

HACÍA UN CONCEPTO DE ADICCIÓN SEXUAL: UNA REVISIÓN SELECTIVA

PROYECTO DE GRADO

SEBASTIAN MALAGON VILAFRADES

HELEN AVILA GAMERO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA, SANTANDER

2015

HACÍA UN CONCEPTO DE ADICCIÓN SEXUAL: UNA REVISIÓN SELECTIVA

PROYECTO DE GRADO

SEBASTIAN MALAGON VILLAFRADES ID U00058463

HELEN AVILA GAMERO ID U00058192

PRESENTADO A DOCENTE ASESOR

LEONARDO AUGUSTO ORTEGA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA, SANTANDER

2015

Tabla de contenido

Índice de páginas

1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	7
2.1 Objetivo General.....	7
2.2 Objetivo Especifico.....	7
3. Justificación.....	8
4. Materiales y Métodos.....	10
5. Antecedentes.....	11
6. Planteamiento Problema.....	14
7. Marco Teórico.....	16
7.1 Concepciones alrededor de la conducta sexual excesiva fuera de control.....	16
7.2 Bases neurobiológicas de la adicción sexual.....	26
7.3 El papel de las etapas de desarrollo en el comportamiento sexual fuera de control “Adicción sexual”.....	39
7.4 Sexo y Cultura.....	46
8. Discusión.....	50
9. Conclusiones.....	56
10. Referencias.....	59

Lista de figuras

Índice

Figura 1. El Sistema adictivo.....	26
------------------------------------	----

Introducción

El sexo es una conducta natural en los seres humanos, que le permite tanto su sobrevivencia como la obtención de placer, convirtiéndolo en una necesidad primaria y fisiológica. En principio, el sexo no genera ningún efecto dañino, siempre y cuando estas conductas no se vuelvan excesivas ni nocivas por su gravedad (Alzate, 1987). Si esto último sucede, puede comenzar a convertirse en un desorden con un gran impacto negativo tanto en la vida de las personas y quienes lo rodean (Alzate, 1987), generando un deterioro significativo en las diferentes áreas de funcionalidad (social, afectiva, laboral, etc.). A este tipo de conductas excesivas históricamente se le ha conocido numerosos términos, que van desde la satiriasis, ninfomanía, hasta términos más técnicos como compulsión sexual, hipersexualidad o adicción sexual. Sin embargo, no se ha logrado un consenso general psicológico para la definición y uso de ninguno de estos términos y mucho menos se ha logrado la definición de constructos sólidos tanto teórica como empíricamente.

A diferencia de lo que se podría creer, desde finales del siglo del siglo XIX se viene hablando de las conductas sexuales excesivas, periodo en el cual se le conocía como hiperestesia sexual. No obstante, la primera conceptualización de este desorden se realizó hasta 1978 por Jim Orford, que lo consideraba como un patrón mal adaptativo con consecuencias adversas. Algunos años pasaron hasta que en 1985 Patrick Carnes, con su obra llamada *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*, popularizó esta condición psicopatológica al hablar formalmente y por primera vez de la adicción sexual, como un trastorno que se podía diagnosticar y que se producía por la incapacidad de controlar la conducta sexual. A nivel de los manuales de diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales este tipo de adicción se tuvo en cuenta inicialmente en el DSM III dentro de los trastornos psicosexuales no clasificados en otra

parte, mientras que más adelante en el DSM IV por falta de consenso e investigación empírica se sigue clasificando como un trastorno sexual no especificado de otra manera. Posteriormente, a pesar de existir una propuesta diagnóstica como Trastorno Hipersexual, el DSM 5 decide no tenerla en cuenta para su publicación, dejando este desorden clasificado como una disfunción sexual no especificada, no obstante en el apartado de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias, incluye las adicciones no relacionadas con sustancias, como las conductuales, lo cual abre el campo a nuevos diagnósticos en el futuro.

Considerando el impacto de la problemática y la diversidad de términos sin la claridad de un consenso alrededor del tema, la presente propuesta busca un acercamiento crítico para la comprensión de la Adicción Sexual, realizando una revisión crítica sobre las diversas investigaciones al respecto, que permitan entender sus bases neurobiológicas, su historia del desarrollo y la influencia de la cultura, para de esta manera, determinar el estado actual de las conceptualizaciones de adicción sexual y enriquecerlas con los conocimientos sobre motivación, adicción y psicobiología.

Objetivo General

Revisar, analizar y sintetizar diferentes investigaciones sobre el tema general de la adicción sexual, que permitan realizar una revisión crítica sobre la temática, profundizando sus bases neurobiológicas, su historia de desarrollo y la influencia de la cultura.

Objetivos Específicos

- Analizar sobre los sistemas de recompensa y motivación para reconocer la posible relación con los procesos psicológicos y biológicos de los individuos que padecen el desorden.
- Revisar las etapas del desarrollo del comportamiento sexual fuera de control que nos lleve a comprender las posibles causas de este desorden.
- Explorar como elementos culturales que forman parte del contexto de una persona influyen en su sexualidad y posible distorsión.
- Lograr a través de la revisión de literatura científica un trabajo aproximación sobre las diferentes concepciones existentes de los desórdenes sexuales fuera de control, que permita en un futuro el desarrollo de investigaciones a nivel empírico que puedan contribuir al estudio y desarrollo de la misma.

Justificación

La adicción sexual es un desorden caracterizado por un patrón de comportamiento sexual fuera de control, que se incrementa con el paso del tiempo y genera en la persona una incapacidad de parar su comportamiento. La persona experimenta cambios de humor severos y una gran inversión de su tiempo buscando realizar la conducta o recuperándose de la misma, (Carnes, 1991). Teniendo en cuenta el criterio sexológico de anormalidad (Alzate, 1987) este desorden es de gran importancia, dado entre otras cosas por el gran impacto negativo en sí mismo y en las personas que le rodean (Grant, Potenza, Weinstein & Gorelick, 2010), lo que puede ocasionar un gran deterioro directamente a la persona y a sus seres cercanos y afectar las diferentes áreas de funcionalidad (Faisander, Taylor & Robin, 2012 citan a Goodman, 2001). Sin embargo, existe una gran diversidad de presunciones teóricas y conceptuales existentes alrededor del concepto de adicción sexual, debido a la falta de investigaciones empíricas que validen los constructos y la falta de consenso que dificulta rastrear información sobre el tema (Gold & Heffner, 1998; Bancroft & Vukadinovic, 2004; Duarte & Thibaut, 2010). Así mismo, la falta de teorías con fundamentos empíricos sólidos dificulta la elaboración de investigaciones y el desarrollo de nuevos tratamientos más efectivos para el desorden.

Considerando las necesidades nombradas anteriormente, es primordial que se desarrollen trabajos de investigación que busquen unificar la información dispersa en la que se encuentra actualmente la adicción sexual y así evitar potenciales percepciones erróneas que existen referente al tema, para de esta manera originar acercamientos que permitan conocer la naturaleza de la adicción sexual. Una mejor comprensión de la adicción sexual debería tener en cuenta sus bases neurobiológicas, su historia del desarrollo y la influencia de la cultura, promoviendo de

esta forma el desarrollo de investigaciones empíricas futuras que den la validez de constructo necesario y traigan un avance significativo al estudio del tema.

Método

Se realizó una revisión documental selectiva, teniendo en cuenta publicaciones en español e inglés, así mismo se escogieron los tres conceptos de mayor aceptación alrededor del comportamiento sexual excesivo no parafilico, los cuales son: adicción sexual, compulsión sexual e hipersexualidad, para iniciar la búsqueda y recolección de material, luego a partir de la información encontrada y considerando la dificultad para rastrear información se seleccionaron como temas asociados las bases neuropsicológicas, el desarrollo sexual, la cultura y sociedad. Considerando el valor explicativo señalado en diversas publicaciones que tiene los trastornos adictivos a sustancias, en la formulación del desorden sexual como adicción, se decide tomar el concepto de adicción sexual como eje central de la búsqueda, y al identificar vacíos con respecto a las bases neurobiológicas propias del trastorno adictivo sexual se decide tomar este tema como referencia por lo cual se escogen los sistemas de recompensa y motivación en la adicción como ítems de búsqueda que permitan intentar explicar lo que sucede en el proceso adictivo sexual, por esta razón se encuentra una mayor proporción de artículos relacionados con bases neuropsicológicas en la lista de referencias. No obstante, considerando los capítulos a tratar, se mantuvo como criterios de búsqueda los temas de desarrollo sexual y cultura-sociedad alrededor de la adicción sexual.

Cabe resaltar que en este trabajo de grado se consultaron un total de 75 referencias de las cuales 62 fueron artículos de revisión e investigación y 13 fueron libros entre físicos y virtuales. Así mismo 10 referencias estaban asociadas al tema de desarrollo sexual; 9 referencias asociadas a la sexualidad y cultura; 20 referencias trabajaban la construcción de los conceptos de compulsión sexual, adicción sexual e hipersexualidad, así como aspectos relacionados a los

fundamentos en trastornos mentales y la anormalidad en la sexualidad, por ultimo un total de 36 referencias estaban relacionadas con las bases neurobiológicas de la adicción.

La búsqueda se realizó de dos formas una manual para buscar en libro relacionados con neuropsicología, neuroanatomía y neurofisiología. Y dos, una búsqueda a través de bases de datos electrónicas como: “ScienceDirect”, “Google académico”, “PsycArticles”, “Redalyc”, “Ebsco”, “Scielo” y “Proquest”, usando diferentes combinaciones de palabras clave como: “Sexual Addiction”, “Sexual Compulsivity”, “Hipersexuality”, “Control Sexual”, “Impulse control disorders”, “Sex and culture”, “Problematic Sexual Behaviors”, “Neurobiology and Genetics of Behavioural Addictions” y “sexual development”. A partir de los resultados iniciales de estas búsquedas se seleccionaron un subconjunto de artículos de especial relevancia para el escrito.

Antecedentes

Anteriormente se conocían numerosos términos para nombrar a las conductas sexuales excesivas. Términos como la satiriasis, ninfomanía, donjuanismo, perversiones o parafilias fueron utilizados históricamente siendo utilizados como sinónimos de comportamientos sexuales excesivos, por ejemplo el donjuanismo aunque se utilizaba para catalogar estas conductas estaba más enfocado en las conquistas como forma de satisfacción sin ser necesario que se presente la relación sexual (Alzate, 1987). No obstante, en la actualidad el desorden se centra en lo nocivo del comportamiento sexual cuando se pierde el control, agrupándose bajo una terminología técnica tales como comportamientos sexuales compulsivos, trastornos del control de impulsos

(hipersexualidad) y/o adicciones sexuales (Bancroft & Vukadinovic, 2004; Gold & Heffner, 1998).

El primer caso de aumento anormal del deseo sexual en Europa Occidental considerando lo nocivo para la integridad del individuo y los demás, se nombró como "Hiperestesia sexual" (Duarte&Thibaut, 2010, citan a Krafft-Ebing, 1886) que se caracterizaba por un incremento anormal de las sensaciones y representaciones sexuales. Sin embargo, la primera conceptualización del comportamiento sexual excesivo no parafílico, entendiéndose como una conducta que se excede siendo nocivo para el individuo y los demás sin ser parafílico, fue propuesto por Jim Orford en 1978. Orford describía un patrón mal adaptativo con alteración del control sobre el comportamiento que conllevaba a consecuencias adversas (Bancroft & Vukadinovic, 2004). Esta condición se popularizó aún más en 1983 como una condición psicopatológica en el libro *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction* de Patrick Carnes, donde se habló formalmente por primera vez de adicción sexual como un trastorno diagnosticable que se produce por la incapacidad de controlar la conducta sexual. Siendo esta publicación el que motivara a la gran producción de trabajos alrededor del tema y al debate sobre como clasificarla o las dudas sobre la existencia del desorden (Gold & Heffner, 1998), controversia que en la actualidad aún no concluye.

No obstante, las condiciones psicopatológicas del comportamiento sexual excesivo no parafílico, se han considerado en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Iniciando con el DSM-III, donde se señalaba, como un "Trastorno psicosexual No Clasificado en otra parte", ejemplificándose para este caso como "angustia de un patrón de repetidas conquistas sexuales con una sucesión de individuos que sólo existen como cosas que se van a utilizar (donjuanismo y la ninfomanía)" (American Psychiatric Association, 1980, p.283).

Luego, en la versión revisada del DSM-III (1987), el concepto de comportamiento sexual excesivo no parafílico se incluyó en la categoría de "Desorden sexual no especificada de otra manera", que se define como "una situación de peligro sobre un patrón de conquistas sexuales repetidas u otras formas de adicción sexual no parafilicas que implican una sucesión de personas que sólo existen como cosas para ser utilizadas" (American Psychiatric Association, 1987, p. 296).

Teniendo en cuenta la falta de investigación empírica y el poco consenso para validar el comportamiento sexual como una adicción, en el DSM-IV (1994) se utiliza la terminología de Trastorno sexual no especificado de otra manera, explicándose como un "Malestar sobre un patrón de relaciones sexuales repetidas, que implica una sucesión de amantes que son experimentados por el individuo, sólo como cosas que se utilizarán" (American Psychiatric Association, 1994, p. 538). Posteriormente Kafka (2010) realiza una propuesta diagnóstica para el DSM 5, utilizando el término de "Trastorno Hipersexual", donde hace referencia a un comportamiento excesivo sexual con efectos adversos significativos, derivando sus criterios del trastorno hipoactivo del deseo sexual y de las parafilias, sin embargo en el DSM 5 publicado en 2013, aún no aparece este desorden, dejando su consideración dentro de la disfunción sexual no especificada, esto demuestra que aún no hay consenso sobre si existe un trastorno y en cómo se puede definir. No obstante, en el DSM 5 dentro de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias, se empiezan a tener en cuenta las adicciones no relacionadas con sustancias por ejemplo las conductas placenteras como el trastorno a los juegos de azar, lo cual podría abrir la posibilidad en un futuro a la inclusión de nuevos diagnósticos, como la adicción a internet o la adicción al sexo (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Saéz, 2014).

En cuanto a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos décima revisión (CIE-10), el término “Impulso sexual excesivo” proporcionó una categoría dentro de las disfunciones sexuales, sin proporcionar alguna descripción, solamente mostrando una subdivisión entre satiriasis y ninfomanía, basados sólo en si el paciente era hombre o mujer(Kafka, 2010).

Adicionalmente, hoy en día aún se identifican dificultades en la construcción conceptual debido a factores adversos como: Primero, las diferencias individuales y el contexto cultural, que influyen en como un individuo interpreta su realidad, categorizando sus experiencias (Faisander, Taylor & Robin, 2012, citan a Levine & Troiden, 1988). Segundo, la variabilidad en las presunciones teóricas y conceptuales, para abordar la temática que dificulta la conceptualización y el establecimiento de criterios de diagnóstico, debido a la falta de investigaciones empíricas que validen los constructos junto a la falta de consenso que dificulta rastrear información sobre el tema (Gold & Heffner, 1998; Bancroft & Vukadinovic, 2004; Duarte & Thibaut, 2010).

Planteamiento del Problema

Desde hace más de tres décadas, se viene hablando en el mundo sobre adicción sexual. Durante este tiempo se han propuesto alrededor de treinta términos con más de cien definiciones, de los cuales aparecieron términos como: impulsividad sexual, compulsión sexual o hipersexualidad (Faisandier, Taylor & Salisbury, 2011). Sin embargo, en la actualidad aún no se evidencia un consenso empírico que permita la formación de un constructo teórico unificador sobre el tema.

La mayoría de trabajos están basados en la observación clínica y no en resultados provenientes de la investigación experimental (Gold & Heffner, 1998), lo cual hace que se presenten limitaciones en la delimitación propia de la problemática. Las conclusiones obtenidas bajo la metodología clínica pueden presentar diferentes sesgos debido a que los profesionales no pueden controlar todos los aspectos del fenómeno y hay un amplio margen en donde las interpretaciones pueden ser afectadas por la subjetividad del observador. Tal como se puede analizar en diversas publicaciones como las de Faisandier, Taylor y Salisbury (2012) o Duarte y Thibaut (2010), entre otros, es tal el problema hoy en día que aún se discute sobre como catalogar el desorden sexual, ya sea dentro de los trastornos adictivos, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de control de impulsos, o por el contrario no considerarlo como desorden debido en gran parte a que la normalidad o anormalidad es una convención humana (Alzate, 1997) influenciada por conceptos moralistas y culturales que privilegian la función reproductora sobre la función erótica pero que si se vieran de forma distinta mostraría a la actividad sexual como normal sin importar lo diferente o desagradable que pudiera ser. Esta falta de claridad impide el avance en el tema y la posibilidad de llegar a un consenso que permitan el avance conceptual al respecto y la elaboración de trabajos empíricos para el desarrollo de la etiología general del posible desorden, y sus posibles tratamientos. Hasta el momento, los diversos trabajos de investigación utilizados en el presente escrito nos permiten observar el gran impacto que este desorden trae a la persona y a las personas cercanas, así como los cambios a nivel biopsicosocial que conlleva, por lo cual es importante iniciar un proceso de revisión crítica que pueda facilitar en el futuro la consolidación de un constructo teórico más sólido para iniciar posteriormente un trabajo empírico que fundamente los hallazgos.

Por lo tanto, este trabajo busca iniciar un proceso de revisión crítica de la literatura que conlleve a entender diferentes dimensiones de la adicción sexual, basándose en sus similitudes incluyendo su carácter motivacional, psicobiología, desarrollo y aspectos sociales.

Marco Teórico

Concepciones alrededor de la conducta sexual excesiva fuera de control

Existen dos factores que son aceptados por la comunidad científica, para determinar si el comportamiento sexual es un problema: Primero, el comportamiento sexual provoca directa o indirectamente angustia a la misma persona o a los demás; Segundo, el comportamiento sexual provoca deterioro en al menos un área del funcionamiento (Faisandier, Taylor & Salisbury, 2012 citan a Goodman, 2001), cumpliendo de esta manera criterios tenidos en cuenta por el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 1994). Siendo entonces estos dos criterios los determinantes para determinar la anormalidad en la conducta sexual. Sin embargo, esta denominación de normal o anormal sigue siendo una convención humana mas no biológica (Alzate, 1987) lo cual muestra la importancia de la cultura en la determinación del problema, aunque esto no quiere decir que se niegue la importancia de determinar lo nocivo y dañino de la conducta sexual en la persona.

Revisando la literatura y teniendo en cuenta el componente biológico y erótico encontramos que los dos criterios nombrados al inicio de esta página tendrían fundamento basándonos en el trabajo de Alzate (1987) sobre sexualidad humana, a nivel ético sexual, en los criterios de hedonismo responsable, donde se reconoce y acepta el contenido erótico como forma de satisfacerse tanto así mismo como a otros, sin que se llegue a afectar de forma negativa a las

demás personas; así mismo a nivel de criterios de normalidad sexual, se fundamentan en el criterio sexológico que tiene aspectos biológicos y clínicos, para indicar que sin importar lo diferente de la conducta sexual, éste es inadecuado cuando afecta a la persona o los demás tanto somática como psíquicamente, considerándose nocivo cuando la gravedad es considerable (Alzate,1997), siendo sumamente importante, porque es lo que determina el problema sexual, el cual se puede definir como “La creencia, orientación, estado o comportamiento sexual que subjetivamente frustra o disminuye el placer específico deseado, o que tiene consecuencias síquicas o somáticas nocivas para el individuo, la pareja sexual o los demás” (Alzate,1997,p.224). El problema sexual se puede clasificar entre menores y mayores según su gravedad, en los primeros se observa las dificultades de la vida sexual ocasionadas por la ignorancia con respecto a la sexualidad (en niños con respecto a su propia sexualidad y adultos, los referidos a padres en la forma de educar y tratar la sexualidad en sus hijos, los que tratan las diferencias individuales en intensidad del apetito sexual, de actos sexuales, etc), cuyo tratamiento es simplemente educativo y los segundos que corresponden a problemas complejos a nivel síquico, somático como las Disfunciones sexuales, las parafilias entre otras, que requieren tratamiento especializado (Alzate, 1997). Teniendo en cuenta la definición del problema sexual y las diferencias en la gravedad de éste, se logra entender que el comportamiento sexual fuera de control se puede llegar a considerar desorden a partir de lo nocivo de sus consecuencias, y de los criterios descritos al inicio de este capítulo que se encuentran basados en criterios éticos y de normalidad sexual.

Asimismo, los comportamientos sexuales excesivos fuera de control, se asocian al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), al trastorno adictivo a sustancias y el trastorno de control de impulsos, ya que los dos primeros son pertinentes dada a su relevancia explicativa a ciertos

casos y el tercero a la consistencia que se tienen del DSM a pesar de su poco valor explicativo más allá de inferir un problema (Bancroft & Vukadinovic, 2004). No obstante, el valor explicativo del trastorno adictivo a sustancias de donde se origina el concepto de adicción sexual es de gran relevancia dado que aporta una proporción mayoritaria de investigaciones experimentales que permiten explorar y entender de mejor forma lo que podría suceder en el comportamiento sexual como adicción, encontrado un apoyo importante en diferentes bases neurobiológicas y no solo en la observación clínica, siendo esta la razón por la cual a través del trabajo en general se hablara en la medida de lo posible en términos de adicción sexual, sin embargo como es el caso de este capítulo, se hará un acercamiento tanto al trastorno obsesivo compulsivo y al trastorno de control de impulsos, para permitir que el lector conozca del porqué del origen de conceptos como: la compulsión sexual e hipersexualidad, siendo esta contextualización solo una parte del debate actual alrededor de la existencia del desorden del comportamiento sexual excesivo no parafilico.

Luego de la explicación anterior iniciaremos con el trastorno de control de los impulsos que se caracteriza esencialmente por “la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás” (American Psychiatric Association, 1994, p. 625). En este trastorno se observan tres momentos: un antes del acto donde se da una sensación de tensión o excitación; un durante el acto donde se logra una gratificación o alivio en el acto; y un después del acto donde el sujeto puede sentir remordimiento o culpa (American Psychiatric Association, 1994). Teniendo en cuenta el concepto de impulsividad sexual donde se destaca dos componentes, uno impulsivo que refiere al inicio del desorden y otro componente compulsivo que refiere al manteniendo del desorden, se puede

encontrar que los síntomas podrían cumplir con los criterios de diagnóstico requeridos para el trastorno del control de impulsos no especificado.

Según Berlin (2008), el deseo sexual es más producto de la biología que de la lógica, variando en su intensidad (cuantitativamente) y en su orientación (cualitativamente). Al hablar sobre compulsividad sexual, hay que tener en cuenta dos conceptos claves: la resistencia y la elección. Teniendo en cuenta las concepciones de Berlin, (2008), la resistencia tiene dos unidades, una que anhela la saciedad (biología) y otra que impulsa a resistir (lógica). Estas dos unidades muestran el intento por resistir a la fuerza de la biología y el descubrir que no se puede hacer de manera consistente, a partir de lo cual conceptos como el deterioro, la adicción y la compulsión toman relevancia. Mientras la elección, se basa en la idea de que uno siempre puede elegir con éxito resistir indefinidamente un impulso intenso, pero con el tiempo la saciedad deteriora la resistencia hasta sencillamente ser imposible resistir.

La intensidad del deseo sexual es generalmente cíclica. Una vez saciado, se aumenta de nuevo en el tiempo. Por ejemplo, según diversos investigadores, para muchos individuos sexualmente compulsivos, una opción es la de abstenerse permanentemente con la masturbación, pero esta estrategia solo sirve por un corto tiempo, luego pierde su efecto y al contrario puede despertar el apetito sexual y aumentarlo (Berlin, 2008).

Lo anteriormente expuesto sobre la compulsión sexual encuentra relación con el modelo del TOC, por lo cual se debe mirar primero los criterios diagnósticos para el del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), como se indica en el DSM-IV (1994), los cuales son los siguientes:

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestares significativos
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente.

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos, actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej. preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor. (p.422-423)

Según como señala Duarte y Thibaut (2010), fueron Coleman, Raymond, McBean (2003) los primeros en proponer el término "Comportamiento compulsivo sexual" (CSB), luego de hacer una comparación entre el TOC y el comportamiento sexual excesivo no parafílico, logrando concluir que el CSB se caracteriza por recurrentes e intensos pensamientos repetitivos, descritos como intrusivos, y que están asociados con la ansiedad o la tensión siendo esto característicos de los pensamientos obsesivos en el TOC. Por otra parte, aunque inicialmente se logra resistir la compulsión, esta resistencia se rompe con el fin de reducir la ansiedad, pero a su vez esto se acompaña de sentimiento de angustia, provocando de esta manera un malestar clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

Teniendo en cuenta el malestar a través de los sentimientos de angustia expresados se evidencia una naturaleza egodistónica en la compulsión. No obstante, cabe aclarar que en un

inicio los pensamientos sexuales repetitivos e intrusivos pueden ser percibidos como apasionante y positivos es decir, egosintónicos, siendo el tiempo lo que lo convierte en menos agradable y más un hábito o compulsión los pensamientos sexuales repetitivos (Potenza, 2006). A partir de esto podemos analizar que tanto la compulsión sexual como la adicción sexual comparten ciertas características, aunque estos comportamientos siguen siendo distintos. La compulsión sexual se encuentra motivada por reforzadores negativos (aliviar la ansiedad u otros sentimientos dolorosos), mientras la adicción sexual la motivación se da por reforzadores positivos (búsqueda de placer) que con el tiempo y la degradación propia de la adicción también se pueden originar por reforzadores negativos (aliviar sentimientos displacenteros), por lo tanto se puede observar que la conducta adictiva puede convertirse en una conducta compulsiva.

Tomando en cuenta lo anterior, es importante entonces retomar la naturaleza egosintónica que es lo llevaría en gran parte a la incapacidad inicial de resistir el impulso. Dicho esto, es imposible no considerar el componente adictivo, para lo cual hablaremos ahora de la adicción sexual, donde, al igual que otras adicciones conductuales, se evidencia sentimientos de “tensión o excitación antes de cometer el acto y placer o alivio en el momento de cometer el acto”(American Psychiatric Association, 1994, p. 625). El concepto de la adicción hace referencia a un patrón de comportamiento, que se distingue por la capacidad de producir efectos placenteros y proporcionar un medio para la evasión de los estados internos dolorosos (Giugliano, 2012 cita a Hollander, 2006).

A nivel de adicción, se tiene en cuenta los criterios para la dependencia de sustancias del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Cuarta edición (1994) que indica lo siguiente:

Un patrón desadaptativo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses;

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) Manifiesta síntomas de abstinencia cuando se le priva de la sustancia (b) se toma la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia. (p.181)

Observando los criterios anteriores, se pueden identificar diversas similitudes que existen entre la adicción sexual y la adicción a sustancias químicas, donde se incluyen un aumento de actividad sexual a medida que pasa el tiempo, como también síntomas de abstinencia, tales como la depresión, la ansiedad, la rumia, y la culpa relacionada con una reducción de las actividades sexuales (Gold & Heffner, 1998). Bajo estos parámetros, lo que conllevaría a buscar la conducta sexual es acabar con el malestar y no la obtención del placer (Potenza, 2006). Estas similitudes encuentran también fundamento a nivel neuroquímico dado que tanto las drogas como la actividad sexual activan los mismos sistemas de recompensa (Wise, 1999), logrando conseguir al ejecutarse la actividad placer y alivio, sin embargo lo nocivo de la adicción originan alteraciones neuroquímicas o estructurales que alteran la conducta, pudiéndose interpretar que la adicción es el efecto neuroquímico de la conducta ya sea el consumo de la sustancias o la ejecución de la actividad sexual, mas no la propia conducta en sí (Gold & Heffner, 1998). No obstante lo anterior, los mecanismos similares entre la adicción a sustancias y la adicción sexual sigue siendo solo hipótesis (Hall, 2011).

Así mismo en la adicción sexual hay un notable aumento de la cantidad de tiempo invertido en diferentes actividades y la reducción de otras de ocio y el mantenimiento de la conducta sexual a pesar del conocimiento de las posibles consecuencias adversas (Gold & Heffner, 1998), tales como contraer enfermedades de transmisión sexual, problemas de pareja o problemas a la integridad física (Echeburua, 2012). Por lo anterior, cada una de estas características mencionadas coincide con algunos de los criterios diagnósticos de un adicto. Desde este punto de vista, se podría decir que la adicción sexual es simplemente el proceso adictivo que se expresa a través del sexo, la dependencia.

Como ocurre también en otras conductas adictivas (Echeburúay & Corral, 2010; Potenza, 2006), lo que lleva a la búsqueda de la relación sexual es más el alivio del malestar que la búsqueda del bienestar. La adicción al sexo, a diferencia de la hipersexualidad, se caracteriza porque la conducta no es intrínsecamente de índole sexual, sino que con ella se trata de reducir la ansiedad o de escapar de un desasosiego interno. El sexo se convierte en un remedio para reducir el malestar emocional y la actividad sexual en algo morboso y obsesivo. De este modo, se utiliza el sexo como una estrategia de afrontamiento primaria, presentándose como un posible signo característico de la adicción sexual (Carnes, 2001). Si se está eufórico, el cuerpo pide celebrarlo. Si se está desanimado, es una forma de animarse (Bancroft et al., 2004; Reid, Harper & Anderson, 2009).

Ya teniendo claro algunos factores que nos permiten reconocer la incapacidad de controlar la conducta sexual, es importante comprender el proceso de este fenómeno. Carnes(2001) explicó que el sistema adictivo de la conducta sexual (véase figura 1), inicia por un sistema de creencias erróneas que dificultan al sujeto pensar y que permite desarrollar un pensamiento delirante, donde el adicto se distancia de la realidad, generando entonces la repetición sin obstáculos del ciclo adictivo (preocupación, ritualización, compulsión sexual y desesperación), hasta comenzar a afectar las diversas áreas de funcionamiento del sujeto (sistemas de apoyo, salud, trabajo, etc.). Estas consecuencias negativas llevan a reforzar creencias erróneas (donde el sujeto se siente como una mala persona e indigno de ser amado)y por lo tanto a distorsionar aún más la realidad, tomando la conducta sexual repetitiva como adicción.

Dentro de este sistema adictivo, la experiencia sexual es la fuente de energía que nutre el sistema, originando la excitación y sirviendo como medio para mantener el equilibrio emocional al calmar el dolor y la ansiedad, que afecta a la persona.

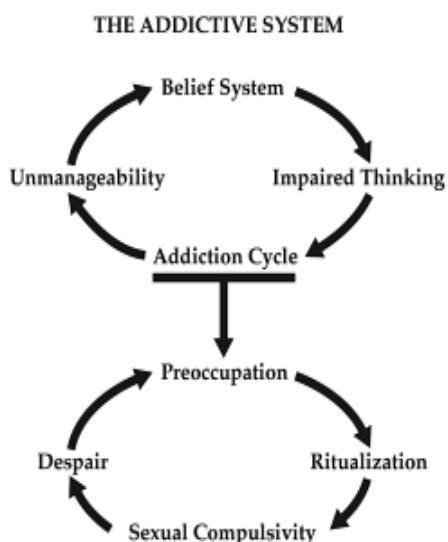


Figura 1. El sistema adictivo (tomado de Carnes, 1983)

Bases Neurobiológicas de la Adicción Sexual

Como se mencionó anteriormente, al revisar diversa información sobre las conductas sexuales fuera de control, encontramos que las publicaciones se encuentran en mayor proporción basadas en la observación o impresión clínica y no en estudios empíricos de investigación (Gold & Heffner, 1998; Bancroft & Vukadinovic, 2004; Duarte & Thibaut, 2010). Esto nos lleva a encontrar poca evidencia sobre elementos diferenciales de esta alteración con respecto a otros trastornos adictivos. No obstante, lo que existe apunta a que las drogas adictivas (cocaína, nicotina, alcohol, etc.) trabajan con los mismos circuitos de recompensa en el cerebro

sin importar las diferencias farmacológicas que poseen (Wise, 1999). Así mismo, este sistema de recompensa o sistema de placer se activa ante reforzadores naturales que generan supervivencia como el alimentarse y la conducta sexual, o reforzadores que requieren de experiencia para su aprendizaje como un chiste o escuchar música (Ruiz, Mendez, Lopez, Caynas & García, 2012; Wise, 1999). De manera interesante, las adicciones conductuales y los trastornos por uso de sustancias poseen similitudes a nivel neurobiológico en sistemas de placer, regulación emocional, castigo e inhibición de la conducta (Goodman, 2001; Grant et al., 2010; Ruiz et al., 2012). Estas similitudes en mecanismos psicobiológicos nos permiten dilucidar mecanismos compartidos de la adicción a sustancias y la adicción sexual, lo que va más allá de las también importantes similitudes fenomenológicas, como lo son el inicio en la adolescencia o adultez temprana (Chambers & Potenza, 2003), el estado de necesidad antes de iniciar la conducta problema, la disminución de ansiedad, la gratificación o alivio al realizar la conducta, la continuación de la conducta a pesar de consecuencias perjudiciales, la sensación de pérdida de control, la experiencia de la tolerancia y la tendencia a la recaída entre otras (Grant, Potenza, Weinstein & Gorelick, 2010). Por lo tanto, entender los procesos neurobiológicos descritos con claridad en distintas investigaciones sobre los trastornos de abusos de sustancias nos podría ayudar a comprender la manera en que suceden los procesos en la adicción sexual.

Antes de empezar a entender algunos de los sistemas neurobiológicos presentes en las adicciones, debemos conocer sobre algunos detalles de los neurotransmisores. Los neurotransmisores son sustancias químicas cuya función es la de participaren la elaboración de impulsos nerviosos, ya sea en las uniones sinápticas entre neuronas o entre neurona y el área que la inerva (Ortiz, 2007). No obstante, para ser considerado como neurotransmisor se debe cumplir con lo siguiente: tener un mecanismo para su propia síntesis en las neuronas

presinápticas, poseer una localización presináptica al igual que un sistema de liberación además la actividad sináptica se debe poder replicar por medio de la aplicación exógena de la molécula y por último debe poseer un proceso efector identificable (receptor) y de determinación de la señal (Cardenas, 2014 cita a Toro, 2010).

El proceso de síntesis de los neurotransmisores, sucede en el citoplasma de las neuronas y su empaquetamiento está guiado por un grupo de proteínas transportadoras de la misma familia, ubicadas en la membrana de las vesículas sinápticas. Se puede decir que estas sustancias segregadas por los impulsos eléctricos son similares a las cerraduras, que sólo abren con determinada llave. De esta forma el neurotransmisor correcto abre la pared celular, permitiendo la entrada de pequeñas unidades que originan la alteración eléctrica de la célula acoplada (Ortiz, 2007). Este estímulo provoca la despolarización de la célula adyacente y la propagación del potencial de acción. La duración del estímulo depende tanto de su propia degradación en la hendidura sináptica como de su recaptación por la neurona que lo produjo (Ortiz, 2007). Los neurotransmisores se pueden clasificar en moléculas pequeñas como la acetilcolina, las aminas (serotonina, dopamina, histamina, etc) y los aminoácidos (glutamato, GABA, glicina); y en moléculas grandes como los neuropéptidos (endorfinas, encefalinas entre otras; Cardenas, 2014 cita a Toro, 2010).

El primer sistema a comprender es el de placer o de motivación recompensa, el cual es responsable de detectar los estímulos reforzantes (Ruiz et al., 2012). Estos estímulos reforzadores pueden ser tanto la conducta sexual o el uso de sustancias psicoactivas dado que ambas generan sensaciones placenteras. Las áreas cerebrales que se activan en este sistema son el núcleo accumbens (NAc) y el área tegmental ventral (ATV). En estas áreas se puede encontrar la dopamina (Garnerd, 2011), el cual es un neurotransmisor relacionado con el placer y la

motivación, componentes asociados tanto a la supervivencia como al consumo y búsqueda de sustancias. Cuando este neurotransmisor se activa dentro del sistema de recompensa, se proyecta a otras áreas como: la amígdala, corteza prefrontal, hipotálamo lateral, área septal, hipocampo y tálamo dorsomedial (Koob&Volkow, 2015; Adinoff, 2004; Gil-Verona et al., 2003), áreas que a su vez ejercen una fuerte modulación sobre el NAc y el ATV (Mendez et al., 2010). Otros elementos significativos para el adecuado funcionamiento del sistema de recompensa son áreas como el hipotálamo lateral, que se encarga de recibir la información visceral y endocrina, el hipocampo, que se encarga de la información del contexto, y la corteza prefrontal que se encarga de la planeación y ejecución de la conducta de consumo (Maureira, 2009). La comunicación entre estas áreas cerebrales participantes en el proceso de recompensa se da por medio de algunos neurotransmisores como la dopamina, serotonina, acetilcolina, glutamato y neuromoduladores como los endocannabinoides y endorfinas (Koob&Volkow, 2015).

El proceso normal del sistema de placer ocurre con el aumento de los niveles de dopamina en el NAc, procedente de neuronas del ATV. En el NAc se pueden encontrar dos receptores de dopamina, el receptor D1, que es excitador, y el receptor D2, que es inhibitorio. Cuando la dopamina se libera, activa los receptores D1 dando inicio a la actividad del NAc. Al mismo tiempo, comienzan los procesos biológicos asociados con el receptor D2, que finalmente tienen la función de regresar el NAc al estado anterior de la excitación (Maureira, 2009). El aumento de la actividad neuronal dentro del ATV es consecuencia de la aparición del estímulo (alimento, sexo, drogas, entre otras) que genera placer, aunque también es permitido por sistemas moduladores como el gabaérgico, el serotoninérgico, el glutamatérgico, y el colinérgico (Díaz et al., 2010). Al estar activo el sistema de recompensa es capaz de prolongar la sensación de placer a partir de la liberación tanto de endocannabinoides como de endorfinas (Leknes&Tracey,

2008), siendo la interacción entre neurotransmisores y neuromoduladores la que generaría la sensación subjetiva de recompensa (Díaz et al., 2010). Adicionalmente, estas sensaciones forman recuerdos en la memoria que permiten a la persona identificar el estímulo reforzador (Russo, Mazei-Robinson, Ales & Nestler, 2009) y así luego buscar volver a repetirlo.

Distintos niveles del funcionamiento del sistema de recompensa se ven alterados en los procesos adictivos (Ruiz et al., 2012). En el caso del consumo de drogas, al aumentar los niveles de dopamina y de serotonina en el NAc, inmediatamente se genera en la persona una sensación subjetiva de placer. Es decir, la droga funciona como un refuerzo positivo. Lo curioso es que a pesar que la dopamina aumenta en el consumo de drogas ya sean adictos o no, la proporción de aumento es inferior en los adictos (Ruiz et al., 2012), lo cual nos lleva a pensar que esto puede ser debido a la tolerancia que lleva el consumo crónico de drogas. El consumo crónico lleva a modificaciones en los receptores ya sea de la dopamina (principalmente; Corominas, Roncero, Bruguera & Casas, 2007) o de los demás mensajeros químicos, lo cual conllevaría a la creación del hábito de consumo. Dentro del sistema de recompensa, los cambios en los receptores de distintos neurotransmisores dependen de la droga que se consume. Por ejemplo los opiáceos crean cambios en los receptores opiáceos; la nicotina cambia los receptores colinérgicos nicotínicos; las anfetaminas, el metilfenidato y la cocaína, afectan el transportador de dopamina; y el alcohol afecta los receptores a GABA y glutamato, entre otros (Wise, 1999; Díaz et al., 2010). Estos cambios conllevan que los sujetos adictos aumenten su consumo para lograr el placer inicial, lo cual termina afectando sus respuesta ante los reforzadores naturales (Koob & Volkow, 2015).

Otro sistema psicobiológico a comprender es el de miedo, en el cual se procesan los estímulos amenazantes. Un área cerebral clave en este sistema es la amígdala, que en su

neuroquímica utiliza varios neurotransmisores como glutamato, GABA, acetilcolina, dopamina y endocannabinoides (Ruiz et al., 2012). Asimismo, este sistema está vinculado con los procesos de condicionamiento al miedo, en donde se asocia un estímulo neutro a uno que causa daño, con lo cual se provoca una respuesta de alerta ante la presencia del estímulo que antes era neutro (Phelps & LeDoux, 2005), lo cual sirve para que el sujeto huya de los estímulos que lo pueden colocar en peligro. Dentro de la amígdala, el núcleo lateral es la interfaz sensorial encargada de la entrada de información y de la plasticidad, mientras que el núcleo central es la región de salida, encargada de generar las respuestas de miedo (Pare, Quirk & Ledoux, 2004). En el sistema de miedo también se encuentra integrado por el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, que junto a la amígdala facilitan la respuesta a estímulos amenazantes o dañinos (Francis & Meaney, 1999). Por ejemplo, la respuesta al estrés, a través de respuestas autonómicas como la elevación del ritmo cardíaco, permite preparar al sujeto ante la amenaza que percibe. Esto ayuda a preparar al sujeto para poder identificar las amenazas o aquello que es dañino y así generar respuestas que ayuden a evitarlas y ayuden a asegurar su bienestar y protección.

Los dos sistemas el de placer y el de miedo son capaces de predecir la recompensa, encontrándose en constante interacción en todo momento de la vida (Ruiz et al., 2012), incidiendo en las decisiones que toman las personas. Entre estos dos sistemas debe existir un equilibrio para que el sujeto se pueda desempeñar adecuadamente en su medio. Parece que cuando el sistema de placer se activa por el consumo de droga, el sistema de castigo también se activa para compensar la actividad del primero y así mantener el equilibrio (Díaz et al., 2010). En el caso concreto de la adicción a las drogas, el sistema que regula el placer, clasifica los reforzadores según la sensación de recompensa que generan en el individuo, lo cual minimiza el efecto de los reforzadores naturales tales como el alimento y el sexo, haciendo que el sistema

solo sea activado por las drogas. Pero a medida que pasa el tiempo y se vuelve frecuente el uso de las drogas, los efectos iniciales se vuelven pobres, por lo cual las dosis de las drogas se aumentan (Díaz et al., 2010). De manera conjunta, las sensaciones placenteras disminuyen, dando paso a un incremento de los signos negativos relacionados con el síndrome de abstinencia (Ambroggi, Ishikawa, Fields & Nicola, 2008). Este síndrome se explica dado que la sobre-activación del sistema de placer durante el abuso de las sustancias conlleva a la misma situación al sistema de castigo, lo que en conjunto resulta en cambios plásticos en los circuitos cerebrales asociados, que en últimas resulta en un sesgo hacía el sistema de miedo, resultando en mayor probabilidad de que el sujeto sufra de manera intensa tanto en el contexto de las acciones adictivas como en la vida en general (Solomon & Corbit, 1978).

Durante la abstinencia, se disminuyen la cantidad de dopamina y serotonina en el NAc; la disminución de la dopamina se podría explicar por el aumento de la dinorfina (péptido opioide) en el consumo crónico de las drogas, esto se da por un proceso de retroalimentación negativa, que inhibe a las neuronas dopaminérgicas del ATV, activando los receptores opioides kapa, y conllevando a un decremento de la liberación de DA en el NAc (Pereira, 2008). Asimismo en el síndrome de abstinencia se aumenta el factor liberador de corticotropina (CRF) en la amígdala, este es un neuropéptido que se activa por el estrés y que puede ser responsable de la ansiedad presente en la abstinencia (Bolanos & Nestler, 2004). Adicionalmente, la activación del CRF permite su participación en la regulación a la disminución de receptores gabaérgicos durante el síndrome, con esto sería posible, que las neuronas liberadoras del CBF no fueran afectadas por la inhibición gabaérgica lo cual facilitaría las respuesta autonómicas (temblores, sudoración, hipotermia, aumento frecuencia cardiaca y respiratoria) en el síndrome de abstinencia (Merlo et al., 1995), lo que provoca sensaciones negativas o no placenteras que la persona suprime al

consumir la droga (Koob & Volkow, 2015). La abstinencia provoca una depresión del propio sistema de recompensa, que conlleva al rechazo del mecanismo de refuerzo positivo (Wise, 1999), siendo esto motivante a la búsqueda de consumo de droga que funciona como refuerzo negativo. Es decir, la persona no busca la droga por el placer, sino la busca y la consume para no sentirse mal, evitando de esta manera el síndrome de abstinencia.

Por último, haremos referencia al mecanismo de inhibición de la conducta motora, el cual se encarga de promover que las personas detengan sus conductas de búsqueda y consumo, se encuentra regulado por el núcleo subtalámico, recibiendo proyecciones gabaérgicas del globo pálido externo y enviando proyecciones glutamatérgicas al globo pálido interno y a la sustancia negra (Ruiz et al., 2012). En este punto se envían proyecciones gabaérgicas al tálamo dorsomedial, dando como resultado la inhibición de la corteza motora, impidiendo la ejecución del movimiento (Ruiz et al., 2012 citan a Stelt, 2003). Autores como Baunez, Dias, Cador, Amalric, (2005) señalan que al lastimar de forma bilateral el núcleo subtalámico de las ratas, estas reducen la frecuencia de autoadministración de cocaína y aumentan el trabajo para conseguir reforzadores naturales como la comida, del mismo modo Rouaud et al., (2009) indican que el núcleo subtalámico es una de las estructuras cerebrales que participan en la disociación entre las recompensas naturales, también indica que al presentar lesiones en el área subtalámica se disminuye la motivación en el caso de la cocaína y aumenta en el caso de la comida las drogas de abuso, sucediendo lo mismo cuando se hace una estimulación profunda en el núcleo subtalámico.

Hasta el momento, se han descrito algunos mecanismos neurobiológicos presentes en las adicciones a sustancias psicoactivas, con un potencial importante para entender lo que sucede en la adicción sexual. Ahora bien, es necesario describir algunos de los detalles psicobiológicos de

la conducta sexual humana. Los comportamientos sexuales están regulados por los efectos activadores de las hormonas gonadales, que hacen parte del sistema neuroendocrino. Este sistema, a nivel nervioso, se encarga de funciones reguladoras mediante mensajeros químicos enviados a células específicas. A nivel endocrino, se liberan hormonas a través de sus glándulas directamente al sistema circulatorio, donde serán transportadas hasta alcanzar el objetivo sobre el que ejerce sus efectos (Pinel, 2000).

Teniendo en cuenta lo anterior podemos hablar que las hormonas son sustancias químicas producidas por grupos de células concretas o glándulas y que dan lugar a respuestas específicas en células u órganos distantes (Semple & Bolander, 2000), a través de impulsos nerviosos, señales químicas, o ambos. Estas señales generalmente llegan al sistema límbico, al hipotálamo, a la hipófisis y a las glándulas objetivo, donde se secreta la hormona final que tendrá repercusión en diferentes células objetivo, siendo este efecto proporcional al número de receptores específicos que expresan dichas células (Semple & Bolander, 2000). Según Pinel (2000), las hormonas se pueden organizar en las siguientes categorías: derivados de aminoácidos (hormonas sintetizadas en unos cuantos pasos sencillos a partir de una molécula de aminoácido), derivados de péptidos y proteínas (son cadenas de aminoácidos; las péptidas son cadenas cortas y las proteínicas son cadenas largas), y por último las derivadas de esteroides (hormonas sintetizadas a partir de colesterol, un tipo de molécula grasa).

Las hormonas que participan directamente a nivel sexual son los esteroides sexuales, siendo los más comunes los andrógenos y los estrógenos que son liberados por las gónadas (testículos en los hombres y ovarios en las mujeres). El principal andrógeno es la testosterona y el principal estrógeno es el estradiol. No obstante, cabe resaltar, tal y como señala Pinel (2000), que tanto las gónadas masculinas como femeninas liberan andrógenos y estrógenos, pero los

testículos producen más andrógenos que estrógenos y los ovarios más estrógenos que andrógenos. Algo interesante para destacar es que la testosterona afecta y también se ve afectado por la actividad sexual, porque incluso el hecho de pensar, anticipar y fantasear con la actividad sexual, puede aumentar los niveles de andrógenos (Carlson, 2004).

A continuación, teniendo en cuenta los aspectos nombrados anteriormente a nivel endocrino y nervioso, se describirán algunos elementos neurobiológicos adicionales que están asociados a la conducta sexual fuera de control y que serían necesarios para su comprensión.

La testosterona es una hormona que desarrolla las características masculinas en la pubertad tales como la profundización de la voz masculina, hábitos corporales masculinos, crecimiento del vello facial; encontrándose relación al mismo tiempo con el deseo sexual en hombres y junto con otras hormonas androgénicas también en el deseo sexual en mujeres (Berlín, 2008).

Para llegar al cerebro la testosterona se debe metabolizar en estradiol a través de la acción de la aromataso o de la 5- α -reductasa (Raff&Levitzky, 2011). El estradiol funciona como un neurotransmisor que activa, dinamiza e intensifica el deseo sexual. No obstante, cabe resaltar que el estradiol en la mujer es el responsable del desarrollo de las mamas, cambios en los genitales externos e internos y la distribución de la grasa en el cuerpo, entre otras (Muñoz&Pozo, 2011). Cabe resaltar que la producción de testosterona además de ser originada en los testículos, también se encuentra regulada por al menos dos áreas del cerebro siendo estas el hipotálamo y la glándula pituitaria (Berlín, 2008 cita a Whalen, 1976), siendo responsables estas áreas de la intensidad sexual y regulación de la conducta. En las mujeres se producen cantidades pequeñas de testosterona, tanto en las células teca de los ovarios como por la placenta. No obstante, tanto

en el hombre como en la mujer, la glándula adrenal también participa en la producción de testosterona (Berlín, 2008).

A nivel neuronal hablaremos de algunos neurotransmisores y su participación en la problemática sexual. Primero, las endorfinas son neurotransmisores péptidos opioides cuyas funciones se centran en modular las funciones reproductivas, permitiendo las sensaciones de placer y felicidad, entre otras, por lo cual logran influir en el mantenimiento y en la mejora de los intereses eróticos (Berlín, 2008). Estos opiáceos endógenos son producidos por el SNC y regulados en el cerebro por el sistema límbico entre otras conformado por el hipotálamo.

También cabe destacar a la serotonina y la dopamina, siendo estos neurotransmisores los que influyen en el estado de ánimo, en la motivación y en la recompensa, factores que están relacionados con los problemas de adicciones (Grant, Potenza, Aviv & Gorelick, 2010, citan a Potenza, 2008). Brevemente, se puede encontrar que la serotonina en niveles normales tiene una influencia relajante, evitando el descontrol en las personas por situaciones estresantes, mientras que niveles bajos promueven grados de obsesión, angustia y depresión (Ortiz, 2007), lo cual se ha propuesto como elemento de predisposición para el origen de comportamientos adictivos (Goodman, 2008).

Como resalta Hall (2011), la dopamina puede aumentar sus niveles a través de la anticipación cognitiva y la fantasía, además de encontrarse implicado en procesos de memoria, promoviendo en el cerebro recuerdos que proporcionan recompensa (Berke&Hyman, 2000). Estos recuerdos son más fuertes y repetitivos mientras más altos sean los niveles de dopamina. Si bien es cierto que el sexo aumenta los niveles de dopamina, aún sigue siendo una hipótesis que los procesos bioquímicos sean similares a los que conducen a la adicción química (Hall, 2011).

La dopamina también influye en los estados de ánimo dado a su función de placer. Se ha encontrado que las personas expuestas en sus primeros años de vida a estrés psicosocial, aumentaron sus niveles de dopamina en comparación con los que no se vieron expuestos y este aumento se correlacionó con un aumento de cortisol salival (Pruessner, Champagne, Meaney & Dagher, 2004). Este aumento de cortisol se encuentra en la depresión, sobretodo en la depresión severa, lo cual incrementa las creencias que las concentraciones elevadas de cortisol, alteran los sistemas de recompensa dopaminérgico, alterando con ello la capacidad de respuesta hedónica (Boadie & Charles, 2007). De esta manera, se plantea que la sensibilización del sistema de dopamina-meso-límbico podría predisponer a una persona a desarrollar un trastorno adictivo (Goodman, 2007). Del mismo modo cuando la persona durante la infancia se ve expuesta a situaciones traumáticas los niveles de cortisol se elevan drásticamente, este exceso de cortisol afecta el crecimiento de áreas como el hipocampo (participa en la memoria y procesamiento de emociones) y perturba el desarrollo del cerebro (Maté, 2012), lo que conlleva obviamente a afectar negativamente a la persona a través de su vida.

Complementario a la dopamina deberemos nombrar a la norepinefrina (NE) que es un neurotransmisor de la familia de las aminas que se produce principalmente por el locus coeruleus en el tronco cerebral. La NE se sintetiza a partir de la dopamina por la acción de la enzima beta hidroxilasa de dopamina (Goodman, 2007). Teniendo en cuenta esto el sistema noradrenérgico del locus coeruleus regula el sistema dopaminérgico del mesencéfalo de forma indirecta, por medio de la corteza prefrontal medial, siendo las terminales nerviosas noradrenérgicas locales quienes liberan dopamina en la corteza prefrontal medial (Goodman, 2007, cita a Gresch, et al., 1995). Por consiguiente, cuando se bloquea la liberación de NE, también se atenúa la liberación

de dopamina mostrando de esta manera la influencia entre ambas y por consiguiente la relación potencial de la NE con la adicción.

Un factor a tener en cuenta es la influencia de los apegos en la primera infancia, entre padres e hijos. Se ha encontrado evidencia que los apegos inseguros o negligentes pueden tener consecuencias en los sistemas de regulación del cerebro. Por ejemplo, la corteza orbitofrontal no puede producir dopamina o noradrenalina suficiente para facilitar la excitación sexual. Esto se puede explicar, proponiendo que el apego inseguro se relaciona con cambios en el cerebro de manera que se disminuya la capacidad de producir sus propios opiáceos endógenos y, por tanto, las personas necesitan recurrir a los opiáceos externos, para estimular sus vías de la dopamina aumentando el placer y reduciendo el dolor (Hall, 2011 cita a Hudson, 2009).

Así mismo, áreas como la corteza prefrontal, relevante en la toma de decisiones y en las valoraciones de riesgo, y el área tegmental ventral, donde se ubican distintos órganos importantes en la liberación de dopamina, serotonina, endorfinas y estradiol, también logran tener relación con el desarrollo de distintos desordenes adictivos.

Leeman y Potenza (2013) realizaron una revisión considerando evidencia neurobiológica y genética relacionados con las adicciones conductuales y encontrando a pesar de las limitaciones en la investigación, como datos especialmente limitados y escasos, existen hallazgos que sugieren una mayor integración de materia blanca en la región frontal superior, cuando las adicciones conductuales se comparaban con otro tipo de adicciones como las drogas, se evidenciaba una pobre integración de materia blanca. No obstante, un estudio utilizando el tensor de difusión por resonancia magnética (Miner et al., 2009) encuentra una difusividad, relativamente baja de materia blanca en la región frontal superior lo cual podría significar la

existencia de lesiones o anomalías en el tejido cerebral. A nivel de neurotransmisores, se encuentran resultados clínicos positivos de un posible papel de la actividad serotoninérgica en la adicción sexual, encontrando una posible disfunción. Así mismo, un dato que logra arrojar la revisión es que personas con comportamientos compulsivos sexuales tienen tendencia a tener familiares de primer grado con el mismo problema (Leeman & Potenza, 2013)

Por último, cabe resaltar que se ha evidenciado a través de distintos autores, como resaltan Berlín (2008) y Duarte y Thibaut (2010), que los desórdenes sexuales como la hipersexualidad, así como ciertas conductas (exhibicionismo y masturbación pública), se pueden dar como consecuencia de diversos daños en estructuras neuroanatómicas ocasionados por infartos talámicos y tumores o lesiones en áreas prefrontales y del lóbulo temporal. Así mismo, tal como resalta Fernández y González (2009) junto a Vázquez-Sánchez, Rodríguez-Martínez, y Arés-Luque (2010), en tratamientos farmacológicos que se realizan con pacientes de parkinson, donde se utilizan medicamentos como levedopa, agonistas dopaminérgicos (con mayor afinidad por receptores D2 /D3) e inhibidores de la monoaminoxidasa B (IMAO-B) para corregir el defecto de dopamina propias de la enfermedad, se puede encontrar como efectos adversos, a pesar de lo poco común, el desarrollo de desórdenes como la hipersexualidad, lo cual acarrea un deterioro profundo en las distintas áreas de funcionalidad de las personas afectadas.

El papel de las etapas de desarrollo en el comportamiento sexual fuera de control “Adicción Sexual”

A pesar de los años, ha predominado un pensamiento sobre lo que es y significa la sexualidad. Este término ha sido tomado como una cualidad donde el individuo la experimenta

desde la pubertad hasta el primer coito, donde se experimenta el climaterio sexual, lo que hace en algunas circunstancias una idea inequívoca de la vida sexual, donde se deja a un lado otras de las etapas fundamentales en el desarrollo sexual del ser humano como lo son infancia y vejez.

Por esto, en cuanto a la infancia se maneja un marco de una concepción negativa de la sexualidad. Se le llamaba en su momento como una especie de “inocencia natural”, “inocencia” que era conveniente que fuera prolongada el máximo posible por el bien del niño. En el caso de la vejez, esta restricción vendría dada porque se suponía que, a partir de cierta edad, el deseo sexual iba desapareciendo, considerándose que quienes lo querían mantener aún vivo entraban en una confrontación con las leyes de la naturaleza. Una de las explicaciones que se da sobre esta percepción la arroja Wilhelm Stekel quien dice: “La vida sexual del ser comienza el mismo día de su nacimiento y acaba el de su muerte” (Dallayrac, 1972, p. 2). Esta idea, que ya había sido nombrada por diferentes autores, entre ellos Darwin (Heat, 1982), aparece con claridad sobre el tema cuando Freud en 1905 publica la obra “Tres ensayos para una teoría de la sexualidad”. En esta obra, y más concretamente en el segundo de estos ensayos titulado “La sexualidad infantil”, Freud afirma: “De la concepción popular del instinto sexual forma parte la creencia de que falta durante la infancia, no apareciendo hasta el período de la pubertad. Constituye esta creencia un error de consecuencias graves, pues a ella se debe principalmente nuestro desconocimiento de las circunstancias fundamentales de la vida sexual” (Freud, 1905, p. 40).

En las denominadas experiencias adversas infantiles se evidencian diferentes actos dolorosos, los cuales repercuten en un desarrollo sano del infante y son expuestas en su mayoría de veces en comportamientos no controlados cómo podría ser la hiperactividad o en caso extremo el aislamiento de su entorno; también actos como lo son la violencia intrafamiliar, divorcio de los padres, la muerte de un ser querido, abuso sexual o físico y abuso de drogas. La

presencia de estos actos puede estar relacionada con consecuencias adictivas más tarde en la vida de estas personas, tales como adicción al alcohol, a sustancias alucinógenas incluso a comportamientos sexuales fuera de control (Aaron, 2012).

Debido a lo anterior es importante resaltar que el ser humano desde el nacimiento se encuentra expuesto a desiguales factores que pueden intervenir en el desarrollo de las diferentes conductas y/o actitudes del ser humano, tanto ambientales como comportamentales, lo cual se ve reflejado en distintos actos que afectan sus diversos entornos. Como Freud lo planteó en el psicoanálisis, la importancia de la infancia en el desarrollo psíquico y de la personalidad, es base importante de la sexualidad en el desarrollo del ser humano. (Jones, Ernest (2003).

La literatura muestra que existen muchas posibles respuestas sexuales en el abuso sexual en la infancia, que van desde la retirada y la disfunción en un extremo del espectro de hipersexualidad y la compulsión por el otro (Easton et. al, 2011; Kendall-Tackett, Williams, y Finkelhor, 1993).

Por otro lado, se han realizado estudios como (Schwarz, Perry, 2007), donde se han descubierto diversos factores como el estrés, traumas, entre otros, que han sido experimentados en la primera infancia y que han demostrado alterar el desarrollo y funcionamiento de diferentes áreas del cerebro. En conjunto, esto sugiere que el impacto que a temprana edad tienen las experiencias traumáticas para el desarrollo subsecuente de comportamientos compulsivos.

Easton et al. (2011) realizaron una investigación donde trataron de mostrar la variabilidad que existe en el funcionamiento sexual de adultos que fueron abusados cuando niños y la comprensión de las diferentes variables que afectan las respuestas sexuales de estas personas en su etapa adulta, donde midió variables como, la edad de inicio de los abusos, género, aislando la

edad del inicio del abuso y naturaleza del propio abuso, midió también miedo a medida de las relaciones sexuales, la culpa durante el acto, problemas con el tacto, problemas con la excitación y la insatisfacción con el sexo. Los resultados de este estudio realizado por (Easton et. al 2011) al aislar la edad del abuso mostró que solamente un 29,8% abusados antes de los 6 años tenían miedo al sexo, mientras que el otro 52,5% que fue abusado posteriormente a los 6 años sentían este miedo al sexo. Por otro lado la culpabilidad en el acto sexual en jóvenes se reflejó en un 23,4% y en mayores de edad un 35,6%, en cuanto los problemas de excitación reflejaron en los jóvenes un 29,8% y en los adultos un 36,4% y en los insatisfechos sexualmente mostró en los jóvenes un 23,4% y en los adultos un 40,7%, estos fueron los resultados que obtuvo Easton et al. (2011), lo que ha llevado a tener un impacto significativo en el sentido teórico, como también en el trabajo clínico con personas que presentan diferentes dificultades sexuales que se han estudiado, como lo son la hipersexualidad y la disfunción, los cuales pueden estar siendo utilizados indistintamente como adicción al sexo.

También existen factores externos que están siendo estudiados e influyen en las diferentes dificultades sexuales que se han sido foco de estudio, como el temperamento, la disociación y trauma como el abuso sexual infantil, donde se ha tenido en cuenta los factores ambientales, tales como el ambiente general con la familia, tipo de abuso, la relación del agresor con el niño, la violencia, la cantidad de coerción, entre otros (Kendall-Tackett et al., 1993; Walker, Holman&Busby, 2009).

Las investigaciones que existen sugieren que los factores externos, tales como la calidad de vida en el hogar y capacidad de respuesta de los adultos que los cuidan, son factores importantes para la prevención de la exhibición de un niño frente a respuestas traumáticas de

abuso sexual en la infancia (Nash, Hulsey, Sexton, Harralson, y Lambert, 1993; Rind, Tromovitch & Bauserman, 1998).

Otro factor importante para el reconocimiento de las conductas sexuales fuera de control es si el agresor era conocido por el niño, en la medida y la duración del abuso, la fuerza empleada, y los mensajes negativos y avergonzando a las actividades por parte de personas en el entorno del niño son elementos de riesgo con un alto porcentaje de probabilidad de exacerbar el episodio traumático vivido por el niño. (Kendall-Tackett et al., 1993; Senn et al., 2007). Sin embargo, ninguno de estos factores es capaz de diferenciar en su totalidad los comportamientos posteriores del niño y el adulto, aunque apropiadamente explican de una u otra manera la gravedad de respuesta adaptativa del niño (Easton et al, 2011; Kendall-Tackett et al., 1993).

No obstante, existen solo dos factores distintos los cuales muestran una fuerte correlación entre la variable de inhibición sexual y la hiperactividad sexual a niños abusados en la infancia. Uno de estos factores es el género de la víctima, ya que los niños son más propensos a exteriorizar su comportamiento a través de la agresión, comportamientos compulsivos o comportamientos sexualizados, mientras que las niñas tienden a internalizar el comportamiento a través de síntomas de ansiedad relacionado con el abuso, y comportamientos depresivos (Heath, Bean, & Feinauer, 1996; Najman et al., 2007). Por lo tanto, los niños que son abusados en la infancia son más propensos a convertirse en hipersexuales, mientras que las niñas son el extremo de esta situación por lo tanto no muestran ningún interés hacia la exploración sexual (Najman et al., 2005).

En las distintas literaturas se encuentran distinciones donde se muestra como los hombres son más propensos a comportamientos sexuales compulsivos, a diferencia de las mujeres quienes

son más propensas a sufrir de algún tipo de disfunción sexual (Easton et al, 20011; Najman et al, 2005).

Además, es de mucha importancia tener en cuenta la edad de la víctima, lo cual parece afectar significativamente en el comportamiento de la víctima en su adultez. El más joven es el niño en la victimización, es más probable que él o ella su forma de responder a los abusos es con el comportamiento externo sexualizado (Kendall-Tackett et al., 1993). Sin embargo, los niños menores de 6 años están propensos especialmente a divulgar sus abusos a través de conductas agresivas y conductas sexuales inapropiadas internos (especialmente depresión) y externos (especialmente agresión y desórdenes del comportamiento) de conducta, incluso en esta etapa hay síntomas de conducta sexualizada y de inicio de actividades sexuales.

En niños que fueron abusados, por ejemplo, se ha hallado que están propensos a presentar diversas conductas sexuales inapropiadas, como lo son la masturbación excesiva, preocupación sexual, exhibicionismo y agresión sexual, con más frecuencia que los niños normales o clínicos (Friedrich, 1993). En otro estudio realizado por Adams et al.(1995),se reportó que el historial de abuso sexual era un predictor altamente significativo de tres subtipos de conductas sexuales inapropiadas; comportamiento hipersexualizado, exhibicionismo y conducta sexual agresiva. Los sujetos que presentaban conductas sexualmente inapropiadas tenían más probabilidad de haber sufrido un abuso sexual.

Por otro lado, en niños mayores de 12 años es más probable que su reacción esté basada en internalización de la conducta e inhibición a esta, tanto que llegue a estar temeroso a todo lo que esté relacionado con el sexo (Easton et al, 2011; Kendall-Tackett et al., 1993).

Todo esto nos muestra que tanto el comportamiento sexual compulsivo hipersexual y en un extremo del espectro y la disfunción sexual y la retirada por el otro son posibles respuestas comunes a abuso sexual infantil. Por ende, el esquema interno conduce a las diferentes respuestas del niño frente al abuso, ya sea una necesidad de promulgación sea de manera fóbica, ansiosa o incluso una reacción somática si el niño está respondiendo debidamente a un miedo externo que ve como maldad. Lo cual quiere decir que esta respuesta de la infancia son manifestadas en la edad adulta sea con un comportamiento sexual compulsivo (Hipersexualidad), o una disfunción sexual, todo esto varía dependiendo de hasta qué punto son afectadas las diferentes variables del infante y que tan traumático fue el suceso (Kathleen&Kendall-Tackett et al., 1993), como también pueden llegar a existir estímulos que produzcan una respuesta erótica por condicionamiento, reflejando conductas sexuales fuera de control; la sustitución de estímulos y la adquisición de nuevas respuestas se pueden realizar de varias formas, una de ellas es a través de la asociación de fantasías con orgasmo en la masturbación, lo cual puede llevar a una conducta sexual fuera de control y lo cual puede ir originando diversas fantasías a tal punto de llevar ese deseo a una realidad convirtiéndose de esa forma una primera experiencia sexual real, de tal forma que adquieren progresivamente más poder debido a la retroalimentación positiva proveniente del condicionamiento. También se puede aprender debido a la observación de modelos reales en la familia o en otras.

Por otra parte Neira (1983) considera un nuevo modo de ver las pluralidades de la conducta sexual fuera de control, al considerar que dependen de diversos componentes como la estigmatización de la humanidad, la cultura y así mismo de culturas pluralistas producto de los medios de información social, los intercambios turísticos que se presentan en las diversas, la concientización política de minorías sexuales y de los oprimidos por papeles y represiones

sexuales, los avances sexológicos como ciencia y el progreso de las ciencias psicosociales. Se proyecta así un nuevo desvío de humanismo que cambia la perspectiva de la conducta sexual humana y que enfatiza en los derechos de la persona a ser diferente y al bienestar en la vida privada sin que el Estado tenga potestad de inmiscuirse. Esta modificación auxilia el hecho de que las supuestas “anomalías” estén presentes tanto en diversidad, tipo y cantidad en las denominadas “mayorías” sexuales. Las diferentes significaciones tienen una historia en común pero cuando se emplean a la sexualidad tienen en la actualidad diferentes alcances. Inclusive se ha formado un gran hueco entre ellas. Mientras que los conocimientos afiliados con la perversidad proponen una escala de valores sexuales, estando las inmoralidades en la base de la escala; la variedad implica un continuo de conductas en el que un componente no tiene un valor más primordial que otro (Jurgenson, 1986).

Sexo y Cultura

Como se ha mencionado anteriormente, existe una falta de estudios sobre el comportamiento sexual, incluso en el significado de este en la cultura y en la sociedad. Esto también se extiende a sobre los riesgos en la salud que existen cuando no es manejado adecuadamente o no existe conocimiento alguno de qué es y cómo se debe manejar la sexualidad.

Sin embargo hay autores que llaman la adicción sexual con diversos términos, como lo que nos expone Klein quien la ha denominado “patología orientada” (Klein 2003, p. 8), quien no está de acuerdo con el termino de adicción sexual, lo que hace pensar, que pueden existir conductas que son tomadas por la sociedad y la cultura como un “ejemplo” a seguir, y que

pueden llegar a ciertos comportamientos sexuales debido a que se convierte en un diario vivir en la sociedad y tomándose como un comportamiento normal, sin tener en cuenta que en realidad están siendo orientados dependiendo de la cultura y religión.

Por lo tanto, si enfatizamos en las diferentes regiones del mundo podemos ver las percepciones, puntos de vistas o pensamientos acerca de lo que es esta temática, ya que todo esto se rige no solamente por la religión, sino también por la cultura en la que se encuentren las personas. Por ejemplo, en Colombia existen diversas etnias que conforman gran parte de la cultura del país, y es allí donde podemos encontrar si existen o no niveles preventivos sobre la sexualidad y como ven y manejan ellos este término. En estas etnias podemos encontrar los diversos ítems que pueden influir en el significado e incluso en el manejo de una relación sexual como lo son la religión, lo social, lo cultural, lo económico, lo político, e inclusive lo lingüístico.

Es así como comenzaremos hablar de las religiones y cómo se aproxima la sexualidad, existen diversas religiones, la cristiana, la católica, la musulmana, las hindúes, entre otras, pero cada una de ellas tiene diversas doctrinas acerca de la sexualidad, Russell dice: “La peor actitud de la religión cristiana, sin embargo, es la que tiene con respecto al sexo; es una actitud tan morbosa y antinatural que sólo se la puede comprender cuando se la relaciona con la enfermedad del mundo civilizado en el momento en que decaía el Imperio Romano” (Russell. 1979. p.20), patrones que se han venido modificando al pasar los años, pero sin embargo sigue importando el código ético y moral implantado por la religión y la cultura las cuales van de la mano influyendo de una u otra manera en la práctica y concepto de la sexualidad, teniendo en cuenta también como factor primordial las normas establecidas en las diferentes culturas del mundo entero.

En la cultura Latinoamericana y Europea predomina principalmente el cristianismo, donde la iglesia forja el sexo como algo prohibido, malo, e inclusive existen diversas críticas sobre el uso de anticonceptivos y recriminan la sexualidad en las parejas si el propósito no es fecundar. Sin embargo, a pesar de esta cantidad de limitaciones teóricas o religiosas una gran parte de la población son cristianos y un número mínimo de ellos sigue como tal esta normatividad (Padrones, E., 2013). Por otro lado, el resto de la población que no cumplen esta norma como lo rige la iglesia, se evidencia que la práctica de la sexualidad se vive completamente contrario a los que si se rigen por la norma, de modo más liberal tanto para hombres como para mujeres, porque ya no existe un sometimiento de la mujer como tal para complacer a sus maridos como sucedía años atrás, sino que en la actualidad solo les interesa cumplir con sus deseos sexuales y placer sin importar la norma. Es por esto, que en la actualidad no es mal visto que las parejas sostengan relaciones sexuales antes del matrimonio, a diferencia de los siglos anteriores, sin embargo, no van a dejar de existir críticas de la sociedad respecto a esta sexualidad libre, ya que hay normas impuestas por la religión históricamente hablando.

Sin embargo, la percepción que actualmente se maneja hoy en día sobre la libertad sexual es muy amplia, a diferencia del siglo XVII época en donde se determinó la sexualidad que era mirada con tapujos, prohibición e incluso encuadrado en la decencia y lenguaje moralizado, mientras que desde los siglos XX y XXI todos esos tabúes han disminuido dándole lugar a las “tecnologías sexuales” (Moncrieff, H., 2007), donde la sexualidad va de la mano con la moral, debido a que se toma al cuerpo como medio catalizador de las relaciones sexuales y sociales, por medio del cual se libera la moralidad buscando un placer, sellando de esta manera los tabúes existentes anteriormente impuestos por las religiones y algunas culturas.

Por otra parte, podemos ver como en algunos países asiáticos el sexo se vive según los ideales del taoísmo (Ilkkaracan & Jolly, 2007), donde se entiende el sexo como algo espiritual, tomándose como una práctica que es necesaria para que los seres humanos alcancen la energía del cuerpo con la creencia de lograr inmortalidad, así como el conocimiento o planeación de cada movimiento en el momento del coito.

Finalmente, se puede decir que a pesar de que existen formas de percibir, sentir y vivir la sexualidad, existen aún ideologías marcadas que llevan años luchando para que se sigan rigiendo por estas, debido a que las prácticas sexuales liberales de hoy en día siguen siendo influenciadas por los diferentes aspectos mencionados, pero principalmente por la cultura y la religión, no existe aún en su totalidad una libertad en la sexualidad, debido que sigue retenida por aspectos ya mencionados. Esto debido a que aquellos que no se adhieren a la normatividad o que no creen en una religión en específica y que mantienen relaciones sexuales constantes fuera de control o experimentan diversas situaciones no aceptadas y reconocidas por la sociedad son los llamados enfermos sexuales, sin darnos cuenta que la mercantilización del sexo aún produce en algunas personas confusiones al respecto de las conductas sexuales fuera de control lo que lleva a “el ego maduro de la personalidad civilizada preserva todavía la herencia arcaica del hombre” (Marcuse, 1968, p. 71).

“El mundo necesita mentes y corazones abiertos, y éstos no pueden derivarse de rígidos sistemas, ya sean viejos o nuevos” (Russell, 1979, p.8). Y es ahí donde se comienza a cuestionar que tanto puede influir la sociedad y la cultura en la relación sexual de los seres humanos, y si en realidad estamos preparados para asumir las concepciones que se van dando en la cultura, respecto a la adicción sexual, como también de que manera la publicidad y los medios de

comunicación ayudan con el auge de la sexualidad, distorsionando en algunos casos todas las consecuencias que hay detrás de una conducta sexual fuera de control, como por ejemplo en el 2005, Russell Edward Brand fue “tratado” por “adicción al sexo” en Keystone Filadelfia, sin esclarecerse si realmente era real la adicción o un acto de comedia del actor, sin embargo obtuvo la atención de seguidores que en su momento llamaban las conductas sexuales fuera de control como “adicción al sexo”, por lo tanto esta es algunas de las preocupaciones latentes, porque no existe real claridad sobre el termino y las supuestas instituciones que brindan tratamiento al mismo, sin que aún no existan estudios que ratifiquen este término como tal. (Reay, Attwood&Gooder, 2013).

Discusión

Cuando hablamos de comportamientos sexuales excesivos fuera de control en la actualidad, se manejan diversas concepciones como lo son: la adicción sexual, la compulsión sexual y la hipersexualidad, pero en la actualidad aun no es claro como poder definirla, tanto por la falta de consenso entre los profesionales como por la falta de investigación empírica que pueda validar algún constructo. Este trabajo está dirigido en términos de adicción sexual dado que consideramos la relevancia a nivel explicativo del desorden, así como a una mayor proporción de trabajos investigativos alrededor de la temática. No obstante, se revisan las tres concepciones que guardan mayor aceptación, porque así se logra obtener información importante en común que permite una mayor comprensión del desorden y del debate actual sobre su existencia.

Primero es importante ver que la sexualidad, además de ser una conducta aprendida, es una unidad biológica, que tienen componentes relacionados con la supervivencia (mantenimiento de la especie), por lo cual podemos hablar de un acto que en condiciones normales hace parte fundamental de los repertorios conductuales de las personas. Si a esto le sumamos que es una fuente motivacional, entonces nos permite entender que los problemas asociados con la compulsión sexual, la adicción sexual y la hipersexualidad, son al menos en parte, problemas motivacionales relacionados con desordenes en la forma en que se responde y se controla la motivación ante los estímulos sexuales.

Cabe señalar que la compulsión sexual habla de la resistencia inicial al impulso intenso, que con el tiempo la saciedad deteriora hasta hacerlo imposible de detener, y esto mismo se puede asociar en la adicción a sustancias al concepto de abstinencia y recaída típico en los adictos que aplica en la adicción sexual. Del mismo modo, la compulsión sexual indicaría que la intensidad del deseo sexual es cíclica donde una vez saciado se aumenta con el tiempo muchas veces con mayor fuerza, lo cual guarda relación con los procesos de tolerancia que se encuentra en los adictos a sustancias que aplica a la adicción sexual. Por último, en las tres concepciones se habla de la realización de la conducta sexual excesiva a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas. Esto se podría explicar en el sentido que el sexo es una fuente placer que al igual que las drogas u otras conductas hacen que la persona solo se centre en los beneficios a corto plazo (por ejemplo aliviar estados emocionales negativos o sencillamente la obtención de placer) mas no en los aspectos negativos a largo plazo que puede acarrear, donde el desarrollo del problema puede afectar a las personas cercanas y donde el sujeto sufre un deterioro progresivo en sus distintos niveles de funcionalidad.

Segundo en las diferentes concepciones, señalan varios estados emocionales alrededor de los comportamientos sexuales excesivos fuera de control, donde la excitación y el deseo marcan el inicio del acto, porque a partir de este se obtendrá una recompensa, que en este caso es el placer reflejado en un estado de ánimo alto que proporciona una reducción de la ansiedad y la evasión de estados internos dolorosos. Este sería un punto central a la hora del desarrollo de la adicción en las personas. Una vez los efectos de la recompensa han pasado, llama la atención ver que la persona desarrolla sentimientos de remordimiento o culpa por la conducta realizada. Al revisar la literatura se puede decir que estos sentimientos fortalecen un sistema de creencias erróneas, lo que puede llegar hasta el desarrollo de un pensamiento delirante alejado de la realidad que llevaría al individuo a la repetición de la conducta sexual como una adicción.

Tercero, al considerar los sentimientos de placer ligados a la recompensa y los sentimientos de culpa luego de la conducta, se puede llegar a ver estos dos aspectos como contradictorios. Es por esto importante nombrar la naturaleza egosintónica y egodistónica de la adicción sexual. La conducta sexual se vuelve adictiva es por su naturaleza egosintónica, donde tanto los pensamientos sexuales como la conducta en sí se perciben como apasionantes y positivos. El problema radicaría en que al generar creencias erróneas (por ejemplo, sexo como forma de evasión de problemas) se puede desarrollar un pensamiento delirante que con el tiempo se empeora, convirtiendo el comportamiento en menos agradable o egodistónico y más en un hábito o compulsión. Por lo tanto, esto podría decirnos que la motivación inicial por un reforzador positivo pasa a ser motivada por un reforzador negativo (el alivio del síndrome de abstinencia).

A nivel neurobiológico, la adicción sexual se explicaría de manera importante bajo los modelos de recompensa de los trastornos por sustancias, debido a que se ha encontrado que tanto

las sustancias adictivas, como los reforzadores naturales (sexo, alimento) trabajan con los mismos circuitos de recompensa en el cerebro, sin importar lo diferentes que estas puedan ser. Por lo tanto, al encontrar estas semejanzas se presenta la posibilidad de comprender la manera en que se producen los procesos de adicción sexual, aunque es importante el desarrollo de más trabajos empíricos que permitan encontrar su neurobiología específica y comprender sus particularidades en relación con las demás adicciones tanto conductuales como de sustancias.

En los adictos sexuales, al igual que en los adictos a sustancias, se encuentra que los sistemas de placer y sistemas de castigo funcionan de manera conjunta (Ruiz et al., 2012), porque dependiendo el estímulo se activará igualmente el sistema asociado, siempre manteniendo un equilibrio (Díaz et al., 2010), con lo cual además se asegura la sobrevivencia del individuo. A partir de lo consultado en los sistemas de recompensa y demás bases neurobiológicas, se podría explicar, el proceso adictivo sexual de la siguiente manera: cuando aparece el estímulo sexual, el sujeto anticipa y fantasea con la conducta sexual, lo cual activa el ATV aumentando los niveles de dopamina en el NAc, proyectándose a su vez a áreas como el hipotálamo que entre otras cosas se encarga de recibir información endocrina (testosterona) regulando la intensidad sexual y a la corteza prefrontal que se encarga tanto de la planeación como de la ejecución de la conducta de consumo. Al ejecutarse la conducta de consumo en este caso a nivel sexual, los niveles altos de dopamina generan el placer, que junto a la serotonina generan una sensación relajante, esta sensación placentera se prolonga por la liberación de endorfinas gracias al hipotálamo que contribuye a la modulación de la sensación. Al mismo tiempo el placer forma recuerdos en nuestra memoria que con intervención nuevamente de la dopamina (implicado en procesos de memoria) nos lleva a identificar el estímulo reforzador, lo

que genera la asociación y la búsqueda posterior a repetir la conducta sexual, funcionando entonces como un reforzador positivo.

Al volverse repetitiva la conducta sexual, los sistemas de recompensa se mantienen sobreactivos, lo cual con el tiempo van generando modificaciones en los receptores, principalmente de la dopamina, originando la creación del hábito adictivo y trayendo como consecuencia que el adicto aumente su conducta sexual, siendo esta cada vez mayor e incontrolable para así intentar alcanzar los efectos iniciales de placer. Con el transcurrir del tiempo se aumenta la cronicidad de la adicción sexual, las sensaciones placenteras disminuyen en la misma medida que las sensaciones displacenteras aumentan, expresándose entre otras, como sentimientos de culpabilidad que llevan al sujeto a intentar resistirse a la ejecución de la conducta problema. No obstante, estas mismas sensaciones displacenteras que lo llevan a evitar también lo llevan a repetir el comportamiento, producto al síndrome de abstinencia. Esto se acompaña por la activación del sistema de miedo, subyaciendo el sufrimiento de la persona. Las bases neurobiológicas estarían relacionadas con disminución tanto de los niveles de dopamina como de los de serotonina en el NAc y al aumento del factor liberador de corticotropina en la amígdala, logrando de este modo facilitar las respuestas típicas en la abstinencia, tales como: temblores, sudoración, hipotermia y aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Este síndrome genera que la búsqueda de la conducta sexual no sea por el placer, sino por la motivación de no sentirse mal, evitando así la abstinencia, y funcionando como un reforzador negativo.

Prosiguiendo con el nivel neurobiológico, parece ser que la dopamina puede ser el elemento neuroquímico central de la adicción sexual. Cuando se señalan áreas corticales u otros neurotransmisores posiblemente relacionados con la adicción sexual, tienen que ver ya sea con la

producción, modulación o inhibición de la dopamina. No obstante, esto sigue siendo solo una hipótesis, dado que aún no se encuentran investigaciones empíricas que demuestren elementos claros y propios solamente de la adicción sexual.

Del mismo modo, es posible de desarrollar conductas sexuales excesivas fuera de control con daños en estructuras neuroanatómicas ocasionados por infartos talámicos y tumores o lesiones en áreas prefrontales y del lóbulo temporal, así como con algunos tratamientos farmacológicos que se realizan por ejemplo con pacientes de parkinson, que al intentar corregir el defecto de dopamina propias de la enfermedad pueden originar efectos adversos, como el desarrollo de la hipersexualidad que acarrea un deterioro profundo en la persona afectada.

También es importante resaltar que las influencias ambientales negativas en las etapas de desarrollo de las personas generan cambios a nivel neuropsicológico, volviéndolos susceptibles a desarrollar conductas adictivas, por ejemplo los apegos en la primera infancia, entre padres e hijos, cuando son negativos afectan la capacidad de producir sus propios opiáceos endógenos lo que genera luego la búsquedas de opiáceos externos, también cuando se presentan adversidades o traumas se pueden elevar crónicamente los niveles de cortisol lo cual puede traer daños en los sistemas dopaminérgicos y encoger estructuras como el hipocampo, así mismo en general las experiencias traumáticas no permiten el desarrollo normal a parte de las ya nombradas anteriormente en el cerebro límbico o emocional y las zonas de control de impulsos.

Por lo tanto, las conductas adquiridas en la infancia son manifestadas en la edad adulta, ya sea como un comportamiento sexual compulsivo o una disfunción sexual, lo que depende de qué tipo de afectación haya tenido el niño en el episodio vivido. (Kendall-Tackett et al., 1993). Esto conlleva a que la conducta sexual fuera de control se vea de diversas formas. Por ejemplo,

Neira (1983) considera que el nuevo modo de ver las variedades de la conducta sexual fuera de control depende de todos los factores que rodean al ser humano como lo son la cultura, la sociedad, los medios de comunicación, los estudios e investigaciones acerca de la sexualidad, ya que esto ayuda para la formación de esquemas y conceptos con respecto a un tema en específico, y en este caso claramente frente a la conducta sexual fuera de control “adicción sexual”.

Por otra parte, la falta de investigaciones acerca del comportamiento sexual fuera de control, e inclusive en el abordaje que este puede tener dentro de la cultura como también dentro de las diferentes religiones, es lo que hace pensar, que a pesar de que en la actualidad exista un poco más de información y conocimiento respecto a la sexualidad y la libertad o pocos tabúes, aún sigue predominando la religión y la cultura lo cual influye de manera notoria en cada ser humano.

Conclusiones

En este trabajo se corroboró la diversidad de conceptos sobre la adicción sexual existentes, como lo son la adicción sexual, la compulsión sexual y la hipersexualidad. Es claro que aún no hay consenso científico alrededor de ningún concepto y, como se expresó a través del trabajo de grado, que esto se debe en gran medida a los limitados y escasos datos de investigaciones con evidencia neurobiológica y genética relacionados con las adicciones conductuales (Leeman & Potenza, 2013). Lo anterior también es congruente con lo encontrado por diferentes autores como Gold y Heffner (1998), Bancroft y Vukadinovic (2004) y Duarte y Thibaut (2010), al señalar que la mayoría de los trabajos se basan en la observación clínica (basadas en la subjetividad del observador) y no en investigaciones empíricas que contribuyan a

la validación de constructos. A pesar de las dificultades, este trabajo nos permitió un acercamiento científico sobre las diferentes concepciones existentes de los desórdenes sexuales fuera de control, lo cual nos permitirá en un futuro el desarrollo de investigaciones a nivel empírico y seguir aportando sobre los estudios acerca de este desorden.

A pesar de encontrar tres concepciones diferentes, estas tienen elementos en común sobre la conducta sexual fuera de control: la incapacidad de resistir al estímulo sexual, considerando aspectos como la naturaleza biológica y de placer del estímulo, el incremento de la intensidad sexual, la realización del acto a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas, los estados emocionales alrededor del desorden y la naturaleza egodistónica-egosintónica de la conducta. Siendo estos elementos una posible muestra de la posibilidad de unidad entre las distintas concepciones.

Los trastornos adictivos a sustancias de donde proviene el nombre de “Adicción sexual” a pesar de no tener la consistencia necesaria a nivel de criterios diagnósticos del DSM, si posee un valor relevante a nivel explicativo del desorden (Bancroft & Vukadinovic, 2004), porque permite comprender todo el desarrollo del proceso adictivo y bases neurobiológicas teniendo en cuenta los sistemas de recompensa, entre otras generalidades, aunque no arroja elementos diferenciales significativos que los separen del resto de adicciones ya que por ejemplo se considera que las adicciones activan el mismo circuito de recompensa en el cerebro sin importar lo dispares que puedan ser (Ruiz, Mendez, Lopez, Caynas & García, 2012; Wise, 1999). Por lo cual se hace necesario el desarrollo de nuevos trabajos de investigación a nivel neurobiológico que contribuyan en la búsqueda de marcadores biológicos para caracterizar de mejor manera la adicción sexual.

Las etapas del desarrollo sexual, tienen un papel significativo en la vida de los seres humanos, debido a que de todas esas experiencias vividas y todo lo que se observa y adquiere del entorno, influyen tanto en los esquemas psíquicos del ser humano, como y lo cual repercute en el comportamiento a futuro en la edad adulta, pero también toda la concepción que cada ser humano tiene o adquiere sobre las conductas sexuales fuera de control van de la mano del entorno.

Se concluye que a pesar de que existen formas de percibir, sentir y vivir la sexualidad, existen aún ideologías marcadas que llevan años luchando para que se sigan rigiendo por estas, debido a que las prácticas sexuales liberales de hoy en día siguen siendo influenciadas por los diferentes aspectos principalmente por la cultura y la religión; debido a que aquellos que no se adhieren a la normatividad o que no creen en una religión en específica y que mantienen relaciones sexuales constantes fuera de control o experimentan diversas situaciones no aceptadas y reconocidas por la sociedad son los llamados enfermos sexuales.

“El mundo necesita mentes y corazones abiertos, y éstos no pueden derivarse de rígidos sistemas, ya sean viejos o nuevos” (Russell, 1979, p.8). Y es ahí donde podemos decir que la influencia de la cultura y la sociedad predominan en gran parte en la relación sexual de los seres humanos y en la concepción que van creando en cuanto a la adicción sexual.

Referencias

- Aaron, M., (2012). The Pathways of Problematic Sexual Behavior: A Literature Review of Factors Affecting Adult Sexual Behavior in Survivors of Childhood Sexual Abuse, Sexual Addiction Compulsivity. *The Journal of Treatment & Prevention*, 19(3), 199-218.
- Adinoff, B. (2004). Neurobiologic processes in drug reward and addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 305-320.
- Alzate, H., (1987). *Sexualidad Humana*, Bogotá, Colombia: Editorial Temis.
- Ambroggi, F., Ishikawa, A., Fields, H., y Nicola, S. (2008). Basolateral Amygdala Neurons Facilitate Reward-Seeking Behavior by Exciting Nucleus Accumbens Neurons. *Neuron*, 59 (4), 648-661.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders*, Third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Ed., revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bancroft, J. (2008). Sexual Behavior that is “Out of Control”: A Theoretical Conceptual Approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4) 593–601.

- Bancroft, J., y Vukadinovic, Z.(2004).Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity, or What? Toward a Theoretical Model. *The Journal of Sex Research*,41(3), 225-234
- Baunez, C., Dias, C., Cador, M., y Amalric, M.(2005). The subthalamic nucleus exerts opposite control on cocaine and “natural” rewards. *Nature Neuroscience*, 8 (4), 484-489.
- Berlin, F.(2008). Basic science and Neurobiological research: Potential relevance to sexual compulsivity. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 623-642
- Berke, J., y Hyman, S.(2000). Addiction, dopamine, and the review molecular mechanisms of memory. *Neuron*, 25, 515-532.
- Boadie, W., y Charles, B. (2007). The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 64,327-337.
- Bolanos, C. yNestler, E.(2004). Neurotrophic mechanisms in drug addiction. *Neuromolecular Medicine*, 5, 9-83.
- Carnes P. (1991). Don't Call It Love. Recuperado de:
<https://books.google.es/books?id=WZbZAAAAQBAJ&pg=PA393&dq=Carnes+P.+Don+E2%80%99t+Call+It+Love&hl=es&sa=X&ved=0CCYQ6AEwAWoVChMI1-SR4M6YyQIViEImCh2F3AIs#v=onepage&q=Carnes%20P.%20Don%E2%80%99t%20Call%20It%20Love&f=false>
- Carnes, P. (2001).Out of the shadows: Understanding sexual addiction. Recuperado de:<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=b1C6->

IFkorYC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Out+of+the+shadows:+Understanding+sexual+addiction&ots=VSj-eY0p9z&sig=71djZcoYzLq5mtA2rfCTSuMRy8k#v=onepage&q&f=false

- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid, España. Pearson educación SA.
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., y Casas, M.(2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44(1), 23-31.
- Chambers, R. y Potenza, M. (2003). Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *The Journal of Gambling Studies*, 19(1), 53–84.
- Duarte, F., yThibaut, F.(2010).Sexual addictions. *The American Journal of drug and alcohol abuse*, 36, 254-260.
- Easton, S., Coohy, C., O’Leary, P., Zhang, Y., & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26, 41–50.
- Echeburúa, E.(2012).¿Existe realmente la adicción al sexo?. *Adicciones*, 24(4), 281-286
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014).Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 3(1), 65-74.
- Faisandier, K.,Taylor, J., y Salisbury R. (2012).What does attachment have to do without-of-control sexual behaviour .*New Zealand journal of psychology*, 40(3), 19-29.
- Francis, D y Meaney, M.(1999). Maternal care and the development of stress response. *Current Opinion in Neurobiology*, 9, 128-134.

- Fernández, M., González, M. Juego patológico e hipersexualidad debidos a tratamiento dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 37(2), 118-122.
- Gardner, E. (2011). Addiction and brain reward and antireward pathways. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 30, 22-60.
- Grant, J., Potenza, M., Weinstein, A., Gorelick, D. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241.
- Gil-Verona, J., Pastor, J., Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernández J., Maniega, M., Ramírez-González, L., y Cañizares-Alejos, S.(2003).Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de Neurología*, 36 (4), 361-365
- Giugliano, J. (2013). Sex addiction as a mental health diagnosis: Coming together or coming apart. *Sexologies*, 22(3),77–80
- Gold, S, Heffner,C.(1998). Sexual Addiction: Many Conceptions, Minimal Data. *Clinical Psychology Review*, 18(3), 367-381.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction an integrative review. *Biochemical pharmacology*, 75,266-322.
- Hall, P. (2011). A byopsychosocial view of sex addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3), 217-228.
- Ilkkaracan, P. y Jolly, S. (2007). Género y Sexualidad. Copyright Institute of Development Studies.Recuperadode:

http://www.bridge.ids.ac.uk/sites/bridge.ids.ac.uk/files/reports/Sexuality_OR_SP_Final.pdf

- Jones, E. (2003). *Vida y Obra de Sigmund Freud*. Barcelona, España: Editorial Anagrama
- Kafka, M. (2010). Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Archiv of Sexual Behavior*, 39, 377–400.
- Kathleen A., Tackett, K., (2000), Physiological Correlates of Childhood Abuse: Chronic Hyperarousal in PTSD, Depression, and Irritable Bowel Syndrome¹. *Child Abuse & Neglect*, 24, 799-810.
- Koob G., y Volkow, N.(2010).Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.
- Klein, M. (2003). Sex addiction: A dangerous clinical concept. *Siecus Report*, 31(5), 8–11.
- Leeman, R., y Potenza, M. (2013). A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: an emerging area of research. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58(5), 260-273
- Leknes, S., y Tracey, I.(2008).A common neurobiology for pain and pleasure. *Neuroscience*, 9, 314-320.
- Marcuse, H., (1968). *Eros y civilización; una investigación filosófica sobre Freud*. Segunda edición. Editorial Joaquín Mortiz.México.
- Maté, G. (2012) Addiction: Childhood Trauma, Stress and the Biology of Addiction. *Journal Compilation*, 1, 56-63.

- Maureira, F. (2009). Amor y adicción: comparación de las características neurales y conductuales. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(2), 84-90.
- Mendez, M., Ruiz, A., Prieto, B., Romano, A., Caynas, S., y Prospero, O.(2010).El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental*, 33(5), 451-456
- Merlo Pich E, Lorang M, Yeganeh M., Rodriguezde Fonseca, F., Raber, J., Koob,G., y Weiss,F. (1995). Increase of extracellular corticotropin-releasing factor-like immunoreactivity levels in the amygdala of awake rats during restraint stress & ethanol withdrawal as measured by microdialysis. *The Journal of Neuroscience*, 15(8), 5439-5447.
- Moncrieff,H., (2007). Sexualidad y Sociedad Moderna: El saber que no somos de un todo “libres”. *A parte Rei*, 50, 10-12.
- Muñoz, M., Pozo, J. Pubertad Normal y sus variantes. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2011. Pag 507. Revisado el 3 de Noviembre del 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Desktop/estradiol%20mujer.pdf>
- Nash, M., Hulsey, T., Neimeyer, R., y Lambert, W.(1998). Psychopathology associated with sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 572-573.
- Najman, J., Dunne, M., Purdie, D., Boyle, F., &Coxeter, P. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 517–526.
- Olsen, C.(2011).Natural Rewards, Neuroplasticity, and Non-Drug Addictions. *Neuropharmacology*, 61(7), 1109–1122.

- Ortiz E., O. E. (2007). El libro de la vida. Vivamos AMPM: manual de funciones cerebrales. Bogotá, Colombia: Artes Gráficas A y G Ltda. Recuperado de: <http://www.bubok.es/libros/4139/El-libro-de-la-vida-Manual-de-funciones-cerebrales-Vivamos-AMPM>.
- O'Leary, P., Coohy, C., & Easton, S. (2010). The effect of several child sexual abuse and disclosure on mental health during adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*(3), 275–289.
- Pare, D., Quirk, G., y Ledoux, J. (2004). New Vistas on Amygdala Networks in Conditioned Fear. *Journal of Neurophysiology, 92*, 1–9.
- Padrones, H. (2013). El sexo según culturas. Recuperado de: <http://suite101.net/article/formas-de-vivir-la-sexualidad-segun-culturas-a37046#.VhfOlyt>.
- Parker, R. y Angleton, P. (2007). Culture, society and sexuality. Recuperado de : <https://chairoflogicphiloscul.files.wordpress.com/2013/02/culture-society-and-sexuality.pdf>
- Pereira, T. (2008). Neurobiología de la adicción. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 73*(1), 9-24.
- Pruessner, J., Champagne, F., Meaney, M. y Dagher, A. (2004). Dopamine Release in Response to a Psychological Stress in Humans and Its Relationship to Early Life Maternal Care. *The Journal of Neurosciencie, 24*(11), 2825-2831.
- Phelps, E., y LeDoux, J. (2005). Contributions of the Amygdala to Review Emotion Processing: From Animal Models to Human Behavior. *Neuron, 48*(2), 175–187.
- Pinel, J. (2001). Biopsicología. Madrid, España. Pearson educación SA.

- Potenza, M.(2006).Should addictive disorders include non-substan cerelated conditions?.*Addiction, 101*(1), 142-151.
- Raff, H. y Levitzky,M.(2013).*Fisiología médica*. México DF, México. McGraw Hill education.
- Reay, B., Attwood, N. y Gooder, C. (2013).Investing Sex: The Short History of Sex Addiction. *Sexuality & Culture, 17*, 1-19.
- Rouaud, T., Lardeux, S., Panayotis, N., Paleressompouille, D., Cador, M., Baunez, C. (2010). Reducing the desire for cocaine with subthalamic nucleus deep brain stimulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 107*(3), 1196-200.
- Ruiz, A., Méndez, M., Romano, A., Caynas, S., y García, O.(2012). El cerebro adicto. *Revista Médica Universidad Veracruzana, Vol esp.*, 43-50.
- Russell, B., (1979). Why I am not a christian. (Josefina Martínez Alinari trad.) Hispano Americana, S.A. (EDHASA). Obra original publicada en 1927.
- Russo, S., Mazei-Robinson, M, Ables, J. y Nestler, E.(2009). Neurotrophic factors and structural plasticity in addiction. *Neuropharmacology, 56*(1), 73–82.
- Saiz, I. (2005).Bracketing Sexuality: Human Rights andSexual Orientation- A Decade of Developmentand Denial at the United Nations. SPW Working Papers, 2.Recuperado de: <http://www.sxpolitics.org/es/wp-content/uploads/2009/03/workingpaper2.pdf>
- Semple, R., Bolander, F. (2000). “Endocrinología bioquímica”. En T, Devlin. Bioquímica. (pp. 525- 533).Barcelona, España. Reverte SA.

- Senn, T., Carey, M., Vanable, P., Coury-Doniger, P. y Urban, M. (2007). Characteristics of sexual abuse in childhood and adolescence influence sexual risk behavior in adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 637–645.
- Solomon, R. y Corbit, J. (1978). An Opponent-Process Theory of Motivation. *The American Economic Review*, 68(6), 12-24.
- Schwarz, E. D. y Perry B. D. (1994). The post-traumatic response in children and adolescents. *The Psychiatric clinics of North America.*, 17(2), 311-326.
- Ulloque, F. (1999). Sistema cerebral del placer y de la drogodependencia. *Biomédica*, 19(4), 321-330.
- Vázquez-Sánchez, F., Rodríguez-Martínez, E. y Arés-Luque, A. (2010). Trastornos urinarios, disfunción sexual e hipersexualidad en la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 50 (2), 27-31.
- Wise, R. (1999). Neurobiología de la adicción. *Revista de Toxicomanías*, 18, 15-25.