

**COMPORTAMIENTOS SEXUALES PROBLEMÁTICOS
AGRESORES SEXUALES ADICTOS SEXUALES VS.
AGRESORES SEXUALES NO ADICTOS**

Por Maria Bernarda Romero. Psicóloga, Sexóloga Clínica.

Parte del presente trabajo ha sido publicado en la Revista de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana Año 20 Primavera 2006-Otoño 2007

Resumen

Como el conocimiento de la adicción sexual y de la *victimización* sexual va creciendo día a día, es necesario que los profesionales de la salud encuentren un campo común para que trabajen en la evaluación y tratamiento de aquellas personas con comportamientos sexuales inapropiados. Es por esto que resulta ineludible que los profesionales puedan hacer un diagnóstico diferencial entre los adictos sexuales agresores sexuales; los agresores sexuales no adictos sexuales; los adictos sexuales no agresores; y aquellas personas que presentan problemáticas sexuales no transgresoras.

El propósito de este trabajo es solo presentar un modelo que elabore las características, la evaluación y posibles tratamientos para todas aquellas personas que presentan comportamientos sexuales problemáticos.

El objetivo buscado es lograr que la discusión acerca del adicto sexual – agresor sexual brinde ímpetu para posteriores investigaciones, donde estudios futuros puedan examinar este modelo –tanto en forma cualitativa como cuantitativa– y poder ampliar así las premisas básicas aquí presentadas, debido a que se necesitan más investigaciones, y una actitud crítica para incrementar el conocimiento sobre las conductas de las personas que sufren disímiles trastornos sexuales que traen aparejados diversas dificultades en las relaciones del hombre consigo mismo, y con la comunidad.

Palabras clave: Comportamientos sexuales problemáticos. Adictos sexuales agresores sexuales. Agresores sexuales no adictos sexuales. Investigación. Evaluación. Diagnóstico diferencial.

**PROBLEMATIC SEXUAL BEHAVIORS
SEXUAL ADDICTS SEXUAL ATTACKERS VS.
NON ADDICTIVE SEXUAL ATTACKERS**

As the knowledge of sexual addiction and sexual victimization grows day by day, it is necessary that health professionals find a common ground to be able to evaluate and treat those persons who have inappropriate sexual behavior.

Because of this it is inevitable that professionals should be able to diagnose the difference between sexual addict's sexual attackers; sexual attackers not sexual addicts; sex addict's non attackers; and those persons who present none transgress sex problems.

The purpose of this report is to present a model to elaborate these characteristics, the evaluation and possible treatments for those persons who present problematic sexual behavior.

The objective is to reach an understanding regarding the sex addict - sexual attacker for further investigations, where future studies may examine this model - in a qualitative and quantitative way - and be able to expand on the basic premises which are hereby presented, due to the fact that more investigations are needed, and a critical attitude to increase the knowledge on conducts of persons who suffer different sexual disruptions which in turn create diverse difficulties in man's relationships with himself, and with the community.

Key words: Problematic sexual behavior. Sex addicts sex attackers. Sexual attackers non sexual addicts. Investigation. Evaluation. Differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Se parte del suceso de que en la actualidad encontramos una gran cantidad de literatura psicológica y médica-psiquiátrica que documenta la existencia de un comportamiento

sexual compulsivo con todas las características de la adicción sexual como un trastorno adictivo [1] y que, como consecuencia de ello, observamos en el abordaje de su estudio un esfuerzo de tipo transdisciplinario entre la psicología, la psiquiatría, la medicina de adicciones, la medicina de traumas, la sexología y todos aquellos servicios que colaboran con la justicia, apuntando al entendimiento de esta patología para incluirla en programas de prevención social, tanto para el tratamiento en abuso sexual infantil, acoso sexual, violación, prostitución y sexo anónimo.

El presente trabajo tiene como intención mostrar un modelo posible de diagnóstico diferencial y tratamientos para cuatro comportamientos sexuales problemáticos, no solo para la persona que lo padece, sino para toda la comunidad, destacando que dicha literatura y estudio coordinado es realizado en los países del primer mundo.

Los países en vías de desarrollo nos encontramos, por el momento, en los albores del entendimiento del problema que está aquí en cuestión.

El campo de la adicción sexual y el de los agresores sexuales siempre fue visto históricamente como entidades únicas; sin embargo, recientemente, profesionales que trabajan en ambos campos han examinado similitudes y diferencias entre los mismos, sugiriendo que puede haber más superposiciones entre ambas poblaciones de lo que alguna vez se pensó [2].

“Estadísticas recientes indican que el 44,3 % de los delincuentes sexuales en tratamientos personales, se incluyen en el ciclo adictivo propio de los adictos sexuales. Ciertamente, hay que considerar que no todos los delincuentes sexuales son adictos, ni todos los adictos sexuales son delincuentes; sin embargo, dada la proporción de delincuentes sexuales, podríamos especular preguntándonos por qué los tratamientos para esta población no incluyen modelos de adicción como otras modalidades terapéuticas” [3].

Por esta razón, se espera que se puedan dejar de lado los prejuicios profesionales y que se pueda contribuir, desde el campo en el que se trabaje, ya sea la sexología, la psicología, la psiquiatría, las adicciones o desde el campo judicial, a ampliar la evaluación y los modelos de tratamientos que apunten a un diagnóstico diferencial lo más cercano posible a la realidad del sujeto que padece comportamientos sexuales problemáticos.

EVALUACIÓN

La evaluación es la pieza esencial para trabajar dentro de este modelo a esbozar. Para esto es necesario contar no solo con profesionales que conozcan acerca de la personalidad de los agresores sexuales, sino también acerca de comportamientos adictivos, debido a que operar bajo esta premisa es fundamental para diferenciar los tratamientos a abordar y el éxito de los mismos.

En consecuencia, habría que considerar sumar a los exámenes psicológicos estándares, como son la utilización del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) [4] el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II; Millon, 1992) o el test para déficit *atencionales* (ADD-ADHD) en adultos (TOVA; Greenberg, 1996), entre otros, los instrumentos

que han sido desarrollados más específicamente para los adictos sexuales, como son el Test de Detección de Adicción Sexual (SAST, Carnes 1989), el Inventario de dependencia sexual-revisado (SDI-R; Carnes & Delmonico 1997) y el Inventario Multifacético sexual (MSI-I y II; Nichols & Molinder, 1984).

El test de evaluación de adicción sexual (SAST) provee un perfil de respuesta que puede ayudar a los profesionales a discriminar entre comportamientos adictivos y no adictivos. Consta de veinticinco preguntas, es fácil de administrar y evaluar, y se encuentran variantes para hombres, mujeres y homosexuales.

El Inventario de Dependencia Sexual-Revisado (SDI-R) es un dispositivo de evaluación más amplio y comprensivo, diseñado para evaluar la presencia no solo de comportamientos adictivos sexuales más específicos –como ser fantasías, rol seductor, voyeurismo, exhibicionismo, sadomasoquismo, sexo anónimo, entre otros–, sino que también se ocupa de la historia sexual del adicto y de la evolución de sus desórdenes.

El Inventario Multifacético Sexual (MSI-II y II) fue normado tanto para mujeres como para hombres agresores sexuales, midiendo su nivel de responsabilidad en la ofensa, su nivel de negación, conocimiento sexual, pensamientos obsesivos sexuales y motivación para el tratamiento.

Corrientes actuales indican que es necesario también evaluar el sexo compulsivo por Internet o *cibersex* compulsivo, utilizando el Test de detección de adicción sexual por Internet (ISST; Delmonico, 1999).

El conjunto de estos instrumentos más los tests poligráficos –realizados dentro de un proceso terapéutico y no como un interrogatorio policial–, y los tests *phallogometric* que permiten medir los niveles de excitación sexual –que en muchas ocasiones sirven para realizar diálogos francos con el paciente acerca de cuáles podrían llegar a ser los disparadores de excitación sexual–, son las mejores herramientas para proveernos una visión más amplia de las características generales de los comportamientos sexuales que pueden ser problemáticos no solo para el paciente, sino para toda la sociedad.

Una vez evaluado e identificado al paciente como un probable adicto sexual, o no, el siguiente paso sería, si es adicto sexual, conocer en qué nivel de adicción sexual se encuentra.

Uno de los pioneros en la investigación sobre el tema de las adicciones sexuales, diferenció varios niveles de adicción sexual [5] tales como:

Nivel 1: Aquellos que son mejor tolerados socialmente, como la masturbación compulsiva; relaciones sexuales tanto heterosexuales como homosexuales, anónimas en forma compulsiva o no; pornografía; prostitución.

Nivel 2: Aquellos suficientemente riesgosos como para garantizar severas sanciones legales, tales como exhibicionismo, voyeurismo, llamadas telefónicas indecentes y vandalismo sexual (consiste en rápidas e inapropiadas caricias que pueden ser denominadas “pequeñas violaciones”).

Nivel 3: Abuso sexual infantil e incesto, violación y violencia sexual.

Una vez finalizada esta etapa de evaluación, podríamos introducirnos en la historia del sujeto y poder así arribar a un diagnóstico diferencial un poco más aproximado a la realidad psíquica del sujeto en cuestión.

**UN MODELO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
AGRESORES SEXUALES**

CARACTERÍSTICAS GENERALES

CUADRO I ADICTO SEXUAL	CUADRO II NO ADICTO SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> ❖ -Más frecuencia de menores actos ofensivos ❖ -Comportamientos con rituales sexuales ❖ -Recuerdos sexuales desde la más temprana edad, con clara progresión de fantasías sexuales ❖ -Comportamientos adictivos comórbidos ❖ -Vergüenza relacionada con el comportamiento agresivo ❖ -Uso ritualizado de pornografía ❖ -Frustración, rechazo, vergüenza, falta de poder ❖ -Historia de negligencia, abuso emocional, sexual y físico 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ -Comportamiento sexual más ofensivo ❖ -Comportamientos con menos rituales sexuales ❖ -Los comportamientos y las fantasías sexuales comienzan entre el final de la adolescencia y el comienzo de la adultez ❖ -Baja frecuencia de otros comportamientos adictivos ❖ -Falta de vergüenza, alto narcisismo sobre la ofensa realizada ❖ -Uso mínimo de pornografía ❖ -Angustia, frustración, odio ❖ -Historia de abuso físico

CUADRO I: EL AGRESOR SEXUAL ADICTO SEXUAL

Características generales: Típicamente, los adictos sexuales agresores sexuales, reportan recuerdos tempranos y extensos de fantasías y comportamientos sexuales ampliamente ritualizados. Aquellos que se encuentran en este cuadro I, son los que usualmente tienen alta frecuencia de transgresiones sexuales del nivel 2 (ej. voyeurismo, exhibicionismo, acoso sexual, etc.,) y menor frecuencia en el nivel 3 (violaciones o abuso sexual infantil).

Básicamente reportan una historia de múltiples formas de abusos o negligencias en su niñez, tales como: que los progenitores no asumieron la responsabilidad de cuidar y proteger mínimamente a sus hijos, no satisfaciendo sus necesidades básicas de cuidado, de salud física, custodia, higiene personal, alimentación, educación. Encontrándose que el 72% de los

adictos sexuales estuvieron expuestos en su infancia al abuso físico, el 81% al abuso sexual y el 97% al abuso emocional [6].

Estos vínculos destructivos originados en la niñez podrían haber afectado la habilidad de los mismos para regular sus afectos, la capacidad de funcionar en una relación íntima saludable y están directamente relacionados con las expectativas de las creencias acerca de uno mismo y de los otros. Manteniéndose estos esquemas de creencias constantes a lo largo de toda su vida. Por este motivo en caso de situaciones estresantes o que generan ansiedad el adicto, no está capacitado para tolerarlas y se resiste o evita ser aliviado de una manera funcional utilizando, entonces el sexo como un aliviador de esas sensaciones [7].

Coleman (1986), en su teoría del desarrollo del “comportamiento sexual compulsivo” atribuyó esto a dos dinámicas: una que predispone a un individuo al uso compulsivo de sustancias o comportamientos con el sentido de aliviar el dolor emocional, y la segunda que lleva al individuo con esa predisposición a seleccionar cierto tipo de comportamientos sexuales como sus preferidos para aliviar ese dolor.

De acuerdo con la teoría de Coleman, la base de dicha predisposición podría estar constituida por algunas disfunciones de la intimidad en la familia de origen del individuo, tales como abusos o negligencias en la niñez. En respuesta a este trauma el niño desarrolla un sentido de vergüenza, percibiéndose a sí mismo como la causa de ese abuso o negligencia y, como resultado de esto, se siente desvalorizado e inadecuado. La vergüenza y la baja estima interfieren en sus relaciones interpersonales surgiendo relaciones íntimas disfuncionales o inexistentes. Al vivirlo en soledad disminuye aún más, en consecuencia, su propia estima.

Coleman identificó estos hechos y sentimientos como el origen de la predisposición compulsiva, diciendo:

Todos estos hechos y sentimientos causan dolor psicológico a la persona y para aliviarlo, la persona comienza a buscar un agente con cualidades analgésicas. Para algunos, ese agente es el alcohol. Para otros podrían ser las drogas, ciertos comportamientos sexuales, comidas particulares, patrones de trabajo, juego, etc. Todos parecen causar cambios físicos y psicológicos, que alivian el dolor y brindan alivio temporario. (Coleman 1986 p.9; 1987 p.196) [8]

Esta hipótesis de Coleman se asienta en que la dinámica específica que lleva al individuo a manifestar un comportamiento sexual compulsivo es un antecedente de ciertas actitudes disfuncionales, restrictivas y conservadoras relacionadas con la sexualidad. Ya sea como un intento de elaboración de sucesos traumáticos o en el sentido de aliviar el dolor emocional, el comportamiento sexual adictivo estaría cumpliendo la función de alterar el estado emocional displacentero, mediante refuerzos positivos y negativos para la persona que la padece [9].

Los adictos sexuales agresores pueden pasar y variar su *acting out* sexual desde un nivel 3 hacia un nivel 1, como aspectos diferentes del mismo ciclo adictivo, es bastante común que suceda. Observándose que tanto la masturbación compulsiva como el uso de pornografía, muchas veces comienza en la más temprana edad y progresa con la misma frecuencia e intensidad en tanto se va desarrollando la adicción. Esta “progresión”, principalmente el uso

compulsivo de pornografía, es muy común en los agresores sexuales adictos sexuales. Esta graduación puede ser tanto en frecuencia del comportamiento –que se va incrementando en el tiempo–, como en la intensidad del comportamiento –escalada hacia comportamientos cada vez de más alto riesgo–. Pero no todos los individuos progresan de la misma forma, a menudo la progresión se hace evidente cuando se conoce la historia de su *acting out* sexual.

Según Blanchard (1990) un diagnóstico diferencial clave con el agresor sexual no adicto es que, a menudo, los adictos sexuales agresores sienten remordimientos, culpa y vergüenza acerca de su comportamiento ofensivo, y luchan con sus sentimientos de desvalorización, frustración, rechazo e impotencia.

También es frecuente, que los pacientes de este cuadro intenten complacer al terapeuta y manipular los resultados del tratamiento, debido a las frustraciones a que los lleva su impotencia, como resultado de esto tiende a ocultar o no reportar la frecuencia y los tipos de sus comportamientos ofensivos.

No es inusual que individuos de este grupo experimenten adicciones múltiples con otras sustancias u otros tipos de comportamientos compulsivos. La mayoría de las veces ocurren simultáneamente a la adicción sexual. Las más comunes son el alcohol, las drogas, el juego y las compras compulsivas.

CUADRO II: EL AGRESOR SEXUAL NO ADICTO SEXUAL

Características generales: En este cuadro nos encontramos con agresores sexuales que tienen comportamientos ilegales parafilicos sin evidencia subyacente de compulsividad sexual [10]. Estos individuos, reportan frecuencia más baja de comportamientos sexuales agresores en comparación con los del cuadro I. La edad de comienzo de fantasía sexuales y de comportamientos sexuales inapropiados suelen darse al final de la adolescencia y al final de la adultez; esto puede ser un diagnóstico diferencial clave con respecto al cuadro I.

“Reportan los más altos niveles de frustración, angustia y odio, los que pudieron haberse originado en formas violentas de maltrato en la niñez. Esta evolución estaría apoyada en evidencias clínicas que sostienen que los agresores sexuales no adictos reportan más abuso físico en la niñez, que abuso sexual, como suele darse en los adictos sexuales” (Blanchard 1990).

Presentan menor frecuencia de rituales sexuales, de comportamientos adictivos comórbidos y uso mínimo de pornografía.

Finalmente, los individuos de este cuadro pueden no sentir gran culpa o remordimiento por sus comportamientos transgresores. Su alto narcisismo a menudo no les permite registrar el daño causado, y solo se permiten una terapia, más por su propia conveniencia frente al sistema legal, que por reparación o empatía con la víctima.

ABORDAJES DE TRATAMIENTOS AGRESORES SEXUALES

CUADRO I ADICTO SEXUAL	CUADRO II NO ADICTO SEXUAL
-----------------------------------	---------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ➤ -Compromiso, responsabilidad e involucramiento (donde se pueden lograr cambios de 2º orden) ➤ -Prevención de recaídas enfocada en los agravios y en el comportamiento adictivo ➤ -Puede haber un acercamiento hacia la víctima, con entrenamiento empático y concientización sobre el impacto causado en la víctima ➤ -Puede ser necesaria la intervención farmacológica (para pensamientos obsesivos, depresión o ambas) ➤ -Intervenciones cognitivas/conductuales para el manejo de la angustia y el estrés ➤ -Trabajo del trauma (mitad del tratamiento) ➤ -Intervención psicoeducativa sobre sexualidad saludable e intimidad y comprensión del ciclo adictivo ➤ -Intervenciones de parejas y familias que incluyan psicoprofilaxis para los miembros familiares del agresor y educación para su seguridad. ➤ Participación en grupos anónimos del programa de los 12 pasos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compromiso, responsabilidad e involucramiento (se logran cambios de 1º orden) ➤ -Prevención de recaídas enfocada en el comportamiento agresivo ➤ -Entrenamiento empático hacia la víctima, sin acercamiento (concientización sobre su narcisismo) ➤ -Intervención farmacológica (para la angustia, control de los impulsos y/o reducción de testosterona) ➤ Intervenciones cognitivas/conductuales para el manejo de la angustia y el estrés ➤ -Trabajo del trauma (al final del tratamiento) ➤ -Intervención psicoeducativa sobre sexualidad saludable, control y comportamientos sexuales ofensivos ➤ -Intervenciones psicoprofiláticas a las parejas y familias del agresor y concientización sobre su seguridad
---	--

ABORDAJES DE TRATAMIENTO CUADRO I

A menudo, el tratamiento de los agresores sexuales adictos sexuales presenta complejidad y años para la culminación de los mismos. Requieren múltiples modalidades de abordaje para un tratamiento exitoso. Pero al involucrar a toda la familia, no solo se está previniendo que su ciclo adictivo se pueda detener, sino que también disminuya la posibilidad de transmisión del trauma transgeneracional. Debido a que no es inusual encontrarse con padres adictos sexuales y luego con hijos adictos sexuales.

El tratamiento para estos agresores adictos sexuales se basa en los “Cambios de segundo Orden” [11]. Los cambios de segundo orden, no solo modifican o detienen el comportamiento sexual inadecuado, sino que promueven la introspección para un cambio de estilo de vida mucho más saludable. Es sabido que los agresores sexuales que detienen su comportamiento sexual agresor solo basados en posibles consecuencias, es muy probable que

reincidan más que aquellos que lo hacen por un giro en el cambio de sus actitudes y creencias acerca de sí mismos, de otros y del mundo.

Un objetivo común en cualquier cuadro, es responsabilizar al agresor por sus comportamientos presentes, pasados y futuros, haciéndole tomar conciencia del daño causado no solo a las víctimas, sino a sí mismo y a los integrantes de su propia familia. El acercamiento empático hacia la víctima de su agresión es algo que se puede lograr en forma positiva en el cuadro I y es de gran ayuda para la prevención de la reincidencia.

El primer trabajo que deberá realizarse con el adicto sexual agresor es que pueda reconocer su propio ciclo adictivo (la obsesión, la ritualización, el comportamiento sexual compulsivo, su desesperación) [12], utilizándose para esto biblioterapia, estrategias cognitivas/conductuales con reforzamientos positivos, reestructuración cognitiva para el autoconocimiento y la autoaceptación, resaltando la importancia e influencia de nuestros pensamientos en nuestras emociones, conductas y en la percepción de uno mismo. El conocimiento del ciclo adictivo desarrollado por Carnes [13] brinda una introducción útil de los patrones de los comportamientos sexuales compulsivos. Este ciclo adictivo comienza con el sistema de creencias del adicto sexual, basado en los mensajes aprendidos en la infancia y la familia de origen, un sistema que influencia la forma en que los individuos se ven a sí mismos y al mundo. Carnes identifica cuatro creencias centrales comunes entre los adictos sexuales.

1. Auto imagen: Soy básicamente malo, una persona sin valor
2. Interpersonal: nadie me amara tal cual soy
3. De necesidades: mis necesidades nunca serán cubiertas si tengo que depender de otros
4. Sexualidad: el sexo es mi necesidad más importante

Estas creencias generan pensamientos engañosos, distorsiones cognitivas, que termina en una visión distorsionada de la realidad y de la respuesta hacia ella. Esto incluye el empleo de mecanismos de defensas, como la negación, la racionalización, la minimización, la justificación, culpar a otros y las excusas. Estos pensamientos son lo que lo llevan a iniciar el ciclo adictivo. Donde la experiencia adictiva ocurre en un ciclo de cuatro fases. Siendo estas:

1. La obsesión: El pensamiento del adicto esta completamente absorbido por ideas sexuales. Esto origina una búsqueda obsesiva de estimulación sexual.
2. La ritualización: Esta fase incluye una serie de rutinas que lo conducen al comportamiento sexual compulsivo. Donde el ritual intensifica la obsesión y agrega excitación.
3. El comportamiento sexual compulsivo
4. La desesperación: Sentimiento de completa desesperación del adicto ante su impotencia para controlar el comportamiento compulsivo. Esta fase lo lleva a un estado de ingobernabilidad, angustia que refuerza el sistema de creencia que pone al ciclo nuevamente en movimiento. La rueda gira y el ciclo continúa hasta que su vida se vuelve inmanejable.

Este es solo un modelo del ciclo adictivo que se le puede presentar al adicto sexual, existen otros como el desarrollado por Laren Bays y Robert Freeman-Longo (1989), en su libro de ejercicios para Delincuentes sexuales (SOS) “¿Por qué Lo hice de nuevo? Entendiendo mi ciclo de comportamientos problemáticos”. Estos ejercicios pueden ayudar al adicto hacer un insight acerca de las diferentes fases de su ciclo adictivo, llevándolo a comprender como comienza cada día de su vida, sus sentimientos acerca de sí mismo y de los otros (su angustia, aburrimiento, depresión), las fantasías acerca del placer sexual, la excitación sexual, la obsesión por medio de la pornografía o la fantasía, el planeamiento de la ofensa sexual (*fase de elaboración*) y finalmente como lleva todas estas fantasías a la realidad (*fase del acting out*). Luego se lo ayuda a revisar la *fase de justificación* que involucra un amplio conjunto de mecanismos de defensas que utiliza para frenar la culpa, el temor, el odio, el sentimiento de falla y la depresión. De esta forma se lo lleva a que pueda ver su pretendida normalidad debido a que es habitual que nieguen tener algún problema y en consecuencia negar también cualquier evidencia del problema (*Pretendida fase de normalidad*).

Este libro de ejercicios y el conocimiento del ciclo de los delincuentes sexuales sirven como un elemento importante para la psicoeducación. Los libros no solo ayudan a que estos pacientes se familiaricen con el comportamiento adictivo y los elementos básicos de los ciclos adictivos, sino que alientan y explicitan la auto-examinación en relación a como estos patrones y ciclos adictivos se aplican a sus vidas.

Un segundo trabajo a considerar es enseñarles a manejar el estrés y reducir la angustia; esto más el trabajo de los traumas tempranos de su infancia en la mitad del tratamiento es prioritario para el éxito del tratamiento. Aquí podrán utilizarse técnicas de relajación, de desensibilización sistemática como EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) o TIR (*Traumatic Incident Reduction*), entre otras.

Una técnica psicoterapéutica descrita por Gold (2000) y utilizada como un procedimiento específico para reducir o eliminar las conductas asociadas a la adicción/compulsividad sexual, dentro de un marco de un tratamiento contextual, es la denominada SCAN-R , acrónimo que se forma con las etapas de intervención que son: Seleccionar, Claves, Analizar, Notar y Revisar. Consiste sintéticamente en *seleccionar* un incidente relacionado con la compulsividad sexual, luego identificar las *claves o señales* que desencadenan la conducta sexual compulsiva, *analizarla* y luego *reconocer o notar* los detalles del patrón de conducta adictiva/compulsiva que hasta el momento habían permanecidos ocultos [14].

Con respecto a las terapias farmacológicas para los pensamientos obsesivos, depresión o ambos, que pueden presentar habitualmente los adictos sexuales, podemos decir que como la adicción sexual mayoritariamente se presenta con otros desordenes de comportamientos adictivos asociados, incluyendo el abuso de alcohol, de sustancias, comida, nicotina o cafeína, juego patológico, gastos compulsivos, cleptomanía, desordenes de la personalidad, y desordenes psiquiátricos, la medicación psicotrópica podría ayudar a esta población de pacientes a manejar sus comportamientos adictivos sexuales. Pero, aunque hay estudios que

reportan y sostienen la promesa de los beneficios del tratamiento del comportamiento sexual adictivo con los antidepresivos IRSS, tanto para las obsesiones como para las depresiones, debe tenerse en cuenta que en realidad esa respuesta puede ser debido a un desorden psiquiátrico asociado. A falta de investigaciones y estudios que profundicen la adicción sexual como un desorden adictivo, no hay evidencias o intervenciones de medicación específica para el comportamiento sexual adictivo. Mientras tanto, las terapias de reestructuración cognitiva individuales y grupales incluyendo el programa de los 12 pasos, los psicoterapeutas con entrenamiento en adicciones que utilizan técnicas de desensibilización sistemática (EMDR, TIR, otras) les están brindando a los pacientes herramientas o destrezas para manejar este doloroso y destructivo desorden.

En cuanto a lo farmacológico lo que se puede decir es que según experiencias clínicas de John R. Sealy (1995) en su estudio de adictos sexuales con grandes depresiones, -que incluyó pacientes con una historia de abuso de sustancias no muy grande, pero con síntomas clínicos claros de grandes depresiones, incluyendo disforia no pasajera, fatiga extrema, insomnio severo, concentración pobre, poca memoria, idea de suicidio, alta irritabilidad, falta de esperanza, falta de ayuda y profunda baja autoestima-, observó que los pacientes respondieron bien a los IRSS, medicación antidepresiva, más comúnmente la fluoxetina. Y ante efectos colaterales de náuseas, diarrea, nerviosismo o insomnio demasiado severos, fue a menudo efectivo la sertralina. La falla en la respuesta a un antidepresivo IRSS no necesariamente significa falla con otros IRSS antidepresivo. El insomnio severo por la fluoxetina o sertralina fue manejado con trazodone. Unos pocos pacientes estuvieron tomando paroxetina con admisión y continuidad de la medicación, los que respondieran pobremente, fueron cambiados por fluoxetina. Los antidepresivos tricíclicos fueron además muy efectivos cuando los efectos colaterales del IRSS fueron intolerables o el insomnio fue severo (ej, desipramina, imipramina o amitriptilina). Los antidepresivos tricíclicos fueron también preferidos por algunos, dado que no son caros comparados con los IRSS.

Los IMAO parecieron ser lo más indicado en pacientes con depresión atípica o que no tuvieron respuesta a otra terapia antidepresiva. Pero raramente es una droga de primera elección. Las más serias reacciones de estas medicaciones involucran cambios en la presión sanguínea, y crisis hipertensas a veces fatales. Los pacientes deben evitar alimentos con altos grados de tiramina.

Como todos los antidepresivos, pero particularmente los IRSS, pueden afectar el funcionamiento sexual, se les informó a los pacientes de los posibles efectos sexuales colaterales, incluyendo la disminución de la libido, la dificultad para lograr orgasmos y el disfrute de este, tanto para hombres como para mujeres. Además, los hombres, presentaron eyaculación retardada y eyaculación retrograda con disminución o la ausencia de la sensación de orgasmo. Esta información ayudó a los terapeutas que trabajan con adictos sexuales a tratar la disfunción sexual independientemente de la mirada que tienen los mismos hacia su persona, que se ven a si mismas como personas defectuosas, permitiéndoles de esta forma poder hacer una reestructuración cognitiva sobre su problemática en particular.

Hoy en día se puede tener en cuenta que el Bupropión es una nueva clase de antidepresivo que parece no tener efectos desfavorables en la respuesta sexual.

Continuando con los estudios de Sealy se observó también que muy pocos pacientes mostraron comportamientos hipomaníacos intermitentes. Hubo una respuesta combinada hacia el carbonato de litio dentro del rango terapéutico. Dos pacientes con episodios de angustia explosiva seguido por mucho remordimiento respondieron muy bien a bajas dosis de carbonato de litio.

La megalomanía fue considerada, como un síntoma maniaco solo si no cedía, esto es muy importante considerarlo debido a que es un síntoma común entre los adictos sexuales en la primera etapa de su recuperación.

En cuanto al estudio de los adictos sexuales con desorden compulsivo-obsesivo asociado que incluyó pacientes que sufrían sintomatologías más típica de los desordenes compulsivos-obsesivos (OCD), incluyendo ansiedad intensa y continúa, donde sus obsesiones más que ser moralmente repugnantes para ellos, tendían a estar sintonizadas con su Yo. En este estudio fue clínicamente claro que a pesar de todos los esfuerzos para cooperar, la obsesión del paciente, no podía ser controlada y la compulsión, ya no significaba placer, sino que les bajaba el nivel alto de ansiedad.

La medicación IRSS, en altas dosis, fueron una parte esencial del tratamiento para OCD. La Fluoxetina, la Fluvoxamina o Sertralina fueron usadas exclusivamente en el programa de recuperación de los adictos. Dentro de los tricíclicos la Clomipramina fue pobremente tolerada en altas dosis, debido a la severa sedación. Se tuvo en cuenta que la medicación psicotrópica puede necesitar ser tomada durante 8 semanas o más para reducir los síntomas de OCD, por eso, los pacientes tienen que estar preparados para la toma a largo plazo.

Finalmente se puede decir que basados en evidencias, la combinación de la farmacoterapia y la terapia cognitiva conductual brindó el tratamiento mas efectivo para la mayoría de los pacientes adictos con OCD.

Un tercer trabajo a considerar es sumar a lo expuesto hasta aquí la terapia en grupos de apoyo, la terapia de familia, ya que estas tanto en forma individual como grupal refuerzan aún más el probable éxito de recuperación y de no reincidencia delictiva.

Generalmente los procedimientos legales se concentran solamente en el delincuente, pero se debe considerar que si el programa de tratamiento refleja este enfoque, sin tener en cuenta a las parejas e hijos, estos también pasan a ser víctimas. Además de esto, lo mejor para el adicto sexual es involucrar a la familia en la recuperación. Debido a que desde la perspectiva sistémica, la interacción patológica de la familia puede mantener el comportamiento desviado. En consecuencia la ausencia de la terapia intensiva familiar podría llegar a incrementar la posibilidad de la reincidencia.

Es importante considerar que para el adicto sexual, el comportamiento sexual compulsivo ha sido el mecanismo de defensa para manejar el estrés, la angustia, los temores y los sentimientos no expresados. Envuelto en los problemas de la vida por fallas personales tempranas o por sentimientos de injusticia del mundo, el adicto siente que se merece una

compensación transitoria brindada por el comportamiento adictivo. Como la confianza puesta en los comportamientos adictivos es automática e impensada, y depende poco de una elección conciente se debe ayudar al paciente a derribar la barrera disociativa que aísla las experiencias de adicción/compulsión sexual de la conciencia focal y el procesamiento cognitivo. Por esta razón Gold (2000) reflexiona diciendo que: “el reconocimiento de la calidad disociativa de las conductas de adicción/compulsión sexual es esencial para comprender y desarticular las conductas compulsivas”. Siendo entonces uno de los elementos más críticos para la prevención de las recaídas llevar todos los elementos del ciclo adictivo automático al plano conciente. Los adictos sexuales en recuperación necesitan identificar esos ciclos personales y señalar los disparadores, o sea las fuentes internas y externas de estrés que apresuran la respuesta y el escape subsiguiente por medio del comportamiento adictivo.

Para parar el ciclo adictivo, los adictos sexuales necesitan comenzar a mirar las pequeñas cosas de la vida, los detalles que a primera vista parecieran no tener consecuencias, pero que en realidad han sido disparadores.

Reconocer y entender los viejos patrones es un paso necesario para el cambio de segundo orden.

Ejemplo de un caso clínico Cuadro I:

Chad de 34 años, recuerda de que empezó a espiar por las ventanas a la edad de 10 años, cuando se excitaba sexualmente mirando por la ventana a sus vecinos. Su historia de niñez incluía un medio-ambiente sexual donde su padre abiertamente miraba pornografía y alentaba a sus hijos a hacer lo mismo. En su hogar había un ambiente de conversaciones y bromas acerca del sexo y de múltiples asuntos sexuales tanto de su padre como de su madre. Chad se sentía aislado de sus pares y usaba la pornografía de su padre como un escape de la realidad. Cuando adolescente había sido atrapado espiando por las ventanas, pero siempre fue minimizado como “cosas de muchachos”. A la edad de 35, la corte le ordenó tratamiento. A pesar de eso continuó espiando y teniendo comportamientos sexuales compulsivos (pornografía, concurrencia continua a sex shops, acting out, sexo pago). Después de un año de terminada la condena (probation), rápidamente el comportamiento de Chad empeoró, y fue arrestado muchas veces en 12 meses. Luego de esto voluntariamente entró al programa de tratamiento para manejar su adicción y agresión sexual, que incluyó en primer lugar el reconocimiento de sus abusos sociales y el trabajo de los abusos y negligencias sufridos en su niñez. Chad se responsabilizó de todas las formas de su comportamiento sexual inapropiado y comenzó a construir un sistema de apoyo que valorizó su recuperación, El tratamiento de Chad incluyó Fluvoxamina, para disminuir sus pensamientos obsesivos junto con terapia del trauma, terapia cognitivo/conductual individual y grupal con concurrencia al programa de los 12 pasos para adictos al sexo anónimos [15].

ABORDAJE DE TRATAMIENTO CUADRO II

Inicialmente en este cuadro el enfoque primario de tratamiento será detener el acting out, mediante técnicas cognitivas/conductuales, con manejo de la angustia y del estrés, las cuales deberán estar enfocadas primariamente en la prevención de los comportamientos agresivos. En este cuadro, en particular se deberá considerar la posibilidad de que los cambios logrados solo puedan llegar a ser “cambios de primer Orden” [16], a diferencia de los agresores del cuadro I; debido a que su estructura psíquica, a menudo perversa ilegal parafílica no les permite, en la mayoría de los casos, el logro de cambios profundos. Sin embargo, se puede

apuntar a responsabilizarlos haciendo un trabajo de concientización sobre su narcisismo, con un entrenamiento empático hacia la víctima, pero sin acercamiento a las mismas. Una psicoprofilaxis hacia una educación sexual saludable, control y concientización sobre los comportamientos sexuales ofensivos, podrían llegar a reducir la reincidencia de los mismos. En estos casos el trabajo de trauma temprano al final del tratamiento, nos daría la posibilidad de que, a través de conocer su propia victimización, puedan llegar a obtener alguna especie de empatía hacia las víctimas.

Las intervenciones expuestas en el cuadro I, como segundo y tercer trabajo a realizar con los agresores sexuales, podrían llegar a ser aquí de gran utilidad, pero como ya se expresó en el párrafo anterior debe considerarse la posibilidad del no logro de cambios profundos y duraderos, por este motivo la psicoprofilaxis hacia la pareja y/o familia del agresor deberán estar orientadas hacia una concientización para la seguridad de sus miembros y el de toda la comunidad.

Es importante considerar, en este cuadro, la intervención farmacológica para disminuir la angustia, el control de los impulsos y en casos necesarios la reducción de testosterona. Pero considerando que la intervención farmacológica amerita un desarrollo amplio que excede los objetivos del presente trabajo, se dejará el mismo para futuros escritos.

Por último podemos agregar aquí que los tests *phallogometric* que permiten medir los niveles de excitación sexual son útiles no solo para la evaluación, sino también para el tratamiento de los agresores sexuales, debido a que los agresores sexuales a menudo muestran excitación sexual en escenarios específicos que se ajustan a su comportamiento de acting out; siendo entonces las técnicas de reacondicionamiento de la excitación una forma efectiva de redireccionar los patrones de excitación desviados y también una forma para realizar diálogos francos con el paciente acerca de cuáles podrían llegar a ser los disparadores de la excitación sexual. Revertir esto puede ayudarlos a concientizarse y responsabilizarse de su comportamiento desviado.

Ejemplo de un caso clínico Cuadro II:

Joe es un agresor sexual de 40 años. El abusaba de su hijastra de 14 años. Venía de un hogar donde fue testigo de un hogar violento entre su madre y su padre y había sido emocionalmente y físicamente agredido en variadas ocasiones por su padre.

Joe fue llevado al tratamiento con mucha angustia, con baja tolerancia a la frustración y con pobres control de sus impulsos. No contó historias de comportamientos sexuales compulsivos (no pornografía, sexshop, prostitutas etc.). Sin embargo sí contó que cometía asaltos físicos sexuales. No manifestaba culpa o remordimiento por sus comportamientos abusivos y los justificaba culpando a la víctima por su comportamiento promiscuo. Se enojó cuando la corte le ordenó terapia dado que según él, no tenía problemas emocionales o de comportamientos. El tratamiento se enfocó en el control de los impulsos y la reducción de la angustia. También fue educado acerca del ciclo del abuso y se le enseñó varias técnicas cognitivas/conductuales para prevenir la recaída. Las habilidades de comunicación fueron discutidas como una forma posible de expresar su angustia hacia sus padres por el abuso del pasado. No se le solicitó intervención farmacológica ni terapia de grupo [17].

**NO AGRESORES SEXUALES
CON COMPORTAMIENTOS SEXUALES PROBLEMÁTICOS
CARACTERÍSTICAS GENERALES**

CUADRO III	CUADRO IV
-------------------	------------------

<p style="text-align: center;">ADICTOS SEXUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ -Alta frecuencia de comportamientos sexuales no deseados (masturbación compulsiva, relaciones promiscuas, sexo anónimo) ➤ -Comportamiento cíclico y altamente ritualizado ➤ -Reiterados esfuerzos para frenar las fantasías y los comportamientos sexuales compulsivos y de parar los pensamientos obsesivos ➤ -Sentimientos de soledad, desesperación y de falta de ayuda ➤ -Altos riesgos de comportamientos sexuales, para lograr cada vez más el mismo nivel de placer ➤ -Obsesión para obtener o estar en recuperación de sus comportamientos sexuales compulsivos ➤ -Constante doble vida ➤ -Pocas relaciones no sexuales 	<p style="text-align: center;">NO ADICTOS SEXUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ -Masturbación frecuente no compulsiva ➤ -Promiscuidad y cambios frecuentes de parejas ➤ -Parejas tanto heterosexuales como homosexuales con promiscuidad sexual ➤ -Alto porcentaje de fetichismo ➤ -Disfunciones sexuales
<p>ABORDAJES DE TRATAMIENTOS</p>	<p>ABORDAJES DE TRATAMIENTOS</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Educación sobre el proceso del ciclo adictivo -Reconocimiento de los ritos y entrenamiento para su abolición -Prevención de recaídas -Prevención para los posibles agresores sexuales - Educación para una sexualidad saludable Trabajo del trauma (en la mitad del tratamiento) -Intervención farmacológica (para las depresiones u obsesiones) -Terapia de pareja, familiar o ambos -Participación en reuniones de 12 pasos 	<ul style="list-style-type: none"> -Educación sexual - Biblioterapia -Terapia sexual individual -Terapia de pareja, familiar o ambas

CARACTERISTICAS GENERALES DEL CUADRO III

Estos individuos son los que se ajustan al criterio de adicción/compulsión sexual, que a menudo no pasan del nivel 1 ó 2. Muchos adictos sexuales no tratados en su adicción sexual se encuentran en estos niveles por un corto periodo de tiempo, para luego pasar a los niveles

más comprometidos para sí mismos y la sociedad. Sin embargo, un alto porcentaje de adictos sexuales permanecen en los niveles más bajos a lo largo de su vida.

El adicto sexual reporta problemas de comportamientos sexuales excesivos, como fantasías, masturbación, pornografía, sexo anónimo, doble vida, que en sí mismos no reportan un problema; pero la frecuencia, la pérdida de control, la obsesión y las consecuencias catastróficas que traen aparejadas a sus vidas, la transforman en problemáticas.

Las fantasías no son necesariamente insalubres o adictivas, pero los adictos sexuales reportan patrones de pensamientos intrusivos repetidamente, que interfieren en su vida social, laboral o íntima. Los recuerdos de experiencias sexuales son desde la más temprana edad y muestran un patrón ritualizado y cíclico. A pesar de las consecuencias y los repetidos esfuerzos para parar el comportamiento adictivo, la falta de esperanza, su angustia y su vergüenza lo llevan a la búsqueda de gratificaciones constantes que alimentan cada vez más el ciclo de la adicción. Este efecto tolerante en la adicción sexual, en ocasiones puede llevarlo a cruzar la línea entre lo legal y lo ilegal, pudiendo ubicarlos en el cuadro I. Debido a que es importante recordar que los adictos sexuales usan sus comportamientos para hacer frente a su estrés y ansiedad, si el estrés y la ansiedad alcanzan niveles de picos altos, cruzar la barrera es siempre una posibilidad.

En consecuencia, el tratamiento deberá apuntar a los requerimientos evaluados para el cuadro I. Principalmente, concientizándolos de este delgado cruce de barrera entre un nivel y otro.

Ejemplo de un caso clínico Cuadro III:

Sherry tiene 29 años y es adicta sexual. Ha tenido relaciones con más de 100 hombres diferentes, todos conocidos en bares y clubes. El padre de Sherry abandono a la familia cuando ella solo tenía 5 años, y nunca mas tuvo contacto con su padre. Su tío abusaba sexualmente de ella cuando esta tenía 10 años. Contó que tenía una relación positiva y saludable con su madre. Comenzó a ir a clubes los fines de semana para conocer gente y rápidamente se encontró seduciendo a hombres y teniendo relaciones de una noche. Los fines de semana rápidamente se expandieron a días de la semana y Sherry fue consumida por el sexo compulsivo. A menudo sentía culpa y remordimiento por su comportamiento, pero se encontraba a si misma incapaz de controlar la urgencia para escaparse de la realidad seduciendo a más y más hombres. Sherry había sido tratada en múltiples ocasiones por enfermedades de transmisión sexual y cada vez más se prometía que no retornaría a su estilo de vida sexual, pero siempre lo hacia. Finalmente, busco tratamiento de un terapeuta ambulatorio, quien la ayudó a recuperarse de la adicción sexual y la alentó a que concurra el programa de los 12 pasos para Adictos al Amor y el Sexo. La combinación de una terapia individual, del trauma temprano, más el conocimiento de su ciclo adictivo, junto con el soporte del grupo de sexo adictos anónimos ha sido exitosa para ayudar a Sherry a manejar su vida [18].

CUADRO IV

En este cuadro se incluyen todos aquellos sujetos que presentan alguna problemática sexual, que no son agresores sexuales, ni adictos sexuales, como pueden ser aquellas personas que se presentan a solicitar terapia sexual por pedido de su compañero o partenaire sexual o por su propio interés, originado en algún tipo de problemática sexual que lo aqueja. Es importante en este cuadro una evaluación completa del paciente, debido a que muchos minimizan o maximizan sus comportamientos sexuales por culpa, temor a ser avergonzados o

juzgados. Una evaluación completa y rigurosa, ayudará a que éstos puedan ser honestos con su persona y con el profesional actuante.

Si bien estos pacientes también pueden llegar a presentar problemas con la masturbación, fantasías, doble vida, fetiches, etc., es la fijeza y la obsesión en dichos comportamientos los que los tornan problemáticos y no la conducta en sí.

El objetivo primordial del tratamiento, en consecuencia, deberá apuntar más que nada a una educación sexual y terapias sexuales que incluyan a la pareja, sin olvidar todos los tratamientos farmacológicos que puedan ayudarlos a mejorar su calidad de vida sexual.

Ejemplo de un caso clínico Cuadro III:

Aron estudiante de 19 años. Aron se masturbaba con mucha frecuencia. Fue educado en un hogar religioso donde se le enseñó que la masturbación no es aceptada en el comportamiento sexual. Se sentía culpable y avergonzado por masturbarse en el hogar de sus padres. Describió su niñez como típica., y negó cualquier sugerencia acerca de abuso sexual, físico o emocional. El creía que pararía de masturbarse cuando se involucrara en una relación seria con una chica. Sin embargo, contó que la masturbación se incrementó levemente cuando el fantaseaba con tener sexo con su nueva novia. Después de una evaluación completa, donde no se encontró indicadores de masturbación compulsiva, se procedió a una terapia individual que apuntó a la educación sexual acerca de la práctica sexual típica de un hombre de 19 años. Enfocándose en la culpa que Aron sentía cuando se masturbaba, de esta manera se lo llevó reconstruir su distorsión cognitiva sobre el tema que lo aquejaba [19].

CONCLUSIÓN

El propósito de este artículo fue presentar un modelo que desarrolle las características, la evaluación y el tratamiento de todas aquellas personas que muestran comportamientos sexuales problemáticos, poniendo énfasis tanto en los agresores sexuales adictos sexuales, como en los no adictos sexuales. Se apunta, más que nada, a que la discusión acerca del adicto sexual agresor brinde ímpetu para futuras investigaciones y datos clínicos, para que puedan examinar este modelo, tanto en su diseño cuantitativo como cualitativo y ampliar así las premisas básicas que aquí fueron presentadas.

Como el conocimiento de la adicción sexual y la victimización sexual va creciendo día a día, es vital que los profesionales encuentren un campo común y trabajen en cooperación con la evaluación y tratamiento de estos comportamientos sexuales problemáticos.

Como complemento a esta discusión, se confeccionó un pequeño bosquejo de cuadro diferencial con otros dos comportamientos sexuales problemáticos que no representan un daño para la sociedad, pero que lindan los límites de lo ilegal, como podrían llegar a ser los adictos sexuales expuestos en el cuadro III. Por último se terminó de completar, muy sucintamente, con aquellas problemáticas sexuales que interfieren en la calidad de vida sexual de la sociedad en su conjunto, como un modo de llevar a reflexión la importancia que tiene para el ser humano llevar una vida sexual sana, saludable y responsable.

REFERENCIAS

- [1] Carnes (1983, 1989, 1991a, 2002), Coleman (1986, 1987, 1990, 1992), Cooper, Delmonico, & Burg, (2000), Gold & Siefer, (2004) Goodman (1990, 1992. 1995a, 1998), Schmidt (1992), Schneider & Irons (1997).
- [2] Delmonico & Griffin (2002) en Clinical Management of Sex Addiction, ob. cit. (9), . p.361.
- [3] Earle & Earle (1995), ob cit., p. 1

- [4] Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer (1989), ob. cit.
- [5] Carnes, 1983, 1991a.
- [6] Carnes & Adams, 2002
- [7] Carnes, 1991
- [8] Coleman, E. (1986) Sexual compulsión vs. sexual addiction: the debate continues *en SIECUS Report*: 31 (5),7-11. y Coleman E. (1987). Sexual compulsivity: Definition, etiology and treatment considerations. *In Chemical Dependency and Intimacy dysfunction*. Ed. E. Coleman New York: Haworth Press:189-204.
- [9] Coleman, 1987
- [10] Abel, Osborn, Anthony y Gardos (1992)
- [11] Watzlawick, Beavin & Jackson (1967).
- [12] Carnes, 1983
- [13] Ibid.12
- [14] Gold S.N., & Siefer, Robert E. (2004).
- [15] Delmonico, D.L & Griffin, E. (2002)
- [16] Ibid.8
- [17] Ibid 15
- [18] Ibid 15
- [19] Ibid 15

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, G. G., J. V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J., & Murphy, W. D. "Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs". *Journal of Interpersonal Violence*; 1987; Volumen 2 N° 1, pp. 3-25.
- Abel, G. G., Osborn, C. A., Anthony, D., & Gardos, P. "Current treatments of paraphiliacs". *Annual Review of Sex Research*; 1992; Volumen 3, pp. 255-290.
- Bays, L., Freeman-Longo, R. *Why Did I Do It Again?* Orwell, VT: Safer Society Press, 1989
- Blanchard, G. T. "Differential diagnosis of sex offenders: Distinguishing characteristics of the sex addict". *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*; 1990; Volumen 2, N° 3, pp. 45-48.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Grahmann, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. *Manual for administration and scoring Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)*, Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1989.
- Carnes, Patrick J. *Out of the Shadows, understanding Sexual Addiction*, Minneapolis by CompCare Publishers; 1983.
- Carnes, Patrick J. *Contrary to love, Helping the Sexual Addict*, Minnesota, previously published by CompCare Publishers; 1989.
- Carnes, Patrick J. *Don't call it love: Recovery from sexual addiction* New York: Bantam Books. 1991a
- Carnes, Patrick J. "The Presidential Diagnosis". *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*; 1998; Volumen 5 N° 3, pp.153-158.
- Carnes, Patrick J. and Kenneth M. Adams. *Clinical Management of Sex Addiction*. 1era. Ed. New York by Brunner Routledg; 2002.
- Carnes, P., & Delmonico, D. "Childhood Abuse and Multiple Addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts". [Versión electrónica]. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*. 1996; Volumen 3 N° 3, pp. 25-268. Recuperado el 14 de Febrero del 2004 <http://www.tandf.co.uk/journals/titles/10720162.asp>
- Carnes, P., & Delmonico, D. *Sexual dependency inventory-revised*. Mineapolis, MN: positive Living Press; 1996.
- Carnes, P. J.; Nonemaker, D. & N. Skilling. "Gender Differences in Normal and Sexually Addicted Populations". *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*; 1991b. Volumen 3, pp.16.23.
- Carnes, P. J., Delmonico, D. L., & Griffin, E. J. *In the Shadows of the net: Breaking free from compulsive online sexual behavior*. Center City, MN: Hazelden Foundation; 2001.
- Coleman, E. *Sexual compulsion vs. sexual addiction: the debate continues* *In SIECUS Report*, 1986, volumen 31 N° 5, pp. 7-11.

- Coleman E. "Sexual compulsivity: Definition, etiology and treatment considerations". *In Chemical Dependency and Intimacy dysfunction*. Ed. E. Coleman New York: Haworth Press; 1987; pp.189-204.
- Coleman, E. "The Obsessive-Compulsive Model for Describing Compulsive Sexual Behavior". *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*. 1990; Volumen 1 pp. 9-14.
- Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatric Ann. American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 1992, volumen 22 pp. 320-325
- Cooper, A.; Delmonico, D.L. and R. Burg. "Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications". [Versión electrónica] *Sexual Addiction and Compulsivity. Journal of treatment and Prevention*, 2000, Volumen 7 N° 1 y 2, pp. 5-29. Recuperado el 12 de Febrero del 2004 <http://www.tandf.co.uk/journals/titles/10720162.asp>
- Delmonico, D. L. *Internet sex screening test*. (Online). Available at: http://www.sexhelp.com/internet_screening_test.cfm. 1999
- Delmonico, D. L. & Griffin E. "Classifyng Problematic Sexual Behavior" in *Clinical Management of Sex Addiction*. 1era. Ed. New York by Brunner Routledg; 2002.pp 361-375
- Earle Ralph H. and Earle Marcus R. *Sex Addiction, Case Studies and Management*, Levittown USA, by Brunner Mazel. 1995.
- Greenberg, L. *Test of Variable Attention*. 4281 Catella Ave #215, Los Alamitos CA: Greenberg. 1996.
- Gold S.N., & Siefer, Robert E. "Disociación y Adicción /compulsividad sexual: un abordaje contextual a su conceptualización y tratamiento". *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*; 2004; Volumen 3 N° 1, pp. 26-29.
- Goodman, A., "Addiction: Definition and implications". *British journal of addiction*; 1990; Volumen 85, pp. 1403-1408.
- Goodman, A., "Sexual Addiction: Designation and treatment". *Journal of Sex and Marital Therapy*; 1992; volumen 19, pp. 225-251.
- Goodman, A., "Addictive disorders: An integrated Approach. Parte I An Integrated understanding" *Journal of Ministry in Addiction & Recovery*; 1995a; volumen 2, pp. 33-76
- Goodman, A., *Sexual Addiction: Diagnosis, etiology, and treatment*. In: *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 3rd. ed., edit. J. H. Lowenstein y colaboradores. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997; pp. 340-354.
- Goodman, A., *Sexual addiction: An integrated Approach*. Madison, by Copyrighted Material. 1998
- Irons, R. J., & Schneider, J. P. "Sexual Addiction: Significant factors in sexual exploitation of health care professionals, *Sexual Addiction and Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention*; 1994; volumen 1 N°3, pp. 198-214.
- Laws, R. D. *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford. 1989.
- Lennon, B. "An integrated treatment program for paraphiliac, including a 12 step approach". *Sexual Addiction and Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention*; 1994; volumen 1 N° 3, pp. 227-241.
- Lescano R. y cols. *Trauma y EMDR. Un abordaje terapéutico*. Buenos Aires EMDRIA Latinoamérica, 2004.
- Maletzky, B. M. *Treating the sexual offender*. Newbury Park, CA: Sage. 1991.
- Millon, T., *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems. 1992.
- Nichols, H. R., & Molinder, I. *Multiphasic Sex Inventory*. 437 Bowes Drive, Tacoma, WA: Nichols & Molinder. 1984.
- Romero, M. B. Adicción Sexual y Trauma Temprano. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2005; 4 (1), 32-41. Disponible en congreso interpsiquis 2006 <http://www.psiquiatria.com/congreso/2006/adicciones/articulos>
- Shapiro, F. "Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment". *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13, N° 1-2, 35-67
- Sealy, J. R. "Psychopharmacological intervention in addictive sexual behavior". *Sexual Addiction & Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention*; 1995; volumen 2 N° 4, pp. 257-276.

- Schmidt, C. W. "Changes in terminology for sexual disorders in DSM-IV". *Psychiatry Medical. Department of Psychiatry* de Francis Scott Key Medical Center, Baltimore, Maryland; 1992; volumen 10 N° 2, pp. 247-255.
- Schneider, J & Irons, R., "Treatment of gambling, eating, and sex addictions". In Miller, N., Gold, M., & Smith, D. (Eds): *Manual of Therapeutics for Addictions*. New York New York: Wiley-Liss; 1997; Volumen 3 N° 1, pp. 1-5
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D., *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. 1967.
- Wolf, S. C. "A model of sexual aggression/addiction". *Journal of Social Work and Human Sexuality*; 1988; volumen 7 N° 1, pp. 131-148.