



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Adicción al sexo, ¿mito o realidad?

Autora: Marina Almazán Bocos

Director: Juan Chicharro

Madrid, Abril 2019

Resumen

Tras el rechazo del trastorno de hipersexualidad en la última revisión del manual diagnóstico DSM 5. Cabe concretar a qué nos referimos cuando hablamos de este trastorno. Si pertenece a un problema del control de los impulsos, una adicción sin sustancia, una compulsión o un síntoma relacionado con cierto tipo de trastornos. Por ello, en el presente trabajo de fin de grado se realiza una revisión de la bibliografía sobre esta problemática desde los diferentes acercamientos que se han hecho en psicología, con el fin de dilucidar si existe suficiente bibliografía para considerar la adicción al sexo es un trastorno en sí.

Abstract

After the rejection of the hypersexual disorder in the last version of DSM 5. It is important to specify what we mean when we talk about this disorder. If it is a problem related to impulse control, an addiction without substance, a compulsion or a symptom related to some types of disorders. For all these, in this final degree project we do a bibliographical revision of this problem from different approaches that have been done from psychology, in order to elucidate if there is enough bibliography to consider sex addiction as a distinct disorder.

ÍNDICE

1. Introducción	
1.1. Sexualidad.....	2
1.2. Adicción.....	4
1.3. Problemas del control de impulsos.....	7
1.4. Trastorno obsesivo compulsivo.....	8
1.5. Hipersexualidad en manuales diagnósticos	
1.5.1. DSM.....	9
1.5.2. ICD.....	10
2. Metodología.....	12
3. Resultados	
3.1. Estadísticas de prevalencia.....	13
3.2. Impulsividad.....	15
3.3. Compulsividad.....	15
3.4. Adicción.....	16
3.5. Comorbilidad.....	17
4. Discusión.....	19
5. Bibliografía.....	23

1. Introducción

A lo largo de los años altos niveles de actividad sexual han sido vistos desde diferentes prismas como patológico, problema de impulsos, falta de control o simplemente relacionado con conductas consideradas inaceptables moralmente. La tendencia a estigmatizar a las personas que tienen una conducta sexual que se sale de la norma ha sido una constante en las diferentes culturas (Levine y Troiden, 1988). En el ámbito clínico no fue hasta los años 80, tras la aparición del modelo de los doce pasos (Steps, 1981) y su expansión a lo largo de Estados Unidos con diferentes grupos de Alcohólicos Anónimos, cuando aparecieron personas que consideraban sus conductas sexuales como una adicción. De esta manera, comenzaron a proliferar diferentes grupos como Sexadictos anónimos en California, Minnesota y Boston. Desde entonces, los profesionales en el estudio de la conducta humana han intentado llegar a un consenso en cuanto a los síntomas, causas y conceptualización de esta problemática.

Actualmente no existe unanimidad respecto a si los altos niveles de actividad sexual deben calificarse como una adicción o no. Ciertos autores consideran que si que debe considerarse como una adicción (Carnes, 1983) de tipo conductual (Alonso-Fernández, 1996), ya que consideran que existe una correlación entre el proceso de adicción con sustancia y lo que ellos llaman adicción conductual o adicción sin sustancia (Salas Blas, 2014). A su vez, otros autores hablan de una conducta sexual compulsiva (Coleman, Raymond y McBean, 2003), de una conducta sexual impulsiva (Gutierrez, Valladolid y de Fonseca, 2013) o de un trastorno relacionado con el control de impulsos (Kafka, 2010). Finalmente, hay autores que consideran que este tipo de conductas se debe considerar como un síntoma comorbido (Actis, Chicote, Cervera, y Víctor, 2015) relacionado con cierto tipo de patologías, más que como un trastorno en sí (Chiclana, 2014).

Sexualidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), entiende la sexualidad como *“una dimensión fundamental del hecho de ser un humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción”*(OMS, 2000). En esta definición,

podemos ver como el componente biológico (reproducción), el emocional (amor o la afectividad) y los componentes sociales como la orientación sexual o el género, forman parte del concepto de sexualidad. Cuando expresamos la sexualidad a través de comportamientos sexuales, entran en juego diferentes elementos de la personalidad del individuo, pero también de la cultura del mismo (Alonso-Arbiol, 2004). De esta manera, cuando hablamos de sexualidad también hay que tener en cuenta la cultura, es decir, el conjunto de creencias y costumbres de una sociedad (RAE). Alrededor de la sexualidad, existe también un componente cultural y por lo tanto unos hábitos comunes que quien no los cumpla se les considerará diferentes o desviados (Álvarez Villar, 1971). Por ello, existen autores que consideran que el concepto de adicción sexual podría tener su raíz más en la sociedad que en la persona (Alonso-Arbiol, 2004).

Actualmente, en pleno siglo XXI en la era de internet y tras la revolución sexual (Álvarez Villar, 1971) la barrera entre las prácticas sexuales aprobadas socialmente no está tan clara como en épocas anteriores (Wallace y Safer, 2009). Hoy en día existen diferentes maneras de vivir la sexualidad que en épocas anteriores la sociedad habría rechazado o considerado como inaceptables. En los últimos tiempos conceptos poliamor, donde existen relaciones entre más de dos personas con una implicación emocional con o sin relaciones sexuales (Haritaworn, Lin y Klesse, 2006); o relaciones abiertas, donde no existe exclusividad en el ámbito sexual con la pareja, han ido proliferando poco a poco en la sociedad occidental.

En el polo opuesto, nos encontramos con personas que no sienten atracción sexual por personas de ningún sexo (Asexual Visibility and Education Network, 2018). Este tipo de personas en la psicopatología han sido clasificados como personas que padecían trastorno del deseo sexual hipoactivo (DSM 5) (APA, 2013). Sin embargo, el colectivo considerados como asexuales reivindican su condición como una orientación sexual más. En este caso, la diferencia entre trastorno y orientación sexual, podría centrarse en el criterio B de dicho trastorno, en el que se hace hincapié en el malestar de la persona (Lund y Johnson, 2015). Este criterio, se debe de tener en cuenta siempre en la práctica clínica, pues los profesionales del estudio de la conducta no deben juzgar una conducta sin más, sino en relación al nivel de afectación en su área personal o social, que ésta pueda provocar en la persona.

Debido al momento en el que nos encontramos de despatologización (Timiti, 2014), cabe preguntarse si existe una necesidad real de clasificar la alta actividad sexual como una patología. Asimismo, se debe tener en cuenta a la hora de estudiar este fenómeno, los sesgos que podemos presentar los profesionales de la conducta en relación a la sexualidad, ya que existe una correlación clara entre cultura y sexualidad (Álvarez Villar, 1971), que se debe tener en cuenta a la hora de estudiar este tipo de problemática.

1.1. Adicción

Según la Real Academia Española (RAE), se entiende como adicción: *“Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico o afición extrema a alguien o algo”*. Dependencia y adicción, son dos palabras que en la literatura específica y coloquial suelen aparecer como sinónimos la una de la otra. Sin embargo, existen pequeñas diferencias entre ellas. Por un lado, se habla de adicción, se hace referencia a un comportamiento que escapa del control del sujeto, que tiende a repetir y tiene consecuencias negativas para él. Por otro lado, a la hora de hablar de dependencia aparecen procesos como la abstinencia o tolerancia (Alonso-Fernández, 1996). Se entiende como tolerancia a una necesidad de aumentar la cantidad de sustancia para conseguir el efecto deseado (DSM 5) (APA, 2013). En cuanto a la abstinencia, se trata de síntomas negativos que aparecen en el individuo si no se sigue consumiendo la sustancia. De este modo, podemos encontrarnos con adicciones o adicciones con dependencia.

Cuando se habla de una conducta adictiva, se debe tener en cuenta que ésta surge como una respuesta (consciente o no) del individuo para escapar de una situación u estado interno es decir, para evadirse de situaciones dolorosas (del Río y Martín, 2007). La conducta adictiva le produce al sujeto un alivio de su descontento y le proporciona satisfacción (Echeburúa, 2012), lo que hace que está se repita y se mantenga en el tiempo.

El proceso adictivo es fácilmente entendible cuando existe una sustancia adictiva, lo que comúnmente se conoce como drogas. En los procesos en los que hay una sustancia de por medio, al refuerzo positivo que se obtiene con la

sustancia se le suman procesos fisiológicos como la tolerancia y el síndrome de abstinencia (Fernández-Espejo, 2002). Sin embargo, de un tiempo a esta parte, han aparecido personas en las clínicas psicológicas que tenían síntomas que podrían considerarse análogos, pero no respecto a una sustancia, sino respecto a una conducta. De esta manera, aparecen las denominadas adicciones psicológicas o comportamentales, adicciones sin sustancia o términos similares. Respecto a la definición de este tipo de adicciones, no existe un consenso claro en la literatura.

Hay autores que consideran que estas adicciones sin sustancia, funcionan prácticamente de la misma manera que las adicciones con sustancia (Alonso-Fernández, 1996). Ya que se trata de acciones que de manera reiterada llevan a cabo las personas, de las que en un primer momento obtienen recompensas satisfactorias. Más adelante deben dedicarle más tiempo para obtener las mismas recompensas (tolerancia). Y progresivamente deben llevar a cabo la conducta para evitar consecuencias negativas (abstinencia). Dentro de estas consecuencias negativas las clasifican en:

- Consecuencias negativas en el ámbito personal: distorsiones en el pensamiento u obsesiones, esquemas de *desconexión*, *dependientes* y *subyugación* (Estévez y Calvete, 2007). Cansancio, ansiedad, malestar físico, estrés (Berner y Santander, 2012). Agresividad, culpa y vergüenza (Montalvo y Echeburúa, 1998).
- Consecuencias negativas en el entorno. Debido al tiempo que se dedica a la conducta adictiva, la persona puede tener problemas en el ámbito laboral o conflictos familiares (Cruzado et al, 2006).
- Consecuencias negativas en el ámbito social. De la misma manera que con la familia y el trabajo, el tiempo dedicado a la conducta adictiva, se le resta al tiempo con amigos y de ocio, lo que resiente estas relaciones (Salas Blas, 2014).

Diversos autores cuestionan esta manera de entender la conducta excesiva como un adicción conductual o sin sustancia y consideran que la adaptación de los síntomas de las adicciones con sustancia a las adicciones conductuales es algo forzada y que existe el peligro de sobrepatologizar las conductas (Billieux,

Schimmenti, Khazaal, Maurage y Heeren, 2015) (Kardefelt-Winther et al, 2017). A su vez, consideran que los síntomas que describen pueden aparecer en relación a muchas actividades sin que esto suponga un problema clínicamente significativo (Griffiths, 2005). Además, cuando se utilizan los síntomas de las adicciones sin sustancia con lo que ellos denominan adicciones comportamentales, se olvida que lo que en una situación puede considerarse problemático, puede no serlo en otra (Kardefelt-Winther et al, 2017). Por todo ello, se han propuesto los siguientes criterios para calificar una conducta excesiva como una adicción comportamental (Kardefelt-Winther et al, 2017):

- A. Malestar significativo como consecuencia directa de la conducta.
- B. Persistencia en la reiteración de la conducta.

Esta clasificación, puede considerarse poco específica y por lo tanto poder aplicarse a muchas conductas que pueden no ser adictivas. Esta inespecificidad en la conceptualización de la adicciones comportamentales, hace que corramos el riesgo de patologizar conductas habituales (Kardefelt-Winther et al, 2017).

En general, cuando en la literatura se habla de adicciones sin sustancia nos encontramos con la adicción a internet, adicción al trabajo (workaholic), adicción a las compras (shopaholic) o al sexo, entre otras (Salas Blas, 2014). Algunos autores consideran que prácticamente todos los comportamientos sanos y satisfactorios podrían convertirse en adictivos (Echeburúa, Amer y Cerea 1998), lo que podría hacernos recaer en un sobrediagnóstico de conductas adictivas (Billieux, Schimmenti, Khazaal, Maurage y Heeren, 2015).

1.2. Problemas del control de los impulsos

Además de la calificación de adicción conductual, existen autores que consideran la conducta adictiva como un problema del control de impulsos. De hecho la propuesta diagnóstica de trastorno hipersexual (Kafka, 2010) para el DSM 5 (APA, 2013) pretendía incluirse en el apartado de problemas del control de impulsos.

La impulsividad es una tendencia conductual sin un razonamiento o evaluación previa de las consecuencias (Evdenden, 1999), de manera que en muchas ocasiones la persona impulsiva actúa de manera automática (Hogart, 2011). A grandes rasgos, la impulsividad está compuesta por:

- 1) Fallo en la capacidad planificadora y predictiva.
- 2) Poca capacidad de control y constancia.
- 3) Búsqueda continua de nuevas experiencias.
- 4) Urgencia. (Michalczuk, Bowden-jones, Verdejo-García y Clark L. 2011).

La dificultad para controlar la conducta es un criterio diagnóstico presente en todos los trastornos considerados de tipo impulsivo. Actualmente, dentro de este apartado en el DSM 5 (APA, 2013), se consideran trastornos de esta tipología a la cleptomanía, tricotilomanía, piromanía y el trastorno explosivo intermitente.

Existen autores que consideran que la impulsividad y la adicción están relacionadas y que de hecho la impulsividad juega un papel importante en los primeros estados de la conducta adictiva (Gutiérrez, Valladolid y de Fonseca, 2013). Debido a ello, existe una dificultad a la hora de delimitar las adicciones de los trastornos del control de impulsos, sobre todo cuando no existe una sustancia adictiva de por medio. De ahí, que hasta la versión anterior del manual diagnóstico (APA, 1987), el juego patológico o ludopatía se encontrara en este apartado del manual.

1.3. Trastorno obsesivo compulsivo

Además de cómo una adicción y un problema del control del control de impulsos, se han relacionado los altos niveles de actividad sexual con el trastorno obsesivo compulsivo. Se entiende como sexualidad compulsiva un patrón de participación en actividades sexuales de manera reiterada y escalada, que tiene la capacidad de producir consecuencias negativas para la persona u otros (Dodge, Reece, Cole y Sandfort, 2004).

El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno de tipo ansioso caracterizado por las obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamiento, ideas o impulsos repetidos que invaden al sujeto (APA, 2013), que el sujeto experimenta como ajeno a él y a pesar de considerarlo ilógico, no puede librarse de él (Matussek, 1959). Las compulsiones, son acciones llevadas a cabo por el sujeto con el fin de eliminar o disminuir el malestar que estos pensamientos le provocan (APA, 2013). Cuando la conducta que realiza la persona que comete este trastorno es por ejemplo el llamar 3 veces a la puerta o el tener una higiene extrema, no solemos tener problemas para diagnosticar este trastorno, en cambio, ¿qué pasa cuando la compulsión es una conducta sexual? Autores que defienden la existencia de una adicción al sexo, consideran que para diferenciar una conducta sexual adictiva de una conducta compulsiva, hay que tener en cuenta lo siguiente (Alonso-Fernández, 1996):

Característica	Compulsión	Adicción
Rasgo principal	Representaciones o ideas	Impulso
Coherencia con el yo	Egodistónica	Egosintónica
Reflexión	Excesiva	Poca o inexistente
Capacidad de rechazo	Inexistente desde los primeros momentos	Perdida a lo largo del tiempo
Experiencia de autorrealización	Negativa	Positiva

Tabla 1. Diferencias entre compulsión y adicción. Recuperado de: Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas: alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo*. Temas de hoy.

Según esta tabla ilustrativa, podemos ver como una conducta sexual excesiva, que puede parecer que se realice de manera compulsiva, pues de hecho tiene por finalidad en ambos casos aliviar los síntomas negativos, tiene diferencias

en cuanto a si hablamos de un trastorno obsesivo compulsivo o si hablamos de una adicción comportamental. Comenzando con la coherencia con el yo, donde los obsesivos compulsivos sienten que las ideas no concuerdan con su yo (egodistónica) y en cambio el adicto considera el impulso como algo acorde con su yo (egosintónico). La impulsividad, es el rasgo más diferenciador entre ambos trastornos, tanto para definirlos como a la hora de diferenciarlos, pues el razonamiento de las ideas precursoras de la conducta los diferencia significativamente. Finalmente, se considera que la persona en los primeros estadios del proceso adictivo tiene una capacidad de decisión que la persona compulsiva no tiene.

1.4. Hipersexualidad en manuales diagnósticos

1.4.1. DSM

En el Manual diagnóstico DSM, de la American Psychological Association (APA) (asociación americana de psicología) desde su primera edición en 1952 ha tenido en cuenta la adicción sustancias como una tipología diagnóstica (Portero, 2015) sin embargo, no ha tenido tan en cuenta lo que algunos autores denominan como adicciones sin sustancia o comportamentales. En el caso de la adicción al sexo, se ha dejado la puerta abierta a su diagnóstico con el *desorden psicosexual no específico*. En este apartado en el DSM III (APA, 1980) se añadió la siguiente definición como alternativa diagnóstica: *malestar debido patrón sexual con diferentes personas, quienes existen son utilizadas como un objeto*. Siete años más tarde, en su revisión DSM-R (APA, 1987) se añadió como categoría diagnóstica la adicción sexual no parafilica como: *malestar debido a las consecuencias de conducta sexual u otras formas no parafilicas de adicción sexual, involucrando una sucesión de personas utilizadas como un objeto*.

Algo más reciente, en el DSM-IV (1987), se prescinde de la palabra adicción para definir este tipo de conductas y vuelve a incluirse en el trastorno sexual no específico como un posible diagnóstico: *malestar debido a un patrón de relaciones sexuales que implican una sucesión de gente entendida como un objeto* (Kafka, 2010). En la última revisión del DSM-V (APA 2013), se propusieron los siguientes criterios para añadir el trastorno hipersexualidad en el manual que

correlacionan con los síntomas encontrados en un estudio realizado con un centenar de personas consideradas adictas al sexo (Carnes, 1992):

A. Durante al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes e intensas y deseo sexual apremiante, así como conducta sexuales asociadas a cuatro o más de los siguientes cinco criterios:

- 1. Cantidad de tiempo excesiva invertida en fantasías y deseos sexuales, así como en la planificación y realización de conductas sexuales.*
- 2. Fantasías, deseos y conducta sexuales repetidas en respuesta a estados de ánimo disfóricos.*
- 3. Fantasías, deseos y conductas sexuales repetidas en respuesta a situaciones vitales estresantes.*
- 4. Intentos persistentes pero infructuosos para controlar o reducir significativamente las fantasías, deseos y conductas sexuales.*
- 5. Implicación repetida en conducta sexuales ignorando el riesgo físico, psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo o para otras personas.*

B. La frecuencia o intensidad de las fantasías, deseos y conductas sexuales provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

C. Las fantasías, deseos y conductas sexuales no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a episodios maníacos.

D. El sujeto es mayor de 18 años.

(Kafka, 2010)

A pesar de que en esta versión del DSM se añadió el apartado de adicciones sin sustancia, únicamente se ha incluido el juego patológico en este apartado, rechazando el trastorno de hipersexualidad como diagnóstico.

1.4.2. ICD o CIE

Además del manual diagnóstico DSM de la American Psychological Association, existe otro manual diagnóstico que es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ICD (International Association of Diseases) o CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades). En la penúltima versión del ICD 10 (OMS, 2016) dentro del apartado de disfunciones sexuales no causadas por desorden orgánico o enfermedad el diagnóstico *excessive sexual drive o impulso sexual excesivo*, haciendo referencia a la ninfomanía (*nymphomania*) y la satiriasis. Estos dos últimos términos hacen referencia a una excesiva conducta sexual por parte de la mujer y del hombre respectivamente.

Tras no definir demasiado lo que este manual entendía como impulso sexual excesivo, en la última versión del ICD van un paso más allá. El ICD 11 (OMS, 2018) incluye dentro del apartado de trastornos del control de impulsos el diagnóstico de *compulsive sexual behavior disorder o trastorno compulsivo de la conducta sexual* definiéndolo como:

Conducta sexual compulsiva caracterizada por un patrón persistente en el control de intensos, repetitivos impulsos sexuales o deseos resultando en una conducta sexual reiterada. Los síntomas pueden incluir:

- *Actividades sexuales que se convierten en el foco central de la persona hasta el punto de ser negligente con su salud y cuidado personal u otros intereses, actividades y responsabilidades.*
- *Numerosos infructuosos esfuerzos por reducir de manera significativa la conducta sexual reiterada.*
- *Continuar con la conducta sexual repetitiva a pesar de las consecuencias adversas o derivadas o no obtener satisfacción por la conducta.*

Patrón de del fallo de control del intenso, repetitivo impulso sexual o deseo resultando en una conducta sexual reiterada se manifiesta y se extiende en el tiempo (6 meses o más) y causa un significativo sufrimiento e impedimento en a nivel personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas significativas de la persona. La angustia o sufrimiento relativo a los juicios

morales y desaprobación de los impulsos, deseos y conductas sexuales no es suficiente para cumplir este criterio.

Como puede apreciarse, tanto la aceptada categoría trastorno compulsivo de la conducta sexual en el *International Classification of diseases 11* (OMS, 2018), como la rechazada categoría de trastorno de hipersexualidad del DSM 5 (Kafka, 2010) comparten criterios diagnósticos, por no decir que son prácticamente los mismos. Tras revisar estos criterios diagnósticos, cabe preguntarse si este diagnóstico se puede considerar como una adicción sin sustancia, un problema en el control de los impulsos, una compulsión o una sintomatología relacionada con cierto tipo de trastornos.

2. Metodología

En el presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la adicción comportamental o trastorno de hipersexualidad. La búsqueda de bibliografía utilizada se ha hecho en tres niveles.

En un primer nivel, se utilizaron diferentes libros relacionados con la sexualidad como *Sexo y cultura* (Álvarez Villar, 1971) o *Antología de la sexualidad humana* (Rubio, 1994). Asimismo, se utilizaron diferentes artículos relacionados con la sexología, psicología y sociología, con el fin de comprender no sólo la sexualidad en relación al individuo, sino en relación a la sociedad y la cultura.

En un segundo nivel, se realizó una búsqueda en diferentes buscadores como Google Scholar, Dialnet, SciELO o PsycNET con palabras clave como: adicción, adicción sin sustancia, adicción comportamental, adicción al sexo y sus respectivas traducciones y sinónimos: *sex addiction*, *behavioral addiction*, sexualidad compulsiva, *compulsive sex*, sexualidad impulsiva, *impulsive sex*, etc. La lectura de dichos artículos se complementó con la lectura de libros que abordaban esta temática como: *Las otras drogas* (Alonso-Fernández, 1996), *Drogas y adicciones en la sociedad actual* (López, 2006) y *Las adicciones: qué son, por qué surgen y cómo combatirlas* (Hodgkinson, 1987). A su vez, durante toda la revisión bibliográfica, se han utilizado los manuales diagnósticos de referencia para psicología DSM (APA) y ICD (OMS).

Finalmente, en un tercer nivel, a lo largo de la organización de la información y metodología, se han utilizado los buscadores nombrados en el párrafo anterior, para buscar terminología u información más específica con el objeto de enriquecer y llegar a comprender de una manera más precisa los fenómenos relacionados con la hipersexualidad. Por lo que se buscó bibliografía relativa al control de impulsos, trastorno obsesivo compulsivo y las otras adicciones comportamentales como la adicción a internet o las compras.

3. Resultados

3.1. Estadísticas de prevalencia

Cuando se analizan los diferentes estudios sobre adicción al sexo, trastorno de hipersexualidad, trastorno compulsivo de la sexualidad o terminología similar, se encuentran diferentes estadísticas que estiman que la prevalencia de esta problemática se encontraría entre un 3-5% según la Society for the Advancement of Sexual Health, o incluso hay estudios que hablan de hasta un 12% de varones con esta problemática (Långström y Hanson, 2006).

Los primeros estudios se remontan a los años 50, donde analizó una muestra de población no clínica de más de 5000 varones (n=5300) y se midió la frecuencia de su actividades sexuales. Los resultados fueron que en un 7,6% de la muestra de hombres americanos encuestados habían tenido al menos 7 relaciones sexuales a la semana en los últimos 5 años consecutivos (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948).

Tres décadas más tarde, en los años 90, se realizó un nuevo estudio con varones blancos adolescentes de secundaria y universitarios (n=1077). Los resultados fueron que un 5% de estudiantes de secundaria y un 3% de estudiantes universitarios se masturbaban al menos 7 veces por semana (Atwood y Gagnon, 1987). Algo más de diez años después, se realizó un nuevo estudio con estudiantes varones universitarios. En este estudio se estimó que los estudiantes universitarios varones se masturbaban una media de 12 veces al mes.

No fue hasta finales de los años 90 cuando aparecieron las primeras investigaciones sobre frecuencia de conducta sexual que incluían mujeres en su

muestra. A pesar de incluir al otro sexo, sólo se encontraron resultados significativos en hombres (n=1320). En esta muestra se encontró que el 1,9% de los participantes se masturbaban diariamente en el último año y un 1,2% más de una vez al día (Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994).

Asimismo, fue en 2006 (Långström y Hanson, 2006) en un estudio realizado en Suecia, es donde se encontraron los resultados más llamativos. Este estudio se analizó una muestra de 1279 hombres y 1171 mujeres, en edades comprendidas desde 18 a 60 años. Debido a que estudios previos sobre frecuencia en la actividad sexual encontraron una correlación positiva entre felicidad y alta actividad sexual (Laumann et al, 1994), y por el contrario una correlación negativa entre felicidad y masturbación. Debido a esta correlación, consideraron que las conductas en las que debían centrar su investigación eran aquellas en las que el sexo era de tipo impersonal. En esta investigación se consideró “sexo impersonal” como una conducta sexual que principalmente se focalizaba en el acto sexual en sí mismo. De esta manera, consideraban indicadores de sexo impersonal el masturbarse 15 veces o más al mes (11,4% de la muestra) en el caso de los hombres, y 5 o más en el caso de las mujeres (10,6%); la visualización de 31 veces o más de pornografía en el último año en el caso de los hombres (9,8%) y de 4 o más en el caso de las mujeres (10,5%); el número de parejas sexuales en el último año de 3 o más en el caso de los hombres (10%) y de dos o más en el caso de las mujeres (12,3%); y el haber tenido una relación fuera de una relación esta o matrimonio, tener en ese momento más de una pareja sexual estable, la preferencia de sexual casual frente a una pareja estable o haber practicado sexo en grupo. Partiendo de estos barómetros, los resultados de la muestra son que un 12,1% (n=151) de los hombres y un 6,8% (n=80) de las mujeres tenían hipersexualidad. A su vez, en esta misma investigación se encontró que existen correlaciones positivas con los considerados hipersexuales (tanto hombres como mujeres) con actividades como fumar tabaco, uso de sustancias e insatisfacción con la salud psicológica y vida en general. Asimismo, se encontró correlación positiva del grupo de hipersexualidad con las personas que respondieron afirmativamente a la cuestión “*Did you grow up with both your parents? (¿creciste con tus dos padres?)*”. Lo que se interpretó como una correlación positiva entre la separación de los padres e hipersexualidad.

Las investigaciones aportadas hasta el momento en este apartado, son las recogidas por Kafka (Kafka, 2010) en su artículo donde propone realiza una propuesta diagnóstica del trastorno hipersexual. Según dicho autor, estas investigaciones apoyan la existencia de estas conductas hipersexuales y su correlación con indicadores disfuncionales sociales y personales.

3.2. Impulsividad

Como ya se expuso con anterioridad, una de las explicaciones que se le intenta dar a la hipersexualidad es relacionarlo con un problema del control de los impulsos. La razón de esta conexión es que a las personas que tienen problemas en el control de los impulsos tienen una tendencia a no planificar sus acciones, así como el no prever sus consecuencias negativas (Potenza y De Wit, 2010).

Diferentes estudios han encontrado una correlación positiva entre personas con hipersexualidad e impulsividad (Miner et al, 2009). En un reciente estudio, se encontró que casi la mitad de las personas consideradas hipersexuales (48%) presentaban altos niveles de impulsividad (Reid et al, 2014). Lo que nos hace preguntarnos como se explica la conducta hipersexual en el restante 52% de la muestra. Asimismo, un estudio comparativo con personas que padecían Parkinson, entre impulsividad y otras conductas consideradas excesivas, adictivas o compulsivas como las compras o el juego patológico, encontraron que la hipersexualidad correlacionaba significativamente en menor medida que el resto de conductas “adictivas” con la impulsividad . En este mismo estudio se encontraron resultados similares respecto a la compulsividad (Voon et al, 2011).

A pesar de la significancia de estas correlaciones, en las investigaciones no se ha encontrado una coincidencia del 100% para relacionar la conducta hipersexual con la impulsividad. Aun así, hay autores que consideran que estos resultados son suficientes para hablar de un componente impulsivo en la hipersexualidad y otras conductas consideradas adicciones conductuales (Gutiérrez, Valladolid y de Fonseca, 2013).

3.3. Compulsividad

Cuando hablamos de compulsividad, nos referimos a una conducta motivada por un intento de eliminar o evitar un estado interno negativo o aversivo para la persona (Goodman, 1992). Hay autores que consideran que la conducta hipersexual cumple esta función de eliminar o evadir a la persona de síntomas o estados negativos, por lo que consideran que la Compulsividad Sexual es un término adecuado para definir esta conducta (Anthony y Hollander, 1993).

A pesar de que la reiteración de la conducta de personas que tienen hipersexualidad, puede resultar análoga a las personas que padecen un trastorno obsesivo compulsivo (Kor et al, 2013), la conducta hipersexual hay autores que no la consideran compulsiva. La razón por la que estos autores explican la imposibilidad de que esta conducta se considere como compulsiva es porque la persona obtiene placer de la conducta (APA, 2000). Las personas que tienen problemas con su hipersexualidad manifiestan obtener placer antes, durante y después de la conducta sexual, por lo que no consideran que no puede entenderse como una compulsión (Coleman, 2003). Aun así, estudios posteriores han seguido utilizado el término conducta sexual compulsiva (Derbyshire y Grant, 2015), llegando a utilizarse este término en la definición del ICD-11 (OMS, 2018).

3.4. Adicción

Como ya se expuso en apartados anteriores, a parte de las investigaciones que hablan de un problema relacionado con el control de impulsos o como una compulsión, existen profesionales que consideran que el término adicción es el más adecuado para definir este tipo de conductas sexuales. Estos autores consideran que existe una analogía entre la adicción con sustancia y conductas repetitivas que el sujeto siente que no controla y que le producen un malestar (Salas, 2014). Asimismo, algunos autores hablan de procesos y consecuencias derivadas de la conducta semejantes a las de las sustancias (Alonso-Fernández, 1996). Los autores a favor del término adicción para definir este tipo de comportamiento lo definen como un deseo sexual que reduce la capacidad del sujeto de controlar la conducta sexual, la cual persiste a pesar de las consecuencias negativas (Carnes, 1992).

En cuanto a estudios de adicción al sexo, no abundan en la literatura. De hecho, algunos autores han puesto el foco en la escasez de investigaciones al respecto y por la tanto las lagunas de conocimiento sobre este tipo de conductas (Potenza, 2006) (Kraus, Voon y Potenza, 2016). Aun así, autores como Carnes (Carnes, 1992) (Carnes, 2005), han desarrollado amplia literatura hablando de adicción al sexo, aunque muchas veces sin especificar su metodología y fuentes. De esta manera, podemos encontrar artículos que hablan de una similitud en el proceso adictivo de la conducta sexual y la relaciona con sustancias. Estos artículos hablan de tolerancia, cuando se necesita mayor tiempo en la conducta adictiva para obtener los mismos niveles de gratificación y de abstinencia, cuando aparecen síntomas negativos al reducir la conducta y hablan de muestras significativas de adictos al sexo como 1267 sujetos (Carnes, 2005). La problemática de estas investigaciones viene cuando no se especifica cuáles son los criterios para habla de adictos al sexo, ni se realizan estudios que apoyen dichos síntomas, más que hablar de casos concretos en su explicación.

Por otro lado, a la hora de hablar de tolerancia. Se presupone que si en la hipersexualidad existiera una tolerancia como tal, las personas que tienen una “adicción al sexo” mayores niveles de actividad sexual. Sin embargo, en un estudio realizado con personas en tratamiento por adicción al sexo, sexo compulsivo o sexo impulsivo y un grupo de control, no se encontraron diferencias entre estos dos grupos en cuanto a frecuencia en la actividad sexual (Winters, Christoff y Gorzalka, 2010). Asimismo, en dicho estudio y en algunos posteriores (Carvalho et al, 2015), muestran diferencias entre la actividad sexual y el deseo sexual de personas consideradas hipersexuales, lo que pondría en duda también la idea de que estas conductas no pueden ser controladas por parte de los sujetos.

3.5. Comorbilidad

En la psicología, y en otras disciplinas de las ciencias de la salud, se utiliza el término comorbilidad para hablar de la presencia de más de un trastorno o enfermedades en una misma persona. Entre las personas consideradas hipersexuales o términos análogos, se han encontrado comorbilidad con diferentes trastornos recogidos en los manuales diagnósticos.

Un estudio realizado con 102 sujetos, de los cuales 32 eran adictos al sexo, 32 jugadores patológicos y 38 eran no adictos, se encontraron diferencias en cuanto a las características de personalidad. Entre los adictos al sexo, se encontró que puntuaban significativamente más alto en los ítems relacionados con depresión, obsesivo-compulsivo y ansiedad. Por lo que los autores consideran que las conductas hipersexuales podrían explicarse como una forma de hacer frente a esta sintomatología (Raviv, 1993).

Posteriormente, se realizó un estudio con 31 personas que se consideraban adictas al sexo y un grupo de control. Los resultados de este estudio, fueron que en las personas consideradas adictas se producía un aumento en el interés sexual cuando experimentaban estados negativos como ansiedad y depresión en comparación con el grupo de control (Bancroft y Vukadinovic, 2004). Lo que refuerza la idea del estudio anterior de la existencia de relación entre ciertos sentimientos aversivos para las personas y una acentuación del interés sexual.

En diferentes estudios a lo largo de los últimos años con pacientes considerados adictos al sexo, o que padecían sexualidad compulsiva o impulsiva, se ha encontrado correlación positiva con diferentes trastornos del eje I. Dentro de los trastornos del eje I del manual diagnóstico DSM 5 (APA) se encontrarían trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias o trastornos del control de impulsos entre otros. En un pequeño estudio realizado con personas que se entendía que padecían sexualidad compulsiva, se encontró que un 100% de la muestra había cumplido criterios diagnósticos del eje I (Raymond, Coleman y Miner, M. 2003). Asimismo, se encontró que las personas que padecían trastorno hipersexual, puntuaban significativamente alto en depresión, obsesivo compulsivo y sensibilidad interpersonal, entendida como miedo a estar solo (Reid, Carpenter y Lloyd, 2009).

En estudio más reciente, encontró que el 61% de los encuestados que contestaban afirmativamente a la pregunta: ¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales sin pensar en las consecuencias?; cumplían criterios diagnósticos del eje I, destacando los trastornos del estado de ánimo (20,2%), trastornos de ansiedad (27.7%) y trastornos relacionados con el consumo de sustancia (44,3%) (Erez, Pilver, y Potenza, 2014).

Por otro lado, cabe nombrar la investigación realizada en la *German Society for sex research* (Sociedad Alemana de estudios sobre el sexo) (Briken, Habermann, Berner y Hill, 2007). Donde se les preguntó a los miembros de esta asociación (terapeutas en su mayoría) la cantidad de pacientes que habían tratado y estaban tratando de adicción al sexo en el último año. Los resultados fueron que 31 de estos profesionales habían tratado o estaban tratando a un total de 97 pacientes que padecían adicción al sexo. Dentro de estos pacientes, la comorbilidad más habitual con la adicción al sexo en hombres fue consumo de sustancias y otras disfunciones sexuales. En cambio, en las mujeres la comorbilidad más habitual encontrada fueron los trastornos neuróticos, como los trastornos de ansiedad, y los trastornos de alimentación. Asimismo, en ocasiones se encontraron trastornos de personalidad límite y evitativo en mujeres. Además de estos resultados, llama la atención que un 83,7% de los profesionales que participaron en el estudio no consideraban que la adicción al sexo fuera un trastorno en sí.

Finalmente, en nuestro país destaca una investigación realizada con una muestra de 565 pacientes ambulatorios (Chiclana, 2014). En este estudio, tras revisar su historial clínico, se encontró en un 14,5% de los pacientes (n=82) conducta sexual excesiva, de los cuales 58, cumplían criterios del trastorno hipersexual (Kafka, 2010). En estos 58 pacientes, se encontró una comorbilidad del eje I en un 72,14% de ellos, destacando el TDAH (42,8%) (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) y la depresión (23,4%). Esto deja un total de 16 pacientes (2,4 % de la muestra) que se podría considerar que padecen hipersexualidad primaria es decir, trastorno hipersexual sin correlacionar con otros trastornos.

4. Discusión

Como se ha podido observar a lo largo de este trabajo, no existe un consenso claro entre los investigadores en cuanto a si existe un problema relacionado con sexualidad difícil de controlar que tenga entidad suficiente para considerarse como un trastorno en sí. Existen autores que consideran que existe evidencia suficiente para considerarlo como trastorno e incluirlo en nuestros manuales diagnósticos (Carnes,

1992) (Kafka, 2010) y otros que siguiendo esta tendencia contribuimos a la sobrepatologización de las conductas (Billieux, 2015).

Según se ha podido observar en los diferentes estudios encontrados, no existe un consenso claro en cuanto a la definición de esta conducta considerada problemática. Una parte de la bibliografía considera que se trata de un problema en el control de los impulsos (Erez, Pilver y Potenza, 2014), considerando que los sujetos que padecen esta problemática tienen problemas a la hora de medir las posibles consecuencias negativas derivadas de su acción.

Asimismo, existen autores que consideran que la impulsividad explica únicamente el comienzo de la conducta repetitiva y que una vez que la conducta se vuelve problemática, esta se ajusta más al término de adicción (Gutiérrez, Valladolid y de Fonseca, 2013). En el caso del término adicción, es relativamente fácil su definición cuando se habla de una sustancia, en cambio la utilización de este término no queda tan clara cuando se habla de una conducta. Aun así, existen autores que creen que se produce tolerancia, al tener que aumentar el tiempo que se dedica a la acción y síntomas abstinentes cuando se reduce o elimina (Alonso-Fernández, 1996). Por el contrario, hay quienes consideran que esta adaptación de los fenómenos que se producen en las adicciones con sustancia a las conductas es forzada y no encaja del todo bien (Kardefelt-Winther et al, 2017).

Por otro lado, otra parte de las investigaciones hablan de una sexualidad compulsiva, centrándose en esa reiteración que se produce en la conducta. De hecho, en el manual diagnóstico ICD 11 (OMS, 2018) se habla de esta problemática como conducta sexual compulsiva. Lo que choca con el criterio de la *American Psychiatric Association*, que considera que al obtenerse placer de la conducta en sí misma, no se puede considerar que la persona lleve a cabo la conducta únicamente como una manera de eliminar las consecuencias negativas y que por lo tanto no puede hablar de una compulsión cuando hablamos de la conducta sexual (APA, 2000).

Al no establecerse un consenso respecto a su categorización y por lo tanto a su definición, existen autores que consideran más apropiado utilizar el término conducta sexual fuera de control (Bancroft y Vukadinovic, 2004), hasta que estudios etimológicos más detallados aporten luz sobre la naturaleza de este fenómeno. Otros

por lo el contrario, utilizan indistintamente estos términos en sus investigaciones, restándole importancia a la utilización de un término u otro (Muench et al, 2007; Derbyshire y Grant, 2015).

A su vez, los altos niveles de comorbilidad con trastornos del eje I (DSM V), como trastornos ansiosos, depresivos (Bancroft y Vukadinovic, 2004) o TDAH (Chiclana, 2014), nos hace preguntarnos la adecuación del intento de delimitación de este problema como un trastorno en sí y no como un síntoma asociado a ciertos tipos de trastornos.

Asimismo, conviene tenerse en cuenta que la expresión de la sexualidad, al igual que otro tipo de conductas, está muy relacionada con la cultura y por lo tanto es susceptible de sesgos personales y/o morales a la hora de ser estudiada. Por ello no podemos considerar la existencia de una patología relacionada con la conducta sexual, que algunos consideran “excesiva”, según criterios completamente arbitrarios como la cantidad de actividad sexual. El tener 7 relaciones sexuales a la semana (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948) (Atwood y Gagnon, 1987) (Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994) o quince al mes (Långström y Hanson, 2006), no debe considerarse por sí mismo una conducta problemática, pues el tener más o menos relaciones sexuales no es en sí mismo problemático.

En el mismo sentido, no podemos considerar que ciertas conductas son problemáticas o impersonales según nuestro propio criterio y mucho menos cuando se trata de relaciones personales. El considerar que tener más de 3 parejas sexuales en un año o el tener más de una pareja sexual (Långström y Hanson, 2006) es problemático, muestra que se están utilizando sesgos personales o culturales para patologizar ciertas conductas, pues las conductas *per se*, salvo que sean autolíticas para la persona o peligrosas para terceros, no pueden considerarse como problemáticas.

La utilización por tanto de estadísticas de prevalencia que contienen marcados sesgos para realizar una propuesta diagnóstica, no tiene por qué significar que esta propuesta sea errónea. Aun así, dicha propuesta (Kafka, 2010) puede considerarse cuestionable. Dichos criterios diagnósticos, olvidan el hecho de que la conducta sexual puede ser importante en la vida de las personas y por lo tanto considerarla prioritaria. Asimismo, considera la conducta sexual como una forma no sana de

modular nuestro estado de ánimo consiguiendo bienestar a través de ella (Moser, 2011). El considerar estas conductas como problemáticas, muestra una única visión de la sexualidad, lo que no puede utilizarse en la práctica terapéutica, donde se debe respetar la idiosincrasia de cada persona.

La cultura o las ideas personales sobre la sexualidad no únicamente afectan a los profesionales e investigadores, sino que parece jugar un papel importante en las personas “adictas al sexo”. Pues en un estudio se ha encontrado que los hombres que pertenecían al grupos religiosos o consideraban la religión como algo importante en sus días, eran más probables de pertenecer al grupo de los autodenominados adictos al sexo (Winters, Christoff y Gorzalka, 2010). Aunque se trata de un único estudio, nos puede dar pistas de por donde deberían dirigirse investigaciones posteriores, pues en esta misma investigación no se encontraron diferencias en cuanto a frecuencia de actividad sexual entre el grupo de control y el grupo de “adictos”. Lo que nos puede hablar de que exista más un componente vivencial problemático, más que la conducta en sí.

En conclusión, tras la revisión de la bibliografía relativa a la denominada adicción al sexo, sexo compulsivo, sexo impulsivo o similares, no se ha encontrado consenso en la literatura respecto a la etiología de la considerada sexualidad “fuera de control”. Asimismo, no existe hasta la fecha bibliografía suficiente para hablar de adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia, ni consenso en su definición. En cuanto a las estadísticas de prevalencia de esta problemática, se han encontrado numerosos sesgos que pueden cuestionar su fiabilidad. Finalmente, debido al componente cultural de la sexualidad, los profesionales deben tener presente sus propias ideas sobre la sexualidad, para que estas no influyan en sus investigaciones sobre esta materia.

Bibliografía

- Actis, C. C., Chicote, M. C., Cervera, S. C., y Víctor, D. R. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido?. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (115), 19-26.
- Alonso Arbiol I. (2005). Actualización en sexología Clínica. Ed. Universidad País Vasco, S. Sebastián
- Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas: alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo*. Temas de hoy.
- Álvarez Villar, A. (1971). Sexo y cultura. *Colección "Textos y Temas Psicológicos"*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* American Psychiatric Publishing, Inc; Arlington, VA
- Anthony, D. T. y Hollander, E. (1993). Sexual compulsions. *Obsessive-compulsive related disorders*, 139-150.
- Asexual Visibility and Education Network: AVEN. Recuperado de: <https://www.asexuality.org/> (2018)
- Atwood, J. D. y Gagnon, J. (1987). Masturbatory behavior in college youth. *Journal of Sex Education and Therapy*, 13, 35–42.
- Bancroft, J. y Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of sex research*, 41(3), 225-234.
- Berner, J. E., y Santander, J. (2012). Abuso y dependencia de internet: la epidemia y su controversia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(3), 181-190.

- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P. y Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of behavioral addictions*, 4(3), 119-123.
- Briken, P., Habermann, N., Berner, W. y Hill, A. (2007). Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(2), 131-143.
- Carnes, P. (1992). *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. New York: Bantam.
- Carnes, P. J., Murray, R. E. y Charpentier, L. (2005). Bargains with chaos: Sex addicts and addiction interaction disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12(2-3), 79-120.
- Carvalho, J., Štulhofer, A., Vieira, A. L. y Jurin, T. (2015). Hypersexuality and high sexual desire: Exploring the structure of problematic sexuality. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1356-1367.
- Chiclana, C. (2014). Hipersexualidad primaria. In *Comunicación presentada en: 15 Congreso Virtual de Psiquiatría. com. Interpsiquis*.
- Coleman, E., Raymond, N. y McBean, A. (2003). Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minnesota Medicine*, 86(7), 42-47.
- Cruzado Diaz, L., Matos Retamozo, L. y Kendall Folmer, R. (2006). Adicción a internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental. *Revista Médica Herediana*, 17(4), 196-205.
- Derbyshire, K. L. & Grant, J. E. (2015). Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of behavioral addictions*, 4(2), 37-43.
- Diamond, M. (1988). *Vivir el sexo: un estudio fascinante sobre la sexualidad humana*. Círculo de Lectores.

- Dodge, B., Reece, M., Cole, S. L. y Sandfort, T. G. (2004). Sexual compulsivity among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 41(4), 343-350.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1999). ¿Adicciones sin drogas. *Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Echeburúa, E. (2012). ¿ Existe realmente la adicción al sexo?. *Adicciones*, 24(4), 281-286.
- Erez, G., Pilver, C. E. y Potenza, M. N. (2014). Gender-related differences in the associations between sexual impulsivity and psychiatric disorders. *Journal of psychiatric research*, 55, 117-125.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clinica y Salud*, 18(1), 23-43.
- Evenden, J.L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*. (146). 348-361.
- Ewald, R. (2003). Sexual addiction. *AllPsych Journal*. 1-5.
- Fernández-Espejo, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de neurología*, 34 (7), 659-664.
- Ferre Navarrete, F., Sevilla Vicente, J. y Basurte Villamor, I. (2016). *Patología dual protocolos de intervención: adicciones comportamentales y patología dual. Patología dual*. EdikaMed, S.L.
- Gutierrez, J. D. S., Valladolid, G. R. y de Fonseca, F. R. (2013). La impulsividad:¿ Antesala de las adicciones comportamentales?. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 13(2), 145-155.
- Goodman, A. (1992). Sexual addiction: Designation and treatment. *Journal of sex & marital therapy*, 18(4), 303-314.

- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197
- Haritaworn, Jin; Lin, Chin-Ju y Klesse, Christian. (2006). Poly/logue: A critical introduction to polyamory. *Sexualities*, 9 (5), 515-529.
- Hogart, L. (2011). The role of impulsivity in the aetiology of drug dependence: reward sensitivity versus automaticity. *Psychopharmacology*. (215). 567-580.
- Hodgkinson, L. (1987). *Las Adicciones: qué son, por qué surgen, cómo combatirlas*. Edaf.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM 5. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400.
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., ... y Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours?. *Addiction*, 112(10), 1709-1715.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. y Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kor, A., Fogel, Y. A., Reid, R. C. y Potenza, M. N. (2013). Should hypersexual disorder be classified as an addiction?. *Sexual addiction & compulsivity*, 20(1-2), 27-47.
- Kraus, S. W., Voon, V. y Potenza, M. N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?. *Addiction*, 111(12), 2097-2106.
- Långström, N. y Hanson, R. K. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(1), 37-52.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T. y Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.

- Levine, M. P. y Troiden, R. R. (1988). The myth of sexual compulsivity. *Journal of Sex research*, 25(3), 347-363.
- López, F. (2006). Drogas y adicciones en la sociedad actual. *Almería: Universidad de Almería*
- Lund, E. M. y Johnson, B. A. (2015). Asexuality and disability: Strange but compatible bedfellows. *Sexuality and Disability*, 33(1), 123-132.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial médica panamericana, 2014.
- Matussek, P. (1959). Süchtige Fehlhaltungen. *Frankl, Viktor E.; Gebattel, VE v.; Schultz, JH (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München*, 188-212.
- Michalczuk R., Bowden-jones H., Verdejo-garcia A. y Clark L. (2011). Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: A preliminary report. *Psychological Medicine*. (41). 2625-2635. [L]
[SEP]
- Mick, T. M. y Hollander, E. (2006). Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS spectrums*, 11(12), 944-955.
- Miner, M. H., Raymond, N., Mueller, B. A., Lloyd, M. y Lim, K. O. (2009). Preliminary investigation of the impulsive and neuroanatomical characteristics of compulsive sexual behavior. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 174(2), 146-151.
- Montalvo, J. F. y Echeburúa, E. (1998). Laboro-dependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 3(2), 103-120.
- Moser, C. (2011). Hypersexual disorder: Just more muddled thinking. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 227-229.
- Muench, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, T., O'Leary, A., Parsons, J. T., ... y Lai, B. (2007). The consequences of compulsive sexual behavior: The preliminary reliability

and validity of the Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(3), 207-220.

Organización Mundial de la Salud. (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción.

Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.

Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions?. *Addiction*, 101, 142-151.

Potenza, M. N. y De Wit, H. (2010). Control yourself: alcohol and impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1303-1305.

Raymond, N. C., Coleman, E. y Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive psychiatry*, 44(5), 370-380.

Raviv, M. (1993). Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 17-30.

Reid, R. C., Carpenter, B. N. y Lloyd, T. Q. (2009). Assessing psychological symptom patterns of patients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(1), 47-63.

Reid, R. C., Cyders, M. A., Moghaddam, J. F. y Fong, T. W. (2014). Psychometric properties of the Barratt Impulsiveness Scale in patients with gambling disorders, hypersexuality, and methamphetamine dependence. *Addictive behaviors*, 39(11), 1640-1645.

Río, F. P. y Martín, I. M. (2007). *Nuevas adicciones: ¿adicciones nuevas?*. Intermedio.

- Rubio, E. (1994). *Antología de la sexualidad humana. Consejo Nacional de Población. 4a ed. México: Miguel Ángel Porrúa.*
- Salas Blas, E. (2014). *Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. Cultura: Revista de la Asociación de Docentes de la USMP, 28.*
- Serrano Villalobos, O. (2018). *Tecno-adicción al sexo en la población juvenil: propuesta de un modelo y una escala de evaluación* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Steps, T. (1981). *Twelve steps and twelve traditions. New York, NY: Alcoholics Anonymous World Services.*
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(3), 208-215.
- Voon, V., Sohr, M., Lang, A. E., Potenza, M. N., Siderowf, A. D., Whetteckey, J., ... y Stacy, M. (2011). Impulse control disorders in Parkinson disease: a multicenter case-control study. *Annals of neurology, 69*(6), 986-996.
- Wallace, M. y Safer, M. (2009). Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatric Nursing, 30*(4), 230_237.
- Winters, J., Christoff, K. y Gorzalka, B. B. (2010). Dysregulated sexuality and high sexual desire: Distinct constructs?. *Archives of Sexual Behavior, 39*(5), 1029-1043.
- World Health Organization. (2016) *International statistical classification of disease and related health problems, Tenth Revision (ICD-10)*, Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2018) *International statistical classification of disease and related health problems, Tenth Revision (ICD-11)*, Geneva: World Health Organization