

LA ADICCIÓN AL SEXO

José Cáceres Carrasco¹

Servicio Navarro de Salud y Universidad de Deusto (España)

Resumen

Este artículo revisa la adicción al sexo, algunas de sus características diferenciales (conducta controlada inicialmente por refuerzos positivos y finalmente por refuerzos negativos, pérdida de control, degradación y dependencia como núcleo central) que, por otra parte, no parecen ser muy diferentes de las del resto de las adicciones, sus diversos tipos y los elementos estimados relevantes en el inicio y mantenimiento de la misma. Se repasan, también, algunas ideas, métodos e instrumentos para evaluar tal comportamiento adictivo y se presentan sugerencias para su tratamiento. Se concluye que, a pesar de la escasez de datos empíricos contrastados, parece justificado seguir manteniendo esta categoría, se proponen algunas preguntas pendientes de contestar y se especula sobre la evolución de su prevalencia futura, especialmente debido al impacto de las nuevas tecnologías. PALABRAS CLAVE: *Adicción sexual, parafilia, etiología, evaluación, tratamiento.*

Abstract

This paper reviews the concept of Sexual Addiction, some of its differential traits, (initial control by positive reinforcers, and, eventually, by negative reinforcers, loss of control, degradation and dependency as a core sign...) characteristics that resemble those of other types of addictions. Some ideas, methods and instruments which elicit and maintain this type of behaviour are revised and some suggestions for assessment are made. It is concluded that despite the few empirical data, some important questions are still to be answered and speculations about its future prevalence are made, especially in regard to the impact of new technologies. KEY WORDS: *Sexual addiction, etiology, paraphilia, assessment, treatment.*

Rodrigo tenía 33 años cuando acudió por primera vez a nuestra consulta, en un Centro de Salud Mental de la Red Pública. Lo hizo por iniciativa propia, aunque varias de las personas de su entorno cercano, con las que había hablado del tema, le habían animado-presionado a que viniera. El motivo aducido inicialmente pare-

¹ Correspondencia: José Cáceres Carrasco, Universidad de Deusto, Apdo. 1-E, 48080 Bilbao (España). E-mail: jcaceres@fice.deusto.es

cia simple «...me masturbo demasiado...». Pasaba gran parte de su tiempo libre, incluso del que debiera dedicar al trabajo, buscando imágenes en TV para masturbarse, algo que hacía, con escasa sensación de placer 4-5 veces al día...

Un análisis más detallado reveló que la situación era más complicada:

- a) *Había conocido a la que hoy era su mujer en un centro de tratamiento para heroinómanos, adicción que había superado con éxito.*
- b) *Con alguna frecuencia buscaba parajes alejados y solitarios para sorprender a chicas jóvenes exponiéndoles sus genitales, mientras se masturbaba.*
- c) *En su trabajo espía el lugar donde se cambiaba de ropa el personal femenino para observarlas y, a veces, intentaba hacerse con alguna de sus prendas íntimas para olerlas y masturbarse a la vez.*
- d) *En un par de ocasiones había tenido problemas con el entorno familiar de su mujer, pues había hecho todo una serie de llamadas obscenas, mientras se masturbaba desde el teléfono de los suegros, utilizando su listín personal de teléfonos para hacer las llamadas...*
- e) *Cuando creía que tenía bajo control «estos problemillas», gastaba altas cantidades de dinero en máquinas tragaperras, ante las cuales pasaba demasiado tiempo...*

Introducción

Muchos profanos, y algunos profesionales, parecen tomar a broma cuando se habla de las adicciones al sexo, asumiendo erróneamente que se trata, simplemente, de comportamientos repetitivos con una alta frecuencia, que dan placer. Si fuera solo eso, quizá todos debiéramos considerarnos adictos sexuales.

Algunos pensamos, sin embargo, que se puede hablar con propiedad de *adicciones sexuales* cuando, además de ser un acto repetitivo, reúne otras características:

- a) La conducta empieza siendo controlada por reforzadores positivos. El sujeto se inicia en tal comportamiento porque obtiene una cierta gratificación, un cierto placer.
- b) Termina siendo controlada por reforzadores negativos. Muchos individuos manifiestan que, una vez que el comportamiento adictivo se ha establecido, sienten una urgencia por repetirlo en situaciones concretas, experimentando un notable desagrado que, la mayoría expresa mediante señales diferentes (sequedad de boca, aceleración), desagrado/malestar que no desaparece hasta que no se ha repetido la secuencia, la mayoría de las veces de una forma un tanto anquilosada, como los eslabones de una cadena que se siguen de manera inexorable. Implica pérdida de control para el sujeto. Muchos comentan haber, en algún momento, hecho algo por intentar frenar la secuencia, sin haberlo conseguido.
- c) Se produce un cierto escalamiento en el comportamiento. Lo que fue suficiente inicialmente, deja de serlo con el tiempo y se buscan estímulos más «intensos».

- d) Les lleva a una degradación social en múltiples áreas de su vida. Algunos pierden importantes puestos de trabajo, rompen matrimonios, corren riesgos de contraer enfermedades, se procuran el rechazo social de su entorno inmediato, lo cual resienten.
- e) La dependencia, como núcleo central. *«El proceso esencial es la dependencia compulsiva de una acción externa para regular un estado interno. Este proceso, una vez iniciado, hace que el inteligente organismo humano elija, de una manera flexible, entre el curso de varias acciones, o combinación de las mismas, según la situación...»* (Goodman, 1998).

De manera resumida, Goodman, (1993), en un intento por adecuar las características de la definición de la *adicción al sexo*, a las pautas seguidas en DSM, señala que podemos hablar de adicción sexual cuando:

- a) se da un fracaso recurrente en resistir los impulsos,
- b) se experimenta una sensación de tensión en los momentos previos,
- c) se da un cierto grado de placer o alivio de la tensión durante la ejecución,
- d) existe un sentimiento de pérdida de control,
- e) se dan, al menos, cinco de las siguientes características: Preparación esmerada, aumento progresivo de frecuencia, esfuerzos por reducir el comportamiento, duración excesiva, repercusión no deseada en el ámbito laboral, familiar y social, incremento de la tolerancia, irritabilidad si no se cumple, y tales «síntomas» persisten durante más de un mes.

Nótese que estas características no difieren, en definitiva, de las características de otro tipo de adicciones.

La tabla 1 pone de relieve semejanzas y diferencias entre las adicciones sexuales y otro tipo de adicciones. El lector interesado podría añadir una columna a esta tabla, que se titulase «amor» y concluir si tal emoción podría, también, calificarse como adicción.

Kafka y Prentky (1992) distinguen entre adicciones sexuales parafilicas y no parafilicas, definiendo a estas últimas como: *«fantasías sexuales excitantes, impulsos o actividades que, constituyen aspectos socialmente sancionados dentro de la normativa de excitación sexual. No obstante, estas actividades aumentan en frecuencia o intensidad... de manera que impidan o interfieran de manera significativa con la capacidad de emprender una actividad sexual con implicación afectiva recíproca»*, e incluyen entre ellas: a) un patrón repetitivo de conquistas amorosas que implican a una sucesión de personas, consideradas sólo como objetos de uso; b) la masturbación compulsiva; c) la promiscuidad egodistónica y, d) la dependencia de escapes sexuales anónimos (pornografía, llamadas obscenas de teléfono, cib. sexo, etc.). La adicción al sexo parafilica tendría las mismas características en cuanto a intensidad, intrusividad y frecuencia que las no parafilicas, pero el comportamiento sexual desarrollado implicaría una o varias parafilias (Cáceres, 2001a).

El DSM-IV (APA, 1995), sin embargo, sólo recoge la categoría trastorno sexual no especificado (F52.9), donde podrían incluirse las adicciones al sexo no parafilicas,

Tabla 1
 Semejanzas y diferencias entre diversos tipos de adicciones y la adicción sexual

Rasgo de la adicción	Química	Toc	Ludopatía	Compras	Bulimia	Sexo	Amor
Ansia (<i>craving</i>)	+	+	+	+	+	+	?
Incremento tensión, si no se hace	+	+	+	+	+	+	?
Su realización supone una disminución tensional rápida y temporal	+	+	+	+	+	+	?
Regreso cíclico de la tensión	+	+	+	+	+	+	?
Provocada por señales externas	+	+	+	+	+	+	?
Condicionamiento secundario a señales internas o externas	+	+	+	+	+	+	?
Tono hedónico al comienzo	++	Ausente	+	Presente	?	Presente	?
Habituação del ansia (<i>craving</i>) y de los síntomas retirándose mediante la exposición	+	+	+	?	+	+	?

y las diversas parafilias (F65.0 – F65.9), para la adicción parafilica. Un grupo amplio de profesionales, bajo los auspicios de la Fundación Americana de Investigación en Adicciones, prepara un documento para que «el comportamiento sexual problemático excesivo» figure en la 5ª Edición del DSM, de inminente aparición.

Aunque tradicionalmente se piense que la adicción al sexo es una cuestión estrictamente masculina, Carnes (1991a), tras estudiar una muestra de adictos al sexo, señala que existen adicciones sexuales más frecuentes entre los varones, mientras que otras lo son entre las mujeres. La tabla 2 resume algunos de los resultados ofrecidos por Carnes.

Tabla 2

Diferencias en porcentajes de diversas adicciones al sexo, según el género (Carnes, 1991)

	Hombre %	Mujer %
<i>Adicción al sexo igualmente frecuente entre hombres y mujeres</i>		
Exhibicionismo desde coches	23	25
Sexo en grupos	32	30
Sexo con personas anónimas	53	46
<i>Adicción al sexo más frecuentes entre hombres</i>		
Exhibicionismo en lugares públicos	22	14
Sexo pagado	45	6
Llamadas obscenas	21	12
«Buscones»	59	23
<i>Adicción al sexo más frecuentes entre mujeres</i>		
Exhibicionismo desde la propia casa	25	34
Exhibicionismo mediante elección forma de vestir	30	59
«Ligues» de una noche	63	75
Muchas relaciones a la vez	41	74

Diversos autores han encontrado que, como en el caso de Rodrigo, se pueden simultanear varios tipos de adicciones. La tabla 3 refleja los resultados presentados por Carnes (2001), tras estudiar, una muestra de adictos sexuales.

Si resulta difícil hablar de la prevalencia de cualquier tipo de comportamiento sexual, lo es mucho más en el caso de la adicción al sexo porque a la naturaleza «privada» de la conducta sexual, que hace que ésta sea difícilmente observable, se añade la negación de los síntomas o de su verdadera relevancia, en el caso de la mayoría de los adictos y, en especial, los adictos sexuales. Dodge, Reece, Cole y Sandfort (2004), empleando un concepto que a veces se utiliza como equivalente a

Tabla 3

Porcentaje de adictos sexuales que presentan algún otro tipo de adicción simultánea (Carnes, 2001)

Tipo de adicción	Porcentaje
Química	42
Trastornos alimentarios	38
Trabajo compulsivo	28
Compras compulsivas	26
Juego patológico	5

adicción sexual, la compulsión sexual, informan de altos porcentajes entre la población estudiantil universitaria americana.

Etiología

Se han propuesto diversos mecanismos a la hora de explicar el inicio y mantenimiento de la adicción al sexo. Se repasan a continuación de manera breve, algunos de ellos.

Familiares

Carnes (1991a) mantiene que un alto porcentaje de su muestra de adictos al sexo habían sido victimizados física o emocionalmente en la infancia, provenían de familias rígidas, habían desarrollado algún grado de trastorno por estrés posttraumático y terminaban creando un entorno de coadicción (personas significativas que «ocultan», «protegen» y «disculpan» la adicción) en su desarrollo familiar posterior.

Algunos elementos de este tipo de argumentación explicativa siempre nos han resultado difíciles de entender. Parece implicar el predominio del efecto de aprendizaje vicario en momentos de riesgo frente al desarrollo de la empatía por el sufrimiento de la víctima, tras la propia vivencia personal.

Psicológicos

Bancroft y Vukadinovic (2004), críticos inicialmente con la aceptación de este tipo de etiquetas diagnósticas, estudian meticulosamente a 31 personas que se autodefinían adictas al sexo y las comparan con una muestra no adicta, observando importantes diferencias entre ellas. Las más importantes consisten en:

1) La clara tendencia de los autodenominados adictos a mostrar especial interés en el sexo en momentos de ansiedad y depresión,

- 2) Una alta tendencia a la disociación,
- 3) La existencia de algunos mecanismos que podrían denominarse obsesivo-compulsivos.

Estos autores proponen un sistema de control dual de la respuesta sexual: «... la excitación sexual depende del balance existente entre la excitación e inhibición sexual..., los individuos varían en su propensión a la excitación e inhibición, siendo esta última adaptativa entre las diversas especies. Así, en situaciones de amenaza, cuando la atención ha de dirigirse hacia un mecanismo de afrontamiento no sexual, no sería pertinente una respuesta sexual.... En algunos individuos, sin embargo, se produce un efecto paradójico, incorporándose la respuesta sexual a los procesos de ansiedad y depresión...» (Bancroft et al., 2003).

Frecuentemente se ha asociado a la adicción al sexo, también, con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1994).

Bioquímicos

Algunos autores (p.ej., Carnes, 2001, citando al libro de Liebowitz, M. «La química del amor») mantienen, a la hora de explicar el comportamiento adictivo cuando no existe sustancia alguna, que durante el orgasmo, se produce un aumento del nivel de endorfinas aunque los resultados de varios estudios empíricos (Exton, Bindert, Kruger, Scheller, Hartmann y Schedlowski, 1999; Goldstein y Hansteen, 1977) no llegan a confirmarlo.

Sí parece comprobado que en estados de euforia amorosa predomina la neurotransmisión dopaminérgica y se produce la liberación de un péptido adictivo, la *feniletilamina*, de estructura parecida a la amfetamina, cuya acción en el organismo no es muy duradera, pero ampliamente deseada, y que modularía los procesos de atención (Naik, Kelkar y Sheth, 1978; Nicoli y Nicoli, 1995). De hecho, algunos autores (Blankenship y Laaser, 2004) han planteado la existencia de una interconexión entre la adicción al sexo y el Síndrome de hiperactividad con déficit de atención (HDA).

La figura 1 intenta integrar estos tres grupos de factores a la hora de explicar el inicio y mantenimiento de la adicción al sexo.

Evaluación

Una de las principales dificultades a la hora de evaluar los elementos relevantes al inicio y mantenimiento de una adicción sexual, es que la mayoría de las personas niegan el comportamiento adictivo y, desde luego, sus implicaciones. Si no lo niegan directamente, deforman la información requerida, minimizan, excusan o justifican. Es por ello que antes, incluso, de entrevistar a un paciente, debiéramos reunir toda la información disponible acerca del caso.

Si éste viene derivado por el sistema policial-judicial, algo que no es infrecuente en estos casos, debemos acudir a los informes policiales, posibles denun-

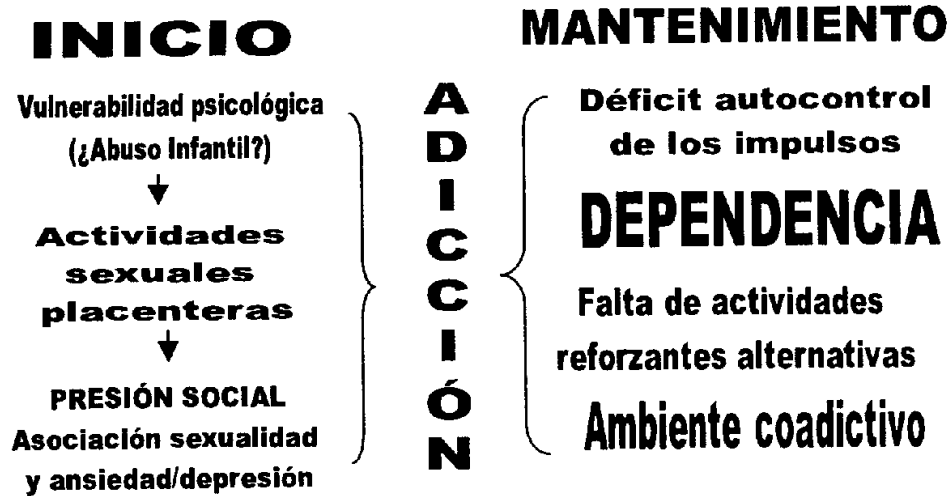


Figura 1

Posibles mecanismos implicados en el desarrollo y mantenimiento de la adicción sexual

cias previas, declaraciones de posibles víctimas, informes de allegados, condenas judiciales, investigaciones periodísticas o notas de prensa, etc. que nos permitan formarnos una idea clara de lo que pasó exactamente, el grado de violencia ejercido, las circunstancias concretas, tanto agravantes como atenuantes en las que ocurrió.

Canning (1999) aporta una serie de ideas, que se pueden operativizar en estrategias, para lo que ella llama: «romper las defensas del paciente, defensas que, aunque sirven para evitarle dolor, bloquean el camino de su recuperación...» (desafío cognitivo, análisis de consecuencias), que pueden ser útiles para profesionales menos experimentados.

Es muy conveniente, en algunos casos mandatorio, por lo del sistema de coadición mencionado anteriormente, entrevistar también a personas del entorno de la persona adicta, especialmente personas significativas que tengan un buen conocimiento del mismo.

Como se ha señalado en otra parte (Cáceres, 2001), debiéramos analizar cuidadosamente aspectos de la personalidad, la dinámica familiar, las relaciones de pareja —si las hubiere— y, desde luego, los determinantes sexuales (historial psico-sexológico, elementos cognitivos, fantasías) y un análisis detallado de la secuencia adictiva. Si llegamos a ganar la colaboración del paciente, pedirle que complete la ficha autoinforme (Cáceres, 2001, pág. 84), es especialmente útil, por lo que al análisis de circunstancias externas e internas se refiere.

Los estudios pletismográficos, especialmente en el caso de los «negadores» y los pasos a seguir en tales estudios han sido expuestos en otro lugar (Cáceres, 2001b).

Carnes (1991a; 1991b) propone dos cuestionarios que, aunque desconocemos las propiedades psicométricas de los mismos, pueden resultar útiles como inventarios o incluso como índices de temas a revisar:

- a) «Cuestionario de adicción al sexo». Consta de 26 preguntas, con formato de respuesta verdadero o falso. Siguen algunos ejemplos de las mismas:
 13. ¿Alguna de tu actividad sexual es legalmente punible?
 18. ¿Te has sentido degradado/a por causa de alguna de tus actividades sexuales?
 19. ¿Te ha servido el sexo para evadirte de alguna de tus preocupaciones?
- b) «Cuestionario de coadición al sexo». Consta de 29 ítems, a rellenar por personas significativas para el paciente. Siguen algunos ejemplos:
 1. Ocultar el comportamiento del adicto.
 2. Proteger al adicto de las consecuencias adversas de su comportamiento.
 4. Justificaciones cara a los demás.
 5. Sentimiento de responsabilidad por el comportamiento del adicto.
 8. Hacer la vista gorda del comportamiento del adicto.
 9. Desconfiar de los demás —fuera de la familia— por causa del comportamiento del adicto.
 10. Racionalizar el comportamiento del adicto.

Un cuestionario explorador más breve y con buenos índices de fiabilidad y validez, es la «Escala de compulsión sexual» (Kalichman y Rompa, 1995).

Tratamiento

A pesar de que el concepto de adicción al sexo cuenta con una historia corta y relativamente escasa aceptación entre los profesionales, hace mucho tiempo que diversos colectivos pusieron en marcha programas de tratamiento.

Uno de los primeros intentos fue el iniciado por los grupos de Sexoadictos Anónimos, quienes adaptaron «los 12 pasos» y planteamientos seguidos por los grupos de Alcohólicos Anónimos al tratamiento del alcoholismo. En nuestro país, que nosotros sepamos, estos planteamientos sólo se han seguido en el cine («Entre las piernas» [1998] de Manuel Gómez Pereira).

Farmacológicamente, la fluoxetina, inhibidor selectivo de recaptación de serotonina (una de las marcas comerciales más conocidas es el Prozac), ha sido ampliamente utilizada en estudios de casos, pero no en investigaciones bien controladas, y su eficacia defendida, al margen de su valor antidepressivo, por su supuesto valor en el «control de los impulsos» (Kafka, 1991; Kafka y Prentky, 1992).

Nosotros hemos propuesto en otra parte (Cáceres, 2001), un plan de tratamiento comprensivo, con diversos subprogramas destinados a:

- 1) Potenciar el desarrollo de vinculadores positivos (habilidades sociales, enriquecimiento de la vida en pareja, solución de disfunciones sexuales, potenciación de excitación sexual ante situaciones variadas y estímulos «normales», potenciación de fantasías no parafilicas, recondicionamiento masturbatorio).
- 2) Modificar aspectos cognitivos (reconocimiento y corrección de distorsiones cognitivas, entrenamiento en empatía).
- 3) Deserotización de estímulos parafilicos (modificación de la secuencia de automatismo parafilicos, potenciando autocontrol ante estímulos parafilicos, técnicas aversivas).

Conclusiones

Siguen, una serie de comentarios finales a cerca de la adicción al sexo:

1. Existen individuos que demuestran comportamientos semejantes y características al resto de los adictos a otras sustancias y situaciones, por lo que al sexo se refiere.
2. La prevalencia de estos tipos de trastornos es difícil de determinar, pero si atendemos a indicadores indirectos (detenciones, clientes de determinados servicios tales como pornografía on-line, películas² etc.) parece especialmente alta, y se extiende a través de todas las capas sociales, profesiones (personal religioso incluido) y estamentos.
3. No existen muchos datos con validez empírica, a pesar de más de 20 años de existencia de una revista de dedicación exclusiva al tema: *Sexual Addiction and Compulsivity*.
4. Existen muchas preguntas por contestar. Entre otras:
 - 4.1. No están claras las fronteras entre las adicciones no parafilicas y parafilicas, ni tampoco cuáles sean las diferencias entre los parafilicos y los parafilicos adictos. Muy posiblemente muchos de los parafilicos, pero no todos, muestren un grado de adicción. Sin embargo, quizá todos aparecerían como adictos en alguno de los cuestionarios citados anteriormente. Y es que, seguramente, se trate, como en el caso de muchas otras etiquetas diagnósticas de continuos y no de categorías discretas.
 - 4.2. ¿Qué significa el dato de que muchos de los adictos informen haber sido objeto de abuso?, ¿qué porcentaje recurre a manifestar esta información, verdadera o no, como «justificación exculpatoria a posteriori?»
 - 4.3. ¿Cuáles son los verdaderos elementos desencadenantes de la adicción y la interacción entre ellos?
 - 4.4. ¿Por qué, a pesar de la «desjudeización» presente, se continúa con los intentos de control de todo lo que tenga que ver con la sexualidad, incluso cuando no hay víctimas de por medio?

2 ¡El año pasado se produjeron la friolera de 1.200 películas «para adultos»!

- 4.5. ¿Por qué el DSM IV es tan citado y aceptado, pero se olvidan sus recomendaciones iniciales: «Ni el comportamiento desviado (político, religioso o sexual)... son trastornos mentales...»?
5. Algunos de los datos publicados desde diversas instancias, parecen estar más relacionados con otro tipo de motivaciones (p. ej., religiosas; Birchard, 2004), que verdaderamente científicas y altruistas que el profesional pueda poner al servicio del individuo que, con la libertad que cabe esperar en estos casos, lo demande, y cuando existen víctimas de por medio.
6. Nuestra experiencia nos sugiere que el «paquete» de tratamiento propuesto es bueno para que la persona adicta sexual tenga mejores instrumentos y recursos de control sobre su adicción. Otra cosa diferente es que quiera utilizarlos *siempre*. Más de un investigador experimentado de estos temas (Laws y O'Donohue, 1997) sugiere que, realmente, el adicto sexual nunca se cura...

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, (Orig.: 1994)
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z. y Long, J. (2003). The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Archives of Sexual Behaviour*, 32, 217-230.
- Bancroft, J. y Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 41, 225-34.
- Birchard, T. (2004). «The snake and seraph» - Sexual addiction and religious behaviour. *Counseling Psychology Quarterly*, 17, 81-88.
- Blankenship, R. y Laaser, M. (2004). Sexual addiction and ADHD: Is there a connection? *Sexual Addiction and Compulsivity*, 11, 17-20.
- Cáceres, J. (2001a). *Parafilias y violación*. Madrid: Síntesis.
- Cáceres, J. (2001b). *Sexualidad humana: diagnóstico psicofisiológico*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Canning, M. (1999). Breaking through defenses. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 6, 47-62.
- Carnes, P. (1991a). *Don't call it love: Recovery from sexual addiction*. Nueva York: Bantam Books.
- Carnes, P. (1991b). Sexual addiction screening test. *Tennessee Nurse*, 54(3).
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: understanding sexual addiction* (3ª edic.). Center City, MN: Hazelden Information & Educational Services.
- Dodge, B., Reece, M., Cole, S. L. y Sandfort, T. G. (2004). Sexual compulsivity among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 41, 343-50.
- Exton, M. S., Bindert, A., Kruger, T., Scheller, F., Hartmann, U. y Schedlowski, M. (1999). Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosomatic Medicine*, 61, 280-289.
- Goldstein, A. y Hansteen, R. W. (1977). Evidence against involvement of endorphins in sexual arousal and orgasm in man. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1179-1180.
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 225-51.

- Goodman, A. (1998). *Sexual addiction: an integrated approach*. Madison, CT: International Universities.
- Kafka, M. P. (1991). Successful Antidepressant Treatment of Nonparaphilic Sexual Addictions and Paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 60-65.
- Kafka, M. P. y Prentky, R. (1992). A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 345-50.
- Kafka, M. P. y Prentky, R. (1992). Fluoxetine Treatment of Nonparaphilic Sexual Addictions and Paraphilias in Men. *Journal Clinical Psychiatry*, 53, 351-358.
- Kalichman, S. C. y Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and compulsivity scales: Reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65, 586-601.
- Laws, D. R. y O'Donohue, W. (1997). *Sexual deviance: theory, assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Naik, S. R., Kelkar, M. R. y Sheth, U. K. (1978). Attenuation of stereotyped behaviour by sex steroids. *Psychopharmacology*, 57, 211-214.
- Nicoli, R. M. y Nicoli, J. M. (1995). Biochimie de l'Eros. [Biochemistry of Eros]. *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 23, 137-144.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Nueva York: Cambridge University Press.