la Adicción al Sexo son los siguientes:

Factores Predisponentes:

Vulnerabilidad constitucional (incluso genética): Lo que se puede transmitir genéticamente es la predisposición. Como dice Henri Ey (1971), la genética no es fatalidad, pero sí un factor que suma y debe considerarse en la Historia Clínica. Así como en otro tipo de trastornos, muchas investigaciones indican la presencia de un patrón hereditario de conductas adictivas. Podemos preguntarnos hoy, si en algunas personas habría una mayor predisposición a la activación del sistema de recompensa dopaminérgico, lo cual la haría más vulnerable que otras a que una conducta original y naturalmente placentera, se vuelva adictiva.

Ambientales: Aprendizaje vicario u observacional, es el aprendizaje a través de la observación e imitación de conductas del entorno. Especialmente durante la infancia, los padres son un modelo para sus hijos, el modo en que afrontan las dificultades, marca un patrón

de conducta a seguir por parte de sus hijos cuando también las sufran. Del mismo modo, el aprendizaje social que implica recordar y reproducir una conducta observada cuando hay una buena motivación para hacerlo, puede producirse también respecto a figuras admiradas, cuyos comportamientos se adoptan para sí. Esto es propio en la adolescencia, donde los “ídolos” marcan tendencia, de allí la importancia de los efectos de la globalización de la información, incluso de la información íntima sobre la vida de los famosos. Para profundizar sobre este tema sugiero consultar las Teorías del Aprendizaje Social. (Bandura, 1977)

Características de personalidad. en este caso, si bien no existe un patrón de personalidad “adictiva”, sí existen características o rasgos que predisponen a los comportamientos compulsivos. Estos son la inestabilidad emocional, la ansiedad patológica en cualquiera de sus manifestaciones, las tendencias depresivas o bien, la presencia de la tríada cognitiva de la depresión (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro); los trastornos de personalidad, especialmente el de personalidad antisocial; la impulsividad; la baja tolerancia a la frustración; el escaso desarrollo de habilidades sociales (la ansiedad social tiene un alto índice de comorbilidad con ciertas adicciones como el alcoholismo).

Socioculturales. actualmente presenciamos una hipererotización en los medios de comunicación, y una precipitación anticipada de la erotización de niñas y adolescentes, mediáticamente difundida también. Cuando hablamos de Erotismo, hablamos del ejercicio cons-

ciente del placer sexual. Y aquí me refiero a erotización en cuanto a significar eróticamente las actitudes, vestimentas, lenguaje y comportamiento de las personas. El fenómeno social que observamos actualmente es que este proceso, normal en la transición a la vida adulta, se presenta cada vez más tempranamente. Así encontramos a las "lolitas" que son niñas de 10 u 11 años con una producción de imagen propia de una mujer adulta, con exacerbación de la sensualidad inapropiada para la edad. Sólo por poner un ejemplo, el lector hallará otros en nuestra cultura, ligados a programas de televisión protagonizado por púberes de 11 o 12 años envueltos en tramas amorosas también prematuras.

Alteraciones en la configuración del Mapa de Amor: En el caso particular de la Adicción al Sexo, hallamos este factor etiológico de mucha importancia, que también interviene en los Trastornos Parafílicos y en el desarrollo de síntomas de Hipersexualidad. John Money (1994) hablaba de la configuración de Mapas de Amor en el desarrollo psicosexual de las personas. Los Mapas de Amor nos "guían" luego en la vida adulta, como base de lo que entendemos que es una relación de pareja, lo que es el amor y la actividad sexual. John Money sugiere que, tanto en las parafilias como en las conductas sexuales compulsivas, habría una dificultad para fusionar el sexo y el amor, debida probablemente a interferencias en la configuración del Mapa de Amor. Esta "**vandalización del mapa de amor**" (Cía, 2006, p.400) sería un factor decisivo especialmente en las parafilias, ya que, en las personas con un Mapa de Amor desequilibrado, el deseo, en lugar de unificarse con el amor, comienza a desviarse en una ruta de expresión alternativa.

Factores desencadenantes:

El ser humano es y funciona en interacción permanente con el medio en el que está inmerso. Me refiero al medio ambiente, al ecosistema del que formamos parte, al medio social en todos sus niveles (íntimo, personal, social y público). Una infinidad de variables de diversa complejidad nos permiten integrar e interactuar con el sistema del cual somos parte, regulando la homeostasis interna (o mejor dicho, alostasis, como un tipo de homeostasis dinámica) mediante mecanismos cibernéticos de regulación de las comunicaciones entre los elementos que componen el medio interno. Las modificaciones en el medio (interno o externo) nos obligan a adaptarnos permanentemente para sobrevivir. La adaptabilidad (biológica, psicológica y social) varía entre un ser humano y otro, pero aun para quienes disponen de más o mejores recursos para adaptarse a los cambios, existen circunstancias que los superan, que los deja transitoriamente sin recursos de afrontamiento. Esos son momentos críticos. Las crisis, como instancias de cambio, nos generan una sobrepresión o stress, que activa una respuesta adaptativa psicofisiológica, revolucionando nuestra psique, el sistema nervioso, endócrino e inmunológico.

La Psiconeuroendócrinoimmunología (PNEI o PNIE) es una transdisciplina que se ocupa justamente de la interacción de los sistemas que la integran. La Dra. Andrea López Mato (2004), en su libro sobre PNIE, describe a los procesos de enfermar como manifestaciones de la desregulación de los ejes Córtrico-Hipotálamo-Hipófiso-Periféricos

que articulan la integración de los sistemas (Psicológico, Nervioso, Inmune y Endócrino). La alteración de cualquier componente del sistema impacta y modifica a los demás, del mismo modo que si tomamos con fuerza uno de los nudos de una red de vóley, y tiramos de él, todo el entramado de la red se deformará, se verá afectado.

Del mismo modo, las crisis vitales y/o los acontecimientos o situaciones estresantes, desregulan el delicado funcionamiento de nuestros sistemas, propiciando el desencadenamiento de diversas patologías, cuya variabilidad interpersonal dependerá de los factores predisponentes de cada individuo, según vimos en el punto anterior.

Factores de evolución y pronóstico:

La misma complejidad de variables que inciden en la predisposición y desencadenamiento de la Adicción al Sexo, es la que se juega en el curso de su evolución y en el pronóstico.

Por supuesto que la toma de consciencia de enfermedad, es decir, la noción propioceptiva de patología (la propia percepción de que algo no está funcionando bien), es un factor imprescindible para iniciar el camino de recuperación de la salud. Si analizamos el término Patología, su raíz etimológica es Pathos, que significa Padecimiento. Cuando la persona es capaz de registrar su padecimiento, suele ser capaz al mismo tiempo de pedir ayuda y de comprometerse con la labor terapéutica.

El reconocimiento de la patología y el compromiso terapéutico son indicadores de un pronóstico favorable.

Por el contrario, la negación de la problemática, la no asunción de los síntomas como tales, es decir, un bajo insight (poca consciencia de enfermedad), y/o el negativismo opositor o una actitud no cooperativa que impida generar una sólida alianza terapéutica y la consecuente adherencia al tratamiento, son indicadores de un pronóstico desfavorable.

Por otro lado, el apoyo y la contención emocional de los que disponga la persona, en función de sus lazos socioafectivos, así como la actitud de sus vínculos significativos ante la patología y ante el tratamiento, sumado a la presencia o ausencia de proyectos vitales al momento de iniciarlo, o la posibilidad de desarrollarlos, son factores de gran incidencia en la evolución y el desenlace de la problemática.

Capítulo 6

Abordaje Terapéutico

Al comienzo del primer capítulo, mencionaba la incomodidad de la Adiccionología, la incomodidad incluso de las intervenciones terapéuticas en problemáticas de adicciones, justamente porque a veces resulta frustrante para terapeuta y paciente, ya que no siempre las estrategias terapéuticas son exitosas, y cuando lo son, es mediante un trabajo muy arduo.

Como Psicóloga con orientación Cognitivo Comportamental, más allá de la especificidad de la Sexología Clínica, planteo el abordaje de la Adicción al Sexo como lo haría con otro tipo de adicciones. Si bien no es a lo que me dedico específicamente (no al tratamiento de adicciones), me ha tocado indirectamente atender adicciones relacionadas con el uso de sustancias, en pacientes cuyo motivo de consulta era otro, pero en cuya historia clínica además había una problemática de adicciones para trabajar en algún momento del proceso psicoterapéutico. Por eso digo, que las estrategias que aplico para direccionar la cura en casos de Adicción al Sexo son las mismas que he administrado y seguiría utilizando en casos potenciales de cualquier tipo de adicción, relacionada o no con el uso de sustancias.

En primer lugar, en base a la Historia Clínica detallada, y a los datos biográficos de la persona, es preciso arribar a un diagnóstico, en este caso, no sólo de la existencia de Adicción al Sexo, sino fundamentalmente de la existencia de comorbilidades, con otro tipo de psicopatologías, con otro tipo de comportamientos adictivos, una evaluación psicodiagnóstica, y un relevamiento de las contingencias

que rodean la conducta compulsiva. Es decir, conocer a qué tipo de estímulos está asociada esta práctica, y las posibilidades de reducir la exposición a los mismos durante el tratamiento.

De las características de personalidad, el nivel de inestabilidad emocional, la flexibilidad o dureza emocional, la extroversión o introversión, la noción de autoeficacia, las creencias sobre el cambio, la mayor o menor presencia de creencias irracionales, la tendencia a los pensamientos automáticos negativos, la visión cognitiva de sí mismo, del mundo y del futuro, la autoestima, las habilidades sociales, los estilos de atribución causal, y de las psicopatologías concomitantes, es que depende el diseño de la estrategia terapéutica.

No hay fórmulas de intervención universales, porque así como decíamos que las adicciones están multifactorialmente determinadas, a partir de la interacción compleja de muchas variables; con el mismo criterio es que decimos que la estrategia terapéutica se piensa caso por caso, en la singularidad de cada persona, considerada en su totalidad como ser psico-bio-social, inmerso en un contexto histórico y cultural determinado.

El proceso terapéutico no será el mismo, ni se extenderá en los mismos tiempos para una u otra persona. Pero intentaré transmitir aquí, el común denominador de las intervenciones orientadas a extinguir un comportamiento adictivo, más allá de las subjetividades y comorbilidades en juego.

Es fundamental considerar que todo abordaje terapéutico de este tipo de situaciones, siempre es multimodal e interdisciplinario.

En primer lugar, es preciso realizar un trabajo de reestructuración cognitiva respecto a las creencias irracionales, modos de procesar la información, en función de las distorsiones cognitivas que sostienen el comportamiento adictivo (Beck et al., 1983).

Como en toda acción compulsiva, no media una decisión consciente que involucre procesos cognitivos de evaluación de consecuencias y estimación de riesgos. Estas actividades que tienen base neuroanatómica en el lóbulo frontal, asociado a la estimación de consecuencias y a la toma de decisiones, parece no funcionar de forma óptima en las adicciones. La tendencia a asumir conductas de riesgo, suele ser una característica de base presente en las personas potencialmente susceptibles de desarrollar una adicción.

Existe lo que algunos autores llaman el descuento por la demora, es decir, se valora menos la gratificación que requiere una espera, que se plantea demorada en el tiempo, en un horizonte temporal más lejano. Dicho de otro modo, rige el mecanismo de la gratificación inmediata. Lo que resulta placentero ya es más valorado que lo que será gratificante mañana. Y de modo inverso, no se tolera el malestar en el momento presente, y se lo pospone a un futuro ineludible pero negable por ahora.

El desafío terapéutico consiste en implementar técnicas de control de los impulsos, desarrollo de consciencia plena en el aquí y ahora, para que pueda mediar una decisión antes de la acción, que tenga en cuenta también el tiempo futuro, en base a la pregunta reflexiva, ¿esto que estoy por hacer, se orienta a mis objetivos de

vida?, ¿cómo me voy a sentir después?, ¿cómo me sentiré dentro de unas horas?, ¿cómo me sentiré mañana? Si mi respuesta es que me sentiré mal, culpable, disgustado, si mi respuesta es que esto me aleja de mi objetivo, de mi proyecto de vida, laboral, de pareja, entonces ¿realmente quiero hacerlo?

Entonces, en lugar de pensar que “luego me sentiré mal por esto, pero no importa, ahora me sentiré bien si lo hago”, reestructurar cognitivamente el proceso aprendiendo a pensar “puedo soportar el malestar actual de no hacer esto, en función de saber que luego me sentiré bien conmigo mismo, sentiré que hice algo por mí, por mi bienestar, mi salud, mi trabajo, mi pareja, etc.”. Debe realizarse un aprendizaje para darse cuenta de que puedo soportar y sobrevivir al “síndrome de abstinencia” de no hacer esto, aprender que todo malestar es soportable y limitado en el tiempo, que no durará para siempre, y que es mejor tolerar esos signos y síntomas displacenteros en este instante, que postergarlos.

Extinguir el autoengaño y la negación, aprender a tolerar el malestar actual en pos de estimar adecuadamente las consecuencias y los riesgos, y reconfigurar el proyecto de vida de la persona, son las estrategias que permiten modificar el comportamiento adictivo. Por supuesto que basada en el ABC de la Terapia Racional Emotivo Conductual de Ellis (1981), parto de la premisa de que las emociones y conductas dependen de las cogniciones, por lo cual, es posible operar sobre las emociones y comportamientos aprendiendo a identificar y a refutar los propios pensamientos generadores de malestar.

Junto con estos reprocesamientos cognitivos, se le ofrece al paciente una serie de recursos comportamentales como la relajación muscular, generalmente las Técnicas de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (Cautela & Groden, 1985), técnicas de respiración, técnicas de distracción, y fundamentalmente técnicas de control de los impulsos.

Otra indicación terapéutica de gran eficacia es la recomendación de realizar algún tipo de actividad física con regularidad. Los beneficios de la actividad física son innumerables desde todo punto de vista, pero en este caso, ayuda a la persona a conectar con la consciencia propioceptiva de su cuerpo, sus necesidades, sensaciones, emociones... Como sabemos la actividad física provoca una serie de variaciones neuroquímicas cuyo efecto perdura aun finalizada la tarea, influyendo positivamente sobre el estado de ánimo.

Paralelamente, es necesaria la Psicoeducación, es decir, es necesario que la persona conozca lo que le pasa, que comprenda qué le ocurre, por qué le ocurre, y cuáles son los mecanismos por los cuales puede dejar de ocurrirle y sus fundamentos. Brindarle esa información, en un lenguaje accesible, acorde a las posibilidades de comprensión que tenga la persona según su formación, es muy importante. Incluso ofrecerle bibliografía sobre su problemática, para que pueda saber y entender. Consideremos que la incertidumbre es ansiógena. Cuando no sabemos, cuando desconocemos lo que pasa o lo que puede pasar, nos sentimos más inseguros, temerosos y ansiosos. Si bien la alianza terapéutica es imprescindible e insustituible, ofrecerle información sobre su padecimiento en general resulta muy tranquilizador.

En el caso de la Adicción al Sexo en particular, la Psicoeducación, incluye pautas de Educación para la Salud, vale decir, hay nociones elementales de Promoción de la Salud Sexual y de Prevención de la enfermedad, que el Adicto al Sexo desconoce. Cuando digo “desconoce” digo que no las reconoce en ese momento, las desconoce, hace “como si” no existieran, porque lo que solemos encontrar es que se trata de personas a quienes no les ha faltado información al respecto, pero que obnubilados por el comportamiento compulsivo, “borran” esos datos transitoriamente. Es preciso entonces, “refrescarles” o provocar la rememoración voluntaria de ese material. Me refiero concretamente, a que cierta información es requerida para comenzar el proceso de evaluación cognitiva de los riesgos. Abandonar el mecanismo de negación, implica por ejemplo asumir que una conducta sexual compulsiva puede exponer a la persona al contagio de ITS (infecciones de transmisión sexual), a embarazos no deseados (en el comportamiento compulsivo muchas veces no se consideran medidas anticonceptivas), o incluso la exposición a situaciones de inseguridad personal y violencia, por tratarse en algunas ocasiones de encuentros con personas absolutamente desconocidas, en lugares poco seguros. Si pensamos que, además, este tipo de encuentros sexuales suelen ser escondidos por la persona (más allá de tratarse de un acto íntimo que habitualmente ninguno de nosotros hace público), en los casos de encuentros encuadrados en una Adicción al Sexo, se tienden a ocultar con más énfasis especialmente si consideramos que la persona puede tener paralelamente una pareja estable que ignora estas circunstancias.

Cabe destacar que, según las patologías concomitantes o la severidad de los síntomas, en la Adicción al Sexo puede resultar necesario muchas veces la interconsulta psiquiátrica, ya que a veces se necesita del complemento psicofarmacológico para poder generar un espacio de trabajo terapéutico posible.

Dentro de las técnicas de control del impulso, en mi casuística me ha resultado sumamente eficaz la llamada Técnica del Minuto, que propone Martin Seligman (1990).

La Técnica del Minuto, consiste en indicar a la persona, que cuando se encuentre ante aquello que realiza o consume compulsivamente (actividad sexual, una droga, comida, Internet u otras tecnologías, juego, etc.) debe focalizar todos sus recursos atencionales en un reloj, y observar el transcurso de sesenta segundos, vale decir, un minuto de tiempo.

Durante ese minuto, la persona debe reflexionar respecto a aquella acción que está por llevar a cabo. Debe introducir un proceso cognitivo que le permita ser consciente para que pueda mediar una toma de decisiones, que es lo que no ocurre en el comportamiento compulsivo.

La consigna entonces, es que reflexione, sobre lo que antes mencionábamos en relación a las consecuencias, a los objetivos de vida, a los proyectos, a los vínculos significativos, a si realmente necesita esto, cuya respuesta generalmente será que no, y allí es donde cobran protagonismo las técnicas de relajación, de respiración y distracción, para ayudar a tolerar el malestar, la inquietud, la

ansiedad o la angustia que le provoca a la persona abstenerse de ese comportamiento que como vimos en otros capítulos, le activa los haces de la recompensa dopaminérgicos, y le provocan alivio de las crecientes tensiones previas al acto compulsivo.

Muchas veces ocurre, que pese al minuto reflexivo, la persona decide realizar igual esa acción, pero al menos logramos que lo haga mediando una decisión consciente, o en otros casos, la persona logrará postergar el comportamiento adictivo por quince minutos, luego por media hora, luego por medio día, y así sucesivamente hasta lograr eliminarlo para comprobar que es capaz de vivir y de soportar las “inclemencias” emocionales que le provocan los acontecimientos vitales, sin recurrir a estos mecanismos patológicos.

Esto que describo en unos párrafos, no son procesos sencillos ni inmediatos. Requieren fundamentalmente decisión, compromiso, mucho esfuerzo y tiempo. Si la persona está dispuesta a poner todos estos elementos en juego, el resultado es muy favorable y gratificante.

Debemos considerar, que una vez que la persona aprende a dominar esos impulsos, por lo menos postergándolos progresivamente en el tiempo, la gratificación que experimenta también activa los centros de recompensa cerebrales, asociados al placer, y esto opera como un reforzador positivo de las conductas tendientes al control de los impulsos. A medida que la persona avanza, se invierte el circuito, y los sentimientos de gratificación, de orgullo de sí mismo, percepción de autoeficacia y elevación de la autoestima en general por sentir que recuperan el control de sus vidas, que salen de la “esclavitud” de la dependencia psicológica en la que consiste

una adicción, y en definitiva, la profunda sensación de libertad con la que se reencuentran, todos esos sentimientos se transforman en reforzadores positivos de sostenimiento de esta nueva situación vital.

Es importante al mismo tiempo, trabajar sobre los proyectos, orientar todas las energías y potenciar los recursos subjetivos de la persona hacia aquello que desea. Es muy frecuente encontrar que la persona que padece una adicción, por diversas razones no se ha dado la oportunidad de preguntarse qué desea, qué siente, qué quiere, auténticamente.

Hay que estar preparados para experimentar libertad, porque puede ocurrir que la persona no sepa qué hacer con ella, entonces pesa. Siempre recuerdo con mucho cariño a una profesora de literatura del secundario³, que en cuarto año una vez nos dijo, muy seria, que esa libertad que tanto ansiábamos tener en aquel entonces, un día la íbamos a disponer, y nos iba a pesar... En aquel momento no entendí a qué se refería, pero luego en el transcurso de la propia existencia, y a partir de la experiencia clínica, comprendí su significado. Esto es lo que le pasa a la persona que padece una adicción cuando se ve enfrentada a la posibilidad de salir de su dependencia psicológica, de su esclavitud virtual, experimenta todo el peso de su propia libertad, de la cual debe hacerse cargo. Hacerse cargo, de la libertad y las responsabilidades concomitantes, es maravilloso cuando se logra, pero asusta e inhibe pensarlo, hay que atreverse.

³ Profesora Adriana Monti, del Instituto Secundario Dante Alighieri de Rosario

Capítulo 7

Adicción sexual y Pandemia

En el tiempo transcurrido entre la escritura de este libro y su edición, pasaron muchas cosas, entre ellas una que no podemos dejar de mencionar: la Pandemia por Covid-19.

La inclusión de este breve capítulo es obligada en función del impacto que la Pandemia tuvo en la población, en Argentina particularmente, a partir de marzo del 2020. El miedo al contagio, el curso de la enfermedad para quienes contrajeron la infección y desarrollaron síntomas, las muertes y las medidas sanitarias de aislamiento social preventivo y obligatorio ASPO, significaron un estresor muy importante e implicaron la reconfiguración de la existencia para toda la humanidad.

La esfera del erotismo por supuesto se vio afectada, como todas las áreas de la vida. La virtualización del trabajo y de la educación, comprometieron la dinámica de los vínculos sexo afectivos en los distintos escenarios posibles. Las parejas convivientes se hallaron de repente confinados en una hiper presencia continua que atenta contra el deseo sexual. La alternancia entre presencia y ausencia es parte fundamental de la lógica del deseo, por lo cual la erótica de las parejas tuvo que atravesar cambios importantes para ser sostenible. Pero el escenario fue aún más complejo para quienes no estando en un proyecto de pareja estable, tuvieron que lidiar con las coyunturas y sus restricciones para generar encuentros ocasionales.

Esas modificaciones condujeron en muchos casos a la conformación de lo que he decidido llamar "Burujas Eróticas". Burujas con relación a las "burujas sanitarias" que se instauraron como for-

ma de mantener medidas de seguridad sanitaria dentro de entornos vinculares mínimos y estables (en el ámbito familiar, laboral, educativo, etc.) y eróticas, porque en este caso son burbujas organizadas por cada uno para mantener la función erótica (ejercicio consciente del placer sexual) con otras personas dentro de un marco de cuidados mutuos, y con una relativa estabilidad transitoria asociada al tránsito por la pandemia, sin intenciones de proyectarse como pareja pero, acotando de ese modo el espectro de partenaires sexuales para reducir riesgos.

En otros casos, el temor al coronavirus propició un incremento considerable de la actividad autoerótica, con un aumento también significativo del consumo de pornografía, reforzado además por el hecho de que algunos portales porno liberaron el material premium de forma gratuita durante las fases más restrictivas de aislamiento. Como hemos dicho, toda actividad placentera es susceptible de volverse adictiva, y particularmente en momentos de gran estrés y desregulación emocional debido al impacto psicológico de un evento tan disruptivo como esta pandemia, lo cual vuelve, a quien tiene la predisposición, mucho más vulnerable a las adicciones.

Durante la pandemia, por lo que acabamos de decir, se percibió un incremento de los comportamientos compulsivos, del uso problemático de sustancias, en especial en el consumo de alcohol, y también del mismo modo, un aumento de casos en los que las personas desarrollaron alguna forma de adicción sexual, en este caso por el consumo compulsivo de pornografía.

Referencias Bibliográficas

Anthony D. & Hollander E. (1993) "Sexual compulsions". En: "Obsessive-compulsive related disorders" American Psychiatric Press; 139-150. Ed. E. Hollander. Washington D.C. EEUU

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition. Ed. American Psychiatric Publishing. EEUU

American Psychiatric Association (1973) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd. Edition. 6th. Printing. Ed. American Psychiatric Publishing. EEUU

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition. Ed. American Psychiatric Publishing. EEUU

Asociación Americana de Psiquiatría (2013) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington V.A. Ed. Asociación Americana de Psiquiatría. EEUU

Bandura, A. (1977) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Ed. Alianza. Madrid. España

Beck A. T., Rush J. A., Shaw B., Emery G. (1983) Terapia cognitiva de la depresión. (Trad. Del Viso Pabón S.) Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao. España

Carlson, N. R., (2006) Fisiología de la conducta. 8va. Edición. Ed. Pearson Educación. Madrid. España

Casilli, A. (2010-12-31) Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com>

Cautela, J. R., Groden, J. (1985) Técnicas de relajación. (Trad. Fernández Santiago M. C.) Ed. Martínez Roca. Barcelona. España

Cía, A. Compilador (2006) El trastorno obsesivo compulsivo y su espectro. Ed. Polemos. Buenos Aires. Argentina

Coleman, E. (1992) "Is your patient suffering from compulsive sexual behavior?" *Psychiatric Annals* 22:6, pp 320-325 Buenos Aires. Argentina

Ellis, A.; Grieger, R. (1981) Manual de Terapia Racional-Emotiva. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao. España

Ey, Henri; Bernard P., Brisset Ch. (1971) Tratado de Psiquiatría Segunda Edición revisada y ampliada. Ed. Masson. Barcelona. España

Freud, S. (1901-1905) Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso "Dora"), Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina

Goldman, H., (1989) Psiquiatría General. 2º.Edición. Ed. El Manual Moderno. México

Goodman & Gilman (1991) Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 8va. Edición. Ed. Panamericana. Buenos Aires. Argentina

Kaplan, H.S., (1979) Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. Ed. Brunner/Mazel Publications. New York. EEUU

Kaplan H. & Sadock B. (2009) Sinopsis de Psiquiatría - (Trad. Cánova R. et al.) 10ma. Edición. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona. España

Kazdin, A. E. (1978) Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas (Trad. Partida Omaña C.) Ed. El Manual Moderno. México

Kinsey, A.C., Pomeroy W.B. & Martin C.E., (1948) Sexual Behavior in the Human Male. Filadelfia. W.B. Saunders. EEUU

Kinsey, A., Pomeroy, W.B., Martin C.E. & Gebhard P.H. (1953) Sexual Behavior in the Human Female. Filadelfia. W.B. Saunders. EEUU

Lacan, J. (1997) El Seminario 7. La ética del psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina

Masters, W.H., Johnson V.E., (1966) Human Sexual Response. Boston, Mass: Little, Brown. EEUU

Miller, J. A. (2010) Extimidad. Paidós. Buenos Aires. Argentina

Money, J. W. (2002) Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados. Una guía para el asesoramiento de niños, adolescentes y sus familias. Ed. Biblos. Buenos Aires. Argentina

Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), pp 419–427. <https://doi.org/10.1037/h0058775> de American Psychological Associatio

Pinel, J. (2007) *Biopsicología*. 6ta. Edición. Ed. Pearson Educación. Madrid. España

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://www.rae.es>

Robinson, T.E., & Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18, pp 247-291

Seligman, M. E. P. (1990) *El optimismo es una ventaja y un placer que se adquiere*. (Trad. Coco L.) Ed. Atlántida. Buenos Aires. Argentina

Von Gruber, Max (1939) "La higiene en la vida sexual" (traducción Martín Beer) Ed. Claridad. Buenos Aires. Argentina

Zwang, G. (1972) *La fonction érotique*. Ed. Robert Laffont. Paris. Francia

Sobre la autora

Silvana Savoini

Psicóloga (UNR) Terapias Cognitivo-Conductuales

Profesora Universitaria en Psicología (UCEL)

Especialista en Sexología Clínica y Educativa acreditada por FESEA (Federación Sexológica Argentina)

Doctoranda en Educación por la UNR

Coordinadora de la Diplomatura de Estudios Avanzados en Sexología y Neurociencias del Programa sobre Problemáticas Contemporáneas en Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia Cognitiva del Centro de Estudios Interdisciplinarios CEI UNR

Profesora Adjunta por concurso en la cátedra de Psicopatología y Neurofarmacología en la Facultad de Psicología UNR

Jefe de Trabajos Prácticos por concurso en la cátedra de Psiquiatría Adultos de la Facultad de Ciencias Médicas UNR

Responsable Académica de la Materia Electiva de Sexología Clínica en la Facultad de Ciencias Médicas UNR

Responsable Académica de la Materia Electiva de Psicobiología, Neuropsicología y Procesos Psicológicos Básicos en Facultad de Ciencias Médicas UNR

Ex Presidente de la Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología (ARESS)

Socia de la Federación Sexológica Argentina (FESEA)

Socia de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH)

Socia de la Asociación de Psiquiatría de Rosario (APR)

Columnista en medios

Para más información www.SilvanaSavoini.ar

Para contactarse con la autora ssavoini@gmail.com

Ps. Silvana Savoini

Adicción al sexo, expresión de mucha circulación en el discurso social, pero de escasa conceptualización académica, no sólo dentro del campo de las profesiones de la salud, sino puertas adentro de la propia Sexología. Una noción controvertida, a la que se le atribuye tanto un sesgo moralista como por el contrario, una socavada intención de expiar culpas por infidelidad en crisis de pareja, moda instalada por algunas figuras mediáticas. En ese contexto se vuelve imperativo definir de qué hablamos cuando hablamos de Adicción al Sexo, y al mismo tiempo, aclarar enfáticamente aquello que no es, especialmente en las sutilezas del diagnóstico diferencial respecto a ciertas psicopatologías. Si la Adicción al Sexo existe, qué es, qué no es, su etiología, curso y abordaje terapéutico, es lo que en síntesis se pretende describir en estas páginas

ISBN 978-987-702-508-8



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS

UNR