

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CLÍNICA DE UN CASO DE ADICCIÓN SEXUAL
DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL**

Ps. LUZ ADRIANA ORTIZ PORRAS

ASESORA:

Ps. Mg. MAGDA YANETH ACEVEDO RODRÍGUEZ



TITULO A OBTENER

ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLÍNICA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2015

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	13
METODOLOGÍA	14
Participantes	14
Caso clínico seleccionado	14
Instrumentos	15
Procedimiento	16
RESULTADOS	20
Población atendida	20
Caso clínico seleccionado	22
DISCUSIÓN	29
REFERENCIAS	34
ANEXOS	36
Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado	37
Anexo 2. Formato de Historia Clínica para Adultos	38
Anexo 3. Formato de Autorregistro (situación-pensamiento-emoción-conducta)	43
Anexo 4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	44
Anexo 5. Escala de cambio percibido	47
Anexo 6. Material de psicoeducación (ansiedad, distorsiones cognitivas, habilidades sociales, autoestima, solución de problemas)	48
Anexo 7. Guía sobre técnica de relajación	54
Anexo 8. Estudio de Caso	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Definiciones de Adicción Sexual	9
Tabla 2. Planes/Programas de tratamiento para adicción sexual	12
Tabla 3. Distribución de la población atendida según el estado civil.....	20
Tabla 4. Distribución de la población atendida según el nivel socioeconómico	20
Tabla 5. Distribución de la población atendida según el nivel de escolaridad.....	21
Tabla 6. Distribución de la población atendida según el origen de la remisión	21
Tabla 7. Distribución de la población atendida según el motivo de consulta.....	21
Tabla 8. Instrumentos aplicados	23
Tabla 9. Valoración multiaxial	25
Tabla 10. Criterios diagnósticos para el Trastorno de Hipersexualidad según el DSM-V	25
Tabla 11. Evaluación de la intervención.....	27

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Evaluación e intervención clínica de un caso de adicción sexual desde el modelo cognitivo conductual.

AUTOR(ES): Luz Adriana Ortiz Porras

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

RESUMEN

El presente documento da cuenta del trabajo realizado durante la práctica de la especialización en psicología clínica, en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga, a través de la presentación de un caso clínico, cuyo proceso de evaluación e intervención clínica, estuvo orientado desde el modelo cognitivo conductual. En total se atendieron nueve usuarios, con edades comprendidas entre los 8 y los 42 años, procedentes de barrios estrato 1 al 3 de Bucaramanga y el Área Metropolitana, de los cuales se seleccionó para el estudio de caso un consultante de 34 años, diagnosticado con Trastorno Sexual no Especificado, cuyas características son definitorias de una alteración denominada "Adicción Sexual". El plan de intervención contó con elementos de psicoeducación, reestructuración cognitiva, cambio de conducta, técnicas para el control de la activación y entrenamiento en habilidades sociales. Como resultados relevantes se pueden mencionar la disminución de síntomas conductuales como contactos sexuales riesgosos, búsqueda desmedida de pornografía y masturbación compulsiva; disminución de síntomas cognitivos como sentimientos de culpa, vergüenza y pensamientos irracionales sobre la sexualidad; disminución de respuestas evitativas al contacto con las mujeres, mejor autoestima y disminución de los niveles de ansiedad en función de la conducta problema.

PALABRAS CLAVES:

Adicción sexual, Modelo Cognitivo Conductual, Evaluación, Intervención.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Assessment and clinical intervention of a sexual addiction from the cognitive behavioral model.

AUTHOR(S): Luz Adriana Ortiz Porras

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Magda Yaneth Acevedo Rodríguez

ABSTRACT

This paper presented evidence the process made in the framework of the specialization in clinical psychology at the Institute of Family and Life of the UPB of Bucaramanga, through the presentation of the clinical case where, the process of assessment and clinical intervention, was oriented from the cognitive behavioral model. It was attended nine users, aged 8 to 42 years old, from neighborhoods in socioeconomic stratification 1 to 3 of Bucaramanga and the Metropolitan Area, where a patient aged 34 years old was selected for the case study, diagnosed with Unspecified Sexual disorder, with characteristics from \"Sexual addiction\". The intervention plan had elements of psychoeducation, cognitive restructuring, behavior change, techniques for activation controlling and social skills training. The most relevant results were: decreased of behavioral symptoms such as risky sexual contacts, excessive search for pornography and compulsive masturbation; decreased cognitive symptoms such as feelings of guilt, shame and irrational thoughts about sexuality; decreased evasive responses to women contact; better self-esteem and; decreased anxiety levels depending on the problem behavior.

KEYWORDS:

sexual addiction, cognitive behavioral model, assessment, intervention.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

El trabajo de práctica que se llevó a cabo como parte del proceso de formación de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), se desarrolló a lo largo de un año en el Instituto de Familia y Vida de la UPB (Seccional Bucaramanga). Este instituto, situado en el centro de la ciudad, es un centro de proyección de la UPB que funciona como una IPS, prestando servicios de consulta externa en psicología, en las modalidades de atención individual, familiar y de pareja, entre otros servicios de carácter social. Así mismo participa en el diseño e implementación de proyectos de intervención a familias y comunidades a través de convenios interinstitucionales con diversas entidades de la región.

Adicionalmente, este espacio presta sus servicios a personas que, por sus condiciones de vida, tienen dificultad para acceder a éstos y, cuenta con programas de fortalecimiento en educación familiar, como escuela de padres, formación a maestros y educación sexual, entre otros. Cabe resaltar que es con esta población con quienes los estudiantes de psicología, de pregrado y especialización en psicología clínica, realizan sus prácticas académicas, bajo la asesoría y monitoreo de un docente.

Durante el proceso de práctica se atendieron, en total, nueve consultantes, de estratos 1, 2 y 3; 4 hombres (44,5%) y 5 mujeres (55,5%), con edades comprendidas entre los 8 y los 42 años (67% correspondiente a usuarios entre los 6 y 15 años, 11% a usuarios entre los 16 y 25 años, 11% a usuarios entre los 26 y 35 años y 11% a usuarios entre los 36 y 45 años). 4 de ellos fueron remitidos por instituciones educativas, 3 asistieron por solicitud de sus padres de familia y 2 por cuenta propia. Los motivos de consulta estuvieron relacionados con problemas de comportamiento y bajo rendimiento académico (77,8%), problemas relacionados con comportamiento sexual problemático (11,1%) y dificultades asociadas al estado de ánimo (11,1%).

El proceso de práctica desarrollado bajo un enfoque cognitivo conductual estuvo estructurado en dos momentos específicos: (a) Fase de Evaluación y (b) Fase de Intervención. Cada una de estas fases con el objetivo final de brindar a los usuarios

herramientas de afrontamiento para manejar de manera adecuada sus problemáticas y mejorar su salud mental y calidad de vida.

Para el estudio de caso se seleccionó un consultante con comportamiento sexual problemático, definido como “Adicción Sexual” (Echeburúa, 2012), Trastorno Sexual no Especificado, según los criterios diagnósticos del DSM-IV, o Trastorno de Hipersexualidad según los criterios diagnósticos del DSM-V. Este caso fue seleccionado teniendo en cuenta que el consultante fue quien asistió a un mayor número de sesiones y quien mostró mayor adherencia al tratamiento, aspectos que permitieron una mejor comprensión de su problema y un mayor avance en el plan de intervención. Así mismo, se tuvo en cuenta la relevancia de profundizar en una problemática que como plantea Briet “tiene un largo pasado pero una corta historia en lo que respecta a su estudio, evaluación y tratamiento” (s.f., p.1).

Los trastornos adictivos en general comprenden fundamentalmente dos factores: pérdida de control y dependencia compulsiva de acciones externas para regular estados internos (Fernández & López-Goñi, 2010; Cáceres, 2005; Echeburúa, 1999). Dicho esto, es válido afirmar que cualquier conducta normal es susceptible de ser usada anormalmente “en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de tiempo/dinero invertido y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas” (Echeburúa, 1999, p. 14).

Si bien los trastornos adictivos han estado tradicionalmente ligados a la dependencia de sustancias químicas, la evidencia empírica ha permitido ampliar la categorización, siendo válida la distinción entre adicciones químicas y aquellas asociadas a comportamientos específicos, denominadas *adicciones psicológicas*, *adicciones sin droga* o *adicciones no-químicas*, entre las que se encuentran la adicción a las compras, la adicción a la comida y la adicción al sexo (Echeburúa, 1999). No obstante, dichas adicciones no son contempladas en el DSM-IV ni en la CIE-10, y por tanto no cuentan con criterios de diagnóstico específicos.

Particularmente la *Adicción sexual*, principal punto de interés del presente informe, fue descrita hace poco más de un siglo por Krafft Ebbing como “psicopatía

sexual” (Romero, 2008; Briet, s.f.). De acuerdo con Kafka (2010), no fue hasta la publicación del libro *Out of the Shadows: Under standing Sexual Addiction* (Carnes, 1983) que se popularizó la categoría como concepto clínico. Sin embargo, aun cuando actualmente coexisten diversas aproximaciones al tema efectuadas por psicólogos y científicos sociales, el trastorno no se encuentra incluido en el DSM-IV debido a la poca disponibilidad de datos científicos que lo soporten, lo que ha relegado su diagnóstico a lo que se conoce como *Trastorno sexual no especificado* (Kafka, 2010). Así las cosas, el avance más reciente y significativo sobre el tema corresponde a la introducción de la categoría diagnóstica de *Trastorno de hipersexualidad* por primera vez en el DSM-V (Echeburúa, 2012).

En este contexto, la *sexoadicción* se encuentra en el centro de importantes debates dada la escasa evidencia empírica, los problemas en su conceptualización y el déficit de tratamientos psicológicos basados en la evidencia. A ello se añade la dificultad de contar con datos de su prevalencia dado el carácter privado de la conducta sexual y la eventual negación de los síntomas o de su relevancia por parte de los individuos que la padecen (Echeburúa, 2012; Cáceres, 2005).

En lo que respecta a su definición, es común encontrar diversos conceptos del trastorno, más o menos similares entre sí. La

Tabla 1 expone algunas de dichas definiciones.

Tabla 1. Definiciones de Adicción Sexual

Autor(es)	Definición
(Kafka & Prentky, 1992)	“(adicciones sexuales no parafilicas) 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.”
(Goodman, 1997, pág. 17)	“La adicción sexual es una forma de comportamiento sexual cuyo patrón característico es la falla en el control del comportamiento sexual, a pesar de las consecuencias significativamente destructoras para la persona que la padece y para los demás.”

Autor(es)	Definición
(Coleman-Kennedy & Pendley, 2002, pág. 143)	La adicción sexual es una enfermedad adictiva progresiva y crónica, caracterizada por patrones de comportamiento sexual compulsivo que ocurre en respuesta al enfado y dolor interno, a pesar de sus consecuencias adversas.
(Echeburúa, 2012, pág. 282)	“Cadena de conductas estereotipadas más allá del control del sujeto, que interfieren en su vida cotidiana, pero que no se puede dejar de practicar a pesar de los aspectos negativos implicados... implica un conjunto recurrente de conductas, pensamientos y fantasías, activación fisiológica y ansia por llevar a cabo conductas sexuales.”

Fuente: elaboración propia con base en (Cáceres, 2005, p. 407; Romero, 2008, p. 9; Echeburúa, 2012; Coleman-Kennedy & Pendley, 2002).

En general, se puede afirmar que el término alude a comportamientos sexuales parafilicos y no parafilicos repetitivos, con tendencia a cierto escalamiento, que derivan en consecuencias significativamente adversas para el individuo y su entorno, entre las que se encuentran: sentimientos de culpa, pérdida de control, riesgos asociados a enfermedades sexualmente transmisibles, problemas económicos y daños familiares (Echeburúa, 2012; Cáceres, 2005; Kafka, 2010).

De acuerdo con Goodman, citado por Romero (2008) y Cáceres (2005), el carácter repetitivo de la conducta asociado a otras características permite una aproximación al diagnóstico de la adicción al sexo. Entre las mencionadas características se encuentran:

- Comienzo del trastorno en la adolescencia o en la adultez temprana.
- Esfuerzos no exitosos para controlar o detener los impulsos, que derivan en pérdida de control.
- Mantenimiento del comportamiento pese a las múltiples consecuencias adversas.
- Ansiedad, alteración del humor y sensación de pérdida de control por razón del comportamiento.
- Cierta grado de placer o alivio de la ansiedad durante la ejecución del comportamiento.

- Sentimiento de culpa y/o vergüenza frente a las actividades sexuales excesivas.
- Fenómeno de abstinencia ante ausencia del comportamiento.
- Tendencia a la recaída.

Es evidente que estas características guardan similitud con las de otros tipos de adicciones. De hecho, generalmente la adicción sexual coexiste con adicciones a sustancias (Coleman-Kennedy & Pendley, 2002). Además, comparte también rasgos distintivos con los comportamientos impulsivos y compulsivos, usuales en las conductas adictivas. Así pues, aunque en fases iniciales la actividad sexual se potencie por reforzadores positivos asociados con cierto placer y gratificación – componente de impulsividad –, en fases más avanzadas de la adicción, el individuo pierde la libertad para gestionar su deseo sexual, adoptando la conducta sexual como una estrategia para afrontar sentimientos de malestar– componente de compulsividad –con significativas consecuencias psicosociales producto de la negligencia derivada del comportamiento sexual (Briet, s.f.; Cáceres, 2005; Echeburúa, 2012; Coleman-Kennedy & Pendley, 2002). En otras palabras, siguiendo a Echeburúa,

El problema de los sexoadictos no es tanto la intensidad de sus impulsos como la dificultad para controlarlos o la presencia de motivos no sexuales (soledad, alivio del malestar emocional, dependencia emocional, etcétera) en su conducta sexual. Es ahí donde debe recalar la terapia.(2012, p. 284)

De acuerdo con Coleman-Kennedy & Pendley, la valoración psiquiátrica inicial se constituye en el paso principal para reconocer un comportamiento sexual problemático (2002, p. 143). Las autoras proponen un algoritmo para el diagnóstico y la valoración del trastorno, en el que se incluyen los siguientes indicadores de posible adicción sexual (p. 146):

- Familia de origen disfuncional
- Historial de enfermedades de transmisión sexual u otros problemas médicos
- Historia de abuso sexual, emocional y/o físico
- Uso y abuso de sustancias pasado o presente
- Problemas legales (acusaciones de acoso sexual)
- Problemas sociales y/o laborales

- Traumas
- Dificultades en relaciones interpersonales.

En la actualidad no se cuenta con tratamientos específicos para la adicción al sexo, lo que sí existe es un conjunto de técnicas, recomendaciones y sugerencias adaptadas de otros trastornos adictivos, dada la similitud de sus características, entre las que se encuentran: psicoterapia individual, programas de doce pasos, derivados de la terapia grupal de “los 12 pasos” y los principios seguidos en otros programas de adicción a sustancias; y tratamientos farmacológicos (Echeburúa, 2012; Cáceres, 2005). Si bien el tratamiento de las adicciones sexuales varía de acuerdo al modelo adoptado por el profesional a cargo, gran parte del acervo sobre el tema tiene fundamento en el *Modelo Cognitivo Conductual*. La Tabla 2 expone, de manera resumida, dos planes/programas de tratamiento propuestos desde este modelo.

Tabla 2. Planes/Programas de tratamiento para adicción sexual

Autor(es)	Planes/Programas de tratamiento
(Echeburúa, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los estímulos vinculados a la adicción - Exposición prolongada a los elementos suscitadores del ansia por la conducta adictiva - Solución de problemas específicos - Creación de un nuevo estilo de vida - Prevención de recaídas
(Cáceres, 2005)	Plan comprensivo con subprogramas destinados a: <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar el desarrollo de vinculadores positivos - Modificar aspectos cognitivos - Deserotización de estímulos parafilicos

Dado que la conducta sexual resulta necesaria en la cotidianidad, la meta de abstinencia planteada comúnmente como parte del tratamiento de otro tipo de adicciones se considera insuficiente. Así pues, en general, lo que se busca es restringir el comportamiento sexual compulsivo y ayudar al paciente a sobrellevar de forma controlada los estímulos a los que se encuentra expuesto por medio de una evaluación previa del problema, programas de psico-educación y cambio de actitudes sexuales, manejo de emociones y de habilidades sociales, y técnicas de exposición (Briet, s.f.; Echeburúa, 1999). En todo caso, es importante tener presente que cada intervención deberá ajustarse a las características del individuo y su entorno.

OBJETIVOS

General

Diseñar un proceso de intervención clínica orientado desde el modelo cognitivo conductual con el fin de reducir y minimizar la conducta problema en un caso diagnosticado con Trastorno Sexual no Especificado, cuyas características son definitorias de una alteración denominada "Adicción Sexual".

Específicos

Evaluar la problemática presente en el caso mediante la utilización de instrumentos y formatos clínicos, para el planteamiento y la confirmación de hipótesis.

Realizar la formulación del caso clínico desde el enfoque cognitivo conductual, con el fin de proponer el plan de intervención con el consultante.

Implementar el plan de intervención, formulado para el caso clínico desde el modelo cognitivo conductual, para reducir la conducta problema.

METODOLOGÍA

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista, se entiende por *estudios de caso* aquellos “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría”(2006, p. 224), pudiéndose tomar por *unidad* a un individuo, familia, objeto, comunidad, Estado, etc.

Participantes

Población atendida.

En el desarrollo de la práctica se atendió una población total de 9 usuarios, procedentes de barrios estrato 1, 2 y 3 de Bucaramanga y el Área Metropolitana, 4 hombres (44,5%) y 5 mujeres (55,5%), con edades comprendidas entre los 8 y los 42 años, para una edad promedio de 17,5 años y una desviación estándar de 12,09. En cuanto al nivel educativo de estos usuarios se tiene que 2 (22,2%) se encontraba cursando la primaria, 5 (55,6%) el bachillerato y 2 (22,2%) ya contaban con el bachillerato completo.

Se tuvieron en cuenta criterios como la firma del consentimiento informado, el diligenciamiento de la historia clínica y la asistencia a por lo menos una cita programada posterior a la recepción del caso.

Caso clínico seleccionado.

De los 9 usuarios atendidos se seleccionó uno para el desarrollo del estudio de caso, teniendo en cuenta los siguientes criterios: (a) cumplimiento con las consultas y proceso terapéutico programado, (b) mayor número de sesiones realizadas, (c) puntualidad e (d) información relevante suministrada.

El caso seleccionado corresponde a un usuario de sexo masculino con 34 años de edad, procedente de un barrio estrato 1 de la ciudad de Bucaramanga, bachiller, dedicado a oficios varios, principalmente como tendero, en el arreglo de celulares y en

trabajos de carpintería. Este usuario acude a consulta de manera voluntaria, debido a que presenta, según refiere, “un problema de ansiedad sexual”.

Instrumentos

a) Consentimiento Informado. Documento que permite al usuario conocer aspectos como la confidencialidad, beneficios y compromisos que tiene el consultante al aceptar la asesoría psicológica y demás aspectos contemplados en la Ley 1090 de 2006, estatutos del colegio colombiano de psicólogos (Véase Anexo1).

b) Historia Clínica: documento establecido por el Instituto de Familia y Vida de la UPB, que permite recolectar información socio - demográfica, aspectos relacionados al motivo de consulta, historia familiar, personal, académica, laboral, área social, conductas de riesgo, impresión diagnóstica, plan de tratamiento y seguimiento terapéutico (Véase Anexo2).

c) Autorregistro de situación-pensamiento-emoción-conducta. es una herramienta utilizada en el modelo cognitivo- conductual, que permite al paciente llevar un registro puntual y sistemático de pensamientos, sentimientos, sensaciones y comportamientos, frente a determinadas situaciones que generalmente son problemáticas y, sus consecuencias. Como técnica, permite al paciente reconocer el papel que juegan sus pensamientos negativos en lo que siente (sus emociones) y lo que hace (su conducta) a la vez que le facilita la auto-observación (Véase Anexo 3).

d) Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ). Instrumento elaborado por Krug (1980) para evaluar rasgos o conductas patológicas de la personalidad, tanto en adultos como en adolescentes; consta de 144 ítems de tres alternativas de respuesta cada uno. Para su aplicación se pide a la persona que marque con una X la opción que más se acerque a sus actitudes e intereses. Para obtener la calificación del cuestionario se ingresan los resultados en un software que arroja las puntuaciones directas y los decatipos con un perfil y su interpretación. Evalúa 12 escalas, las siete primeras miden componentes de la depresión: Hipocondriasis (D1), Depresión Suicida (D2), Agitación (D3), Depresión Ansiosa (D4), Depresión Baja-Energía (D5), Culpabilidad-Resentimiento (D6) y Apatía Retirada (D7). Las siguientes cinco escalas miden los siguientes factores psicopatológicos: Paranoia

(Pa), Desviación Psicopática (Dp), Esquizofrenia (Sc), Psicastenia (As) y Desajuste Psicológico (Ps). En cuanto a validez y confiabilidad se encontró un coeficiente Alfa promedio de 0,51 (Krug (1994) citado por Albarracín (2012)). En investigación realizada por Albarracín (2012) con una muestra de adolescentes de la ciudad de Bucaramanga entre los 16 y 25 años, los análisis de consistencia interna arrojaron un valor de confiabilidad Cronbach de 0,69, mayor al de la versión española(Albarracín, 2012).

e) Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE). Es un inventario auto evaluativo que permite evaluar la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), para lo cual cuenta con dos subescalas, la de ansiedad estado (AE) y la de ansiedad rasgo (AR)(Ver Anexo 4). La forma de respuesta va de 0 a 4; cada subescala consta de 20 ítems, la de AE contiene 10 positivos de ansiedad y 10 negativos. La subescala de AR contiene 13 ítems positivos de ansiedad y 7 negativos. En cuanto a validez y confiabilidad, en estudios realizados con población latinoamericana de Argentina, Ecuador y Perú, se encontraron coeficientes en Alfa de Cronbach de 0.83 para el IDARE – R, y de 0.92 para el IDARE – E, siendo aplicable en adultos, estudiantes y pacientes. Los coeficientes de confiabilidad fueron superiores a 0.83(Rojas, 2010)

f) Escala de cambio percibido (Echeburúa & de Corral, 1998): consiste en una escala que va de 1 a 7, donde se le pide al paciente que señale como se siente en general desde el último encuentro con la terapeuta. A mayor puntuación, mayor es la percepción de que se ha resuelto el problema por el que se acudió a consulta. (Véase Anexo 5).

Procedimiento

El proceso de práctica, desarrollado desde el enfoque cognitivo conductual, estuvo dividido en dos fases: Evaluación e Intervención. En la fase de evaluación, se aplicaron instrumentos psicotécnicos que permitieron recolectar la información necesaria para orientar el proceso terapéutico o de asesoría con los usuarios atendidos. En la fase de Intervención, a partir de la información presentada por los usuarios, la revisión de literatura y las recomendaciones dadas por la asesora, se

desarrolló el plan de tratamiento programado para el caso. La duración de cada sesión osciló entre los 45 y 60 minutos principalmente y en algunos casos de 60 a 90 minutos.

De acuerdo al modelo de intervención (cognitivo conductual), el desarrollo de las sesiones se llevó a cabo bajo una estructura determinada: (a) apertura de la sesión, reestructuración cognitiva, (b) psicoeducación, (c) entrenamiento en diversas técnicas encaminadas a minimizar los síntomas y potenciar el desarrollo de habilidades, (d) evaluación del cambio percibido y (e) asignación de tareas para la casa. No obstante, hubo casos en los cuales las sesiones no se pudieron realizar de acuerdo a esta estructura, debido a la necesidad de abordar situaciones relevantes manifestadas por los pacientes.

A continuación se presenta el procedimiento llevado a cabo con el caso seleccionado:

a) Historia clínica: W es un hombre de 34 años que acude al instituto por sugerencia del sacerdote de su parroquia, ya que presenta una serie de síntomas clínicamente relevantes, asociados a un problema que él denominó "Ansiedad Sexual". Una vez realizada la recepción del caso, proceso a cargo de una estudiante de pregrado en práctica, en el cual se indaga de manera general por el motivo de consulta e información respecto a datos sociodemográficos, se le asignó una cita de acuerdo a los espacios y profesionales practicantes de la especialización en psicología clínica disponibles. Posteriormente, se realizó el contacto con el usuario. La primera sesión se orientó a verificar la información suministrada en la recepción del caso respecto a datos sociodemográficos, ampliar detalles sobre el motivo de consulta y explicar las características del espacio y la metodología de trabajo desde el enfoque cognitivo conductual, dando la oportunidad al usuario de aclarar dudas que pudiera tener. Así mismo se le preguntó si deseaba continuar con el proceso y al estar de acuerdo se le informó que eran necesarias dos o tres sesiones más de evaluación antes de proponer un plan de intervención terapéutico. Durante estas primeras sesiones se exploraron elementos sobre la situación actual y antecedentes relativos a las áreas personal, familiar, académica, laboral, social, relaciones de pareja y comportamientos de riesgo, entre otros, que

permitieron tener una visión más completa tanto del motivo de consulta como del estilo de vida del consultante, prestando especial atención a los elementos que podían facilitar la comprensión del caso desde el enfoque cognitivo conductual. En total el proceso tomó las dos primeras sesiones y parte de la tercera.

b) Evaluación clínica: Teniendo en cuenta las características del caso se seleccionaron y aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación: (1) Autorregistro de situación-pensamiento-emoción-conducta, (2) Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) y (3) Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE). En el caso del Autorregistro, desde la sesión #3 se explicó su uso diligenciándose sesión a sesión, mientras el CAQ y el IDARE se aplicaron durante la sesión #4.

c) Análisis de los resultados de la evaluación: Una vez calificadas las pruebas se procedió al respectivo análisis de los resultados, los cuales se socializaron y se le presentaron al consultante, a través de entrevista (durante la sesión #5), con el objetivo de tener mayor información para el planteamiento y confirmación de hipótesis sobre la situación problemática del consultante y así contar con los elementos suficientes para la construcción del plan de intervención.

d) Intervención clínica: De acuerdo con la evaluación clínica, la revisión de literatura respecto a la problemática del consultante y las técnicas de intervención existentes y, la orientación brindada por la asesora de la práctica, se diseñó el plan de intervención con enfoque cognitivo conductual y se socializó con el paciente. En términos generales, dicho plan (Véase anexo 8, numeral 12) contó con elementos de psicoeducación (Véase anexo 6), reestructuración cognitiva, modificación de conducta y técnicas de relajación (Véase anexo 7). En total el desarrollo del plan de intervención se llevó a cabo durante 6 sesiones (de la sesión #6 a la sesión #11).

e) Evaluación de la intervención: Se monitoreaba el estado de avance en cada consulta a través de una escala de cambio percibido. Así mismo se realizó evaluación pre y pos intervención con el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE). La evaluación pos intervención se realizó una vez el consultante anunció que por motivos laborales no podría seguir acudiendo a consulta en los horarios disponibles, de tal manera que se programó una sesión (sesión #12) para llevarla a cabo.

f) Cierre del caso: se realizó el cierre del caso de manera anticipada, debido al retiro del consultante, por motivos laborales. Se realizó un seguimiento telefónico al mes y a los dos meses de haberse realizado la última sesión, a través de los cuales el consultante refirió el mantenimiento de los logros alcanzados como resultado de su asistencia a las consultas.

RESULTADOS

Población atendida

Durante el proceso de práctica se atendieron en total 9 consultantes, 4 hombres (44%) y 5 mujeres (56%), con edades comprendidas entre los 8 y los 42 años, para una edad media de 17,5 años y desviación estándar de 12,09.

Como se puede ver en la Tabla 3, del total de esta población el 88,8% era soltero, siendo este el estado civil con mayor prevalencia, seguido del separado con un 11,2%.

Tabla 3. Distribución de la población atendida según el estado civil

ESTADO CIVIL	Total	%
Casado(a)	0	0%
Soltero(a)	8	88,8%
Separado(a)	1	11,2%
Total general	9	100.%

En cuanto al nivel socio económico, se observa en la Tabla 4 que el mayor porcentaje lo representó el estrato 2 con un 44,5% de los consultantes, seguido del estrato 1 con un 33,3% y el estrato 3 con un 22,2%.

Tabla 4. Distribución de la población atendida según el nivel socioeconómico

ESTRATO	Total	%
1	3	33,3%
2	4	44,5%
3	2	22,2%
Total general	9	100.00%

Con relación al nivel de escolaridad, se observa en la Tabla 5 que el 22,2% de los consultantes se encontraban realizando la primaria, el 55,6% cursando el bachillerato y el 22,2% restante ya habían terminado su bachillerato.

Tabla 5. Distribución de la población atendida según el nivel de escolaridad

ESCOLARIDAD	Total	%
Primaria Incompleta	2	22,2%
Bachillerato incompleto	5	55,6%
Bachillerato	2	22,2%
Total general	9	100%

En cuanto al origen de la remisión, se tuvo que 7 de los usuarios acudieron remitidos: 4 por sus instituciones educativas (44,5%) y 3 por solicitud de sus padres (33,3%); así mismo que 2 acudieron por cuenta propia en busca de orientación psicológica (22,2%) (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de la población atendida según el origen de la remisión

ORIGEN DE LA REMISIÓN	Total	%
Remisión de la institución educativa	4	44,5%
Solicitud de los padres	3	33,3%
Por cuenta propia	2	22,2%
Total general	9	100%

Los motivos de consulta por los cuales los usuarios acudieron remitidos por sus instituciones educativas y solicitud de los padres de familia (siete casos correspondientes a un 77,8%), se relacionaron todos con problemas de comportamiento y bajo rendimiento académico. Las razones por las que los usuarios consultaron por cuenta propia fueron: (1) dificultades a nivel del estado de ánimo con problemas en el entorno familiar (11,1%) y (2) (Consultante seleccionado para el estudio de caso) Deseos e impulsos recurrentes por tener relaciones sexuales, acompañados de un alto nivel de ansiedad y sentimientos de culpa, con dificultad en el establecimiento y mantenimiento de relaciones de pareja (11,1%) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de la población atendida según el motivo de consulta

MOTIVO DE CONSULTA	Total	%
Problemas de comportamiento en casa y en el colegio con bajo rendimiento académico	7	77,8%
Deseos e impulsos recurrentes por tener relaciones sexuales, acompañados de un alto nivel de ansiedad y sentimientos de culpa, con dificultad en el establecimiento y mantenimiento de relaciones de pareja	1	11,1%
Dificultades a nivel del estado de ánimo, y problemas en el entorno familiar.	1	11,1%
Total general	9	100%

El promedio de sesiones realizadas por usuario fue de 7,6, donde el consultante que menos asistió estuvo en 2 sesiones y el que más asistió en 12. En total, el tiempo de dedicación a la práctica fue de 100 horas, de las cuales 80 se destinaron para la atención directa de los consultantes y las 20 restantes a la evolución de Historias Clínicas, seguimiento, revisión de literatura y preparación de las consultas.

De las sesiones programadas, el porcentaje de inasistencia fue del 24,75%, encontrándose que quienes mostraron mayor compromiso, en términos de cumplimiento con las citas programadas, fueron los consultantes que acudieron por solicitud de sus padres, con un 82% de asistencia y, quienes acudieron por cuenta propia, con una asistencia del 81%. En contraste los consultantes que fueron remitidos por sus instituciones educativas asistieron en promedio al 64% de las sesiones programadas.

Por otra parte, de acuerdo a la fase del proceso terapéutico alcanzada, de la totalidad de los consultantes, cinco (55,6%) llegaron al seguimiento, dos (22,2%) asistieron a más de la mitad del tratamiento pero se retiraron debido a que sus padres no pudieron volver a llevarlos por conflictos con los horarios y, otros dos (22,2) solo asistieron entre dos y tres sesiones de evaluación manifestando no querer continuar por desacuerdo con la idea de acudir al psicólogo (estos pacientes acudieron en contra de su voluntad remitidos por sus instituciones educativas y en ambos casos los padres de familia no manifestaron mayores expectativas frente al tratamiento).

Caso clínico seleccionado

Con relación al caso seleccionado para el presente estudio (Véase anexo 8), los resultados obtenidos fueron los siguientes:

a) Datos de la historia:

W es un hombre de 34 años, soltero (sin pareja estable desde hace aproximadamente 10 años), bachiller, vive en un sector estrato uno, trabajador independiente en oficios varios (tiene una pequeña tienda en la misma casa donde vive y en ocasiones apoya a su padre con trabajos de carpintería), es colaborador activo de la iglesia católica como líder de grupos juveniles en actividades de deporte, recreación y evangelización y, en

su barrio, en actividades de desarrollo comunitario. Desde hace aproximadamente 9 años padece de eyaculación precoz, inicialmente estuvo en tratamiento médico, pero al no obtener la efectividad esperada lo abandonó. Al acudir a consulta expresa excesiva preocupación por un malestar que padece desde hace más de 15 años al cual llama “ansiedad sexual” refiriendo que en todo este tiempo no ha podido controlarlo y que antes no había pedido ayuda por temor al rechazo y el señalamiento social y, “porque no se sentía esclavo de su problema”. Según lo que manifiesta, cuando habla de “ansiedad sexual”, se refiere a los deseos constantes e incontrolables de realizar actos sexuales, principalmente ante la presencia de mujeres voluptuosas y travestis y, situaciones como pasar frente a un “prostíbulo”, ver publicidad sobre servicios sexuales, visitar salas de internet y cuando está estresado o aburrido como una forma de relajarse. Refiere que sus "deseos y sus ansias" le generan malestar y lo llevan con frecuencia a ver pornografía, masturbarse, buscar trabajadoras sexuales ya sea en “prostíbulos” o líneas eróticas y últimamente a buscar experiencias "más profundas y diferentes", como buscar travestis para que le practique sexo oral. Manifiesta que se siente culpable y arrepentido cada vez que tiene estas experiencias sexuales, ya que considera que su forma de actuar está en contra de sus creencias y su "fe", agrega que le preocupa sentirse esclavo de estos deseos y eso lo pone más ansioso. Por otra parte, refiere que este problema ha incidido en la dificultad para entablar una relación de pareja, ya que teme ser descubierto y rechazado, explica al respecto que 10 años atrás sufrió por el rechazo de una mujer muy importante para él (a quien le pidió que fuera su novia y se negó) y que esta situación “lo dejó marcado” motivo por el cual su temor al rechazo es mayor.

a) Instrumentos Aplicados:

Tabla 8. Instrumentos aplicados

PRUEBA	RESULTADOS	INTERPRETACION
Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ):		
Hipocondriasis (D1),	6	Con relación a las puntuaciones promedio, se encuentra que la mayoría de los factores evaluados mantienen una puntuación de medio a bajo, a excepción del factor Agitación (D3) que supera el promedio, indicando una tendencia en W a la necesidad constante de buscar excitación,
Depresión Suicida (D2),	4	
Agitación (D3),	7	
Depresión Ansiosa (D4),	6	
Depresión Baja Energía (D5),	2	
Culpabilidad-Resentimiento (D6)	4	
Apatía Retirada (D7).	4	

PRUEBA	RESULTADOS	INTERPRETACION
Paranoia (Pa), Desviación Psicopática (Dp), Esquizofrenia (Sc), Psicastenia (As) Desajuste Psicológico (Ps).	6 6 6 4 2	riesgo y novedad.
Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE): AE AR	62 Alto 52 Alto	Estas puntuaciones por encima de los puntos de corte que indican niveles clínicos de sintomatología, confirman la presencia de niveles elevados de ansiedad (mayores como estado que como rasgo), corroborando la información ofrecida en la entrevista por W en cuanto a la presencia de un malestar que acompaña su conducta sexual problemática, e interfiere de manera notable en diferentes áreas de su vida (personal, familiar, social, laboral, académica y de pareja), llevándolo a inhibirse en éstas por temor a que su problema sea evidenciado por los demás.
Escala de Cambio Percibido		Las puntuaciones 5 a 7 hacen referencia a una percepción positiva del cambio. En W estas puntuaciones se mantuvieron desde el comienzo de la intervención, siendo particularmente notables después de la primera sesión. Como Indicadores de esta percepción se tiene el reporte del paciente con relación a la disminución de sentimientos de culpa, vergüenza y angustia y un cambio notable en su apariencia notándose un mayor cuidado y una expresión de alegría en su rostro.
Sesión # 2 Sesión # 4 Sesión # 6 Sesión # 8 Sesión # 10	7 (Mucho mejor) 6 (Bastante mejor) 5 (Algo mejor) 6 (Bastante mejor) 6 (Bastante mejor)	

A partir de la evaluación realizada con W, a través de la entrevista y los instrumentos descritos anteriormente, se pudo realizar una revisión más exhaustiva de los síntomas descritos por el paciente y, así mismo, dar un soporte a la impresión diagnóstica, encontrándose en la valoración multiaxial final, a partir del DSM-IV, que W cumplía con los criterios para un Trastorno Sexual no Especificado (Ver

Tabla 9), siendo esta una categoría incluida para codificar trastornos de la actividad sexual que no clasifican en una de las categorías específicas, pero que si conllevan bien sea la ausencia (o disminución sustancial) de pensamientos eróticos subjetivos, a pesar de la excitación y el orgasmo normales, o situaciones en las que el clínico ha constatado la presencia de un trastorno sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias(American Psychiatric Association - APA, 2002, p. 535).

Tabla 9. Valoración multiaxial

Valoración Multiaxial	PACIENTE (W)
Eje I:	F52. 9 Trastorno Sexual no Especificado (302.70) F52.4 Eyaculación Precoz
Eje II:	Eje II: Ninguno
Eje III:	Eje III: Ninguno
Eje IV	Eje IV: Problemas económicos y laborales y, dificultades para establecer relaciones de amistad y de pareja con mujeres.
Eje V	EEAG 70 actual

Es importante mencionar en este apartado, que si bien la categoría diagnóstica que mejor se ajusta a los síntomas de W, de acuerdo a los criterios del DSM-IV es un Trastorno Sexual no Especificado, el DSM-V ya incorpora el trastorno de hipersexualidad como una nueva categoría diagnóstica, que por sus características definitorias propias de las conductas adictivas, ha replanteado la posible existencia de una adicción al sexo y/o Trastorno de Hipersexualidad (Kafka (2010) citado por Echuburúa (2012)), el cual explica mucho mejor el síndrome presentado por de W. (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Criterios diagnósticos para el Trastorno de Hipersexualidad según el DSM-V

Criterios diagnósticos para el Trastorno de Hipersexualidad según el DSM-V
<p>A. Durante al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes e intensas y deseo sexual apremiante, así como conductas sexuales asociadas a cuatro o más de los siguientes cinco criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> (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 conductas sexuales repetidas en respuesta a estados de ánimo disfóricos (p. ej., ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad). (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 conductas sexuales ignorando el riesgo físico, psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo o para otras personas. <p>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.</p> <p>C. Las fantasías, deseos y conductas sexuales no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a episodios maníacos.</p> <p>D. El sujeto es mayor de 18 años.</p> <p><i>Especifíquese si el problema planteado es:</i> Masturbación, pornografía, conducta sexual con adultos que consienten, cibersexo, sexo</p>

telefónico, clubs de “striptease”, otros problemas.

Especificar si:

En remisión

Especifíquese si:

En remisión (no hay malestar emocional, deterioro o conducta recurrente en un ambiente no controlado): Duración de la remisión en meses: _____

En un ambiente controlado

Por otra parte, el CIE-10 (1992) en su clasificación Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-F59), contiene la categoría de Disfunciones sexuales de origen no orgánico (F52), dentro de la cual se encuentra, a su vez, la categoría de impulso sexual excesivo (F52.7), la cual incluye la Ninfomanía y la Satiriasis.

b) Plan de Intervención

Superada la fase inicial de evaluación, con la cual se pudieron identificar una serie de conductas problema, realizar la formulación del caso y establecer la hipótesis diagnóstica desde los criterios del DSM-IV, contrastándolos con los del DSM-V, se trazaron los objetivos de intervención con sus respectivas actividades y técnicas, desde el modelo Cognitivo Conductual (Véase anexo 8, numeral 12).

Como resultados relevantes de la intervención, se puede mencionar que la primera sesión fue una de las más significativas para el paciente, ya que, según refirió, el poder hablar de su problema (algo que nunca había hecho) sin recibir la respuesta de burla y rechazo que tanto temía, le generó una sensación de tranquilidad que se reflejó en la disminución de respuestas evitativas al contacto social. Aunque en las primeras sesiones de implementación del plan de intervención no logró reducir de manera significativa síntomas de conducta (contactos sexuales frecuentes, masturbación compulsiva, búsqueda de nuevas experiencias sexuales, intentos repetidos e infructuosos de reducir las conductas sexuales excesivas, búsqueda frecuente de pornografía) si redujo de manera importante síntomas de tipo cognitivo y emocional como el sentimiento de culpa concerniente a sus actividades sexuales excesivas, la vergüenza y pensamientos irracionales sobre la sexualidad. A partir de la octava sesión empezó a reportar mejoría en cuanto al control de los impulsos,

reconociendo la efectividad de las técnicas aprendidas en consulta, principalmente las técnicas de relajación y solución de problemas.

c) Evaluación de la intervención

Se realizó monitoreo, a partir de la segunda sesión, cada dos sesiones, a través de la Escala De Cambio Percibido. Así mismo, se realizó la evaluación pos tratamiento mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) y la Escala de Cambio Percibido. Comparando con los resultados de la evaluación pre tratamiento, como se puede ver en la Tabla 11, se encontró una reducción importante en los niveles de ansiedad (de una puntuación de 62-52 arrojada al inicio del tratamiento, pasó a una puntuación de 36-30 posterior a éste). De la misma manera, se pudo observar durante el monitoreo llevado a cabo en las sesiones, con la Escala De Cambio Percibido, que la percepción de mejoría fue significativamente evidente después de la primera sesión; así mismo, que esta percepción bajó en las sesiones intermedias, manifestándose por parte de W sentimientos de culpa y desesperanza frente a la dificultad para controlar los impulsos en ciertas situaciones que se le presentaron, volviendo a lograr el nivel percibido posterior a la primera sesión, hacia el final del tratamiento.

Tabla 11. Evaluación de la intervención

PRUEBA	PRE	POS	Análisis
Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE): AE AR	62 alto 52 alto	36 medio 30 bajo	La puntuación obtenida posterior a la intervención, indica que W mejoró considerablemente y esto se confirma a partir de sus reportes. No obstante, también refirió la presencia de malestar, en respuesta a situaciones complejas, principalmente de carácter económico..
Escala de cambio percibido (sesión #2 vs última sesión)	7 mucho mejor	6 bastante mejor	Como puede observarse, con relación al comienzo del tratamiento, la percepción positiva de cambio se mantuvo. Aun cuando se reportaron crisis, W siempre manifestó el mantenimiento de esta percepción positiva de cambio. No obstante, no hay que descartar que lo hiciera por caer bien con la terapeuta.

Adicionalmente se realizó seguimiento telefónico al consultante, al mes y a los dos meses de haberse realizado la última sesión, quien refirió haber mantenido cambios positivos en aspectos como el control de los impulsos, la seguridad en sí mismo a la hora de relacionarse con mujeres y la reducción de prácticas sexuales en espacios, horarios y condiciones inapropiadas.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta el objetivo del presente estudio, se ha realizado el diseño de un proceso de intervención clínica orientado desde el modelo cognitivo conductual con el fin de reducir y minimizar la conducta problema en un caso diagnosticado con Trastorno Sexual no Especificado, cuyas características son definitorias de la “Adicción Sexual”.

Este caso fue seleccionado teniendo en cuenta que la asistencia del consultante (W) a un mayor número de sesiones y su adherencia al tratamiento, permitieron una mejor comprensión de su problema y un mayor avance en el plan de intervención, con relación a los demás consultantes atendidos en el marco de la práctica. Así mismo, se consideró importante profundizar en un trastorno que poco se ha estudiado, aun cuando es evidente que es una condición que representa serios problemas psicosociales para las personas y cuya denominación como “Adicción Sexual”, aunque no es nueva, se encuentra cuestionada dada la escasez de datos empíricos contrastados (Cáceres, 2005; Romero, 2008; Karila et al., 2014)

Como ya se ha mencionado, el proceso de práctica fue desarrollado bajo el enfoque cognitivo conductual y la atención estuvo estructurada en dos momentos específicos: evaluación e intervención.

La evaluación es considerada desde el modelo cognitivo conductual como un elemento fundamental para la estructuración del caso, ya que permite el planteamiento y la confirmación de hipótesis y, en consecuencia, un mejor entendimiento del consultante que deriva en un plan de intervención más acertado (Fernández R. , 2000). En el caso de W, este proceso se llevó a cabo inicialmente mediante entrevista y posteriormente se complementó con la administración del Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Entre los resultados más relevantes obtenidos, se puede mencionar la identificación de características definitorias de la “adicción al sexo” en concordancia con lo planteado por Coleman-Kennedy & Pendley (2002), Echeburúa (2012) y Cáceres (2005). Para el caso de W esto era evidente en un comportamiento sexual problemático caracterizado por la falta de control a pesar de las consecuencias negativas que conllevaba (riesgos

económicos, sociales, familiares, laborales etc.) y acompañado de un profundo malestar cuando no conseguía mantener relaciones sexuales. Lo anterior se pudo confirmar con los resultados obtenidos con la administración de las pruebas ya mencionadas, pudiéndose encontrar, como era de esperarse, puntuaciones altas a nivel de ansiedad y una tendencia en rasgos de personalidad a la búsqueda de sensaciones. Respecto a la ansiedad cabe mencionar que, de acuerdo con Karila et al (2014), es común que en la adicción al sexo se presente un malestar similar al del síndrome de abstinencia. Así mismo, Cáceres (2005), refiriéndose al perfil del adicto, habla de una tendencia a la necesidad constante de buscar excitación, riesgo y novedad; señalando además que este es un factor que facilita el desarrollo de las adicciones cuando es mal gestionado por parte de la persona que lo presenta.

Una vez se contó con la información suficiente sobre el consultante, se procedió a realizar la formulación del caso. Según Friedberg & McClure (2010) esta herramienta clínica de orden superior que trasciende al diagnóstico (en el sentido que es un proceso más amplio que se focaliza en la explicación del fenómeno), se constituye en una guía muy práctica del funcionamiento psicológico del paciente, que orienta y dirige el tratamiento en la dirección correcta, además de facilitar la empatía entre los profesionales y sus pacientes. En el caso de W, como aspecto relevante identificado a partir de este proceso, se puede mencionar que su comportamiento sexual problemático comenzó en la adolescencia, a partir de sus primeras experiencias sexuales, las cuales fueron experimentadas como altamente gratificantes, y esto, en contraste con aspectos afectivos y emocionales presentes en él como constantes sentimientos de inseguridad, aburrimiento y soledad, en el plano de las relaciones de pareja principalmente, llevaron a que sobrevalorara dichas experiencias facilitando así la instauración de la conducta como adictiva. Posteriormente, la urgencia por repetir sus experiencias gratificantes empezaron a generar en W un profundo malestar, que solo lograba mitigar si las vivía. Con relación a lo anterior, Romero(2008) y Cáceres(2005) identifican el comienzo de la conducta en la adolescencia, su control inicial por reforzadores positivos y posterior control por reforzadores negativos, como parte de las características principales de la adicción al sexo, confirmando la dependencia compulsiva como núcleo central.

Por otra parte, continuando con los aspectos relevantes identificados a partir de la formulación del caso, es importante mencionar, además, la presencia de factores predisponentes, entre los que se encuentran, una educación moral o religiosa que desvaloriza la vida sexual considerándola como algo degradante y la falta de formación sexual o información errada al respecto, que conllevaron a W a la aceptación de ideas irracionales sobre lo que es y/o debe ser la sexualidad. Estos aspectos, entre otros, como la imagen ideal de sí mismo y el temor a defraudar a su familia, provocaban en W fuertes sentimientos de culpa ras sus experiencias sexuales. Aunque lo anterior, en ocasiones, era tomado por W como un motivo para cambiar, normalmente fracasaba en su intento y terminó convirtiéndose en un agravante, ya que el malestar que entrañaba solo lograba mitigarse volviendo a tener algún tipo de práctica sexual. Al respecto Cáceres (2005), habla sobre cómo la conducta sexual adictiva implica pérdida de control para la persona que la padece generando un fracaso recurrente en resistir los impulsos. Así mismo este autor habla de cómo se produce escalamiento en el comportamiento y sobre ello dice: “lo que es suficiente en un principio deje de serlo con el tiempo y se buscan estímulos más intensos” (Cáceres, 2005, p. 406). Esto fue claramente evidente en el caso de W, quien refirió sentir constantemente la necesidad de experimentar “cosas más fuertes” aduciendo ésta como la razón por la cual llegó a buscar en varias ocasiones tener encuentros sexuales con “travestis”.

Para finalizar con la exposición del proceso de formulación, no se puede dejar de hablar de los factores de mantenimiento identificados. En relación a este particular, se encontraron como los factores más importantes la falta de habilidades para el control de la activación, las conductas evitativas en el establecimiento de las relaciones de pareja, (producto de un esquema de abandono que fue afianzado por el rechazo por parte de una mujer en el pasado), la sensación de alivio que le proporcionan las prácticas sexuales frente a sentimientos de inseguridad, aburrimiento, soledad, ansiedad y estrés, las limitadas habilidades sociales y la presencia de un esquema mal adaptativo temprano de defectuosidad, que lo lleva con frecuencia a buscar sexo con trabajadoras sexuales con el objetivo de demostrarse a sí mismo su capacidad de dar placer y en consecuencia sentirse atractivo y “un hombre capaz”.

En cuanto a la intervención, Briet (s.f.), plantea que el objetivo principal de esta debe orientarse al bloqueo del ciclo adictivo en su fase inicial, para lo cual la persona debe ser capaz de reconocer las situaciones que provocan el impulso sexual compulsivo, es decir, aquellas que corresponden al inicio del estrés. Dicho lo anterior, el plan de intervención de W se basó principalmente en mejorar el control sobre pensamientos y comportamientos sexuales compulsivos, mejorar las habilidades sociales favoreciendo el establecimiento de relaciones de pareja y disminuyendo la inhibición social, disminuir la preocupación excesiva en su desempeño sexual y otros aspectos que le generaban estrés como el manejo de las finanzas. Como ya se ha mencionado, con W se utilizaron técnicas de control de la activación, reestructuración cognitiva y modificación de conducta. Así mismo, la psicoeducación jugó un papel importante, en la medida que facilitó en W la toma de conciencia sobre señales de alarma de su problemática y la identificación y reestructuración de ideas irracionales sobre la sexualidad, principalmente. Finalmente, un aspecto importante de mencionar de acuerdo a Echeburúa (2012); Cáceres (2005) y Briet (s.f.), es que la meta de la abstinencia definitiva, planteada como objetivo en el tratamiento de las adicciones, en el caso de la adicción sexual no es posible, dado que el sexo es considerado necesario en la cotidianidad; y por esta razón, su tratamiento debe restringirse al comportamiento de carácter compulsivo.

Ahora bien, con relación a los logros alcanzados por W con el señalado plan de intervención se pudo observar como uno de los aspectos más significativos, además de la reducción de síntomas de tipo cognitivo y emocional como sentimiento de culpa, vergüenza y pensamientos irracionales sobre la sexualidad, un mayor control de los impulsos, reconociendo la efectividad de las técnicas de respiración consciente y la solución de problemas. Así mismo, es de resaltar el cambio experimentado por W después de la primera sesión, como consecuencia de poder hablar de su problema. Esta situación que en sus palabras describe como “me quitó un gran peso de encima, si estuve por tantos años guardando silencio no se imagina el paso tan importante que logré dar” llevó a que W disminuyera de manera importante sus niveles de ansiedad y asumiera actitudes que denotan una mejor autoestima, como interesarse más por su aspecto. Así mismo, es posible que en las sesiones de valoración, se fuera

desarrollando un ambiente de confianza, que le permitió a W reducir la resistencia y empezar a hablar de sus inquietudes en las sesiones posteriores con menor tensión.

Ya para concluir, es importante resaltar que la sexualidad y la actividad sexual son facetas de enorme importancia en la vida de las personas, y el funcionamiento en esta dimensión personal es uno de los principales determinantes de bienestar y de felicidad, de ahí la importancia que reviste el poner la mirada sobre sus alteraciones y reconocer la adicción al sexo como trastorno.(Romero, 2008).

Finalmente, es importante resaltar con relación a la experiencia de la práctica, su valor en el proceso de formación de la especialización en psicología clínica, ya que brinda la posibilidad de aplicar los conocimientos teóricos en casos reales y pone a prueba la solidez conceptual con que se cuenta, permitiendo mejorar las habilidades para el desarrollo de procesos propios de la práctica clínica como la evaluación y la intervención.

No sobra mencionar el tema de la inasistencia y la alta deserción, como uno de los factores que afecta considerablemente la realización de la práctica en términos de tiempo y número de consultantes atendidos. Esta situación conllevó la reprogramación de citas en repetidas ocasiones, lo cual retrasó la finalización del proceso en el tiempo establecido, reduciendo la posibilidad de programar otros usuarios en esos horarios. Entre las razones que se pudieron indagar con algunos usuarios, se encontraron el origen de la remisión a consulta (siendo mayor la deserción en los pacientes que acudieron a consulta por exigencia del colegio o de los padres), la dificultad para desplazarse hasta el instituto y el pago que debían realizar para recibir la atención, el cual resultaba alto para la mayoría de ellos.

REFERENCIAS

- Albarracín, A. (2012). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de análisis clínico (CAQ) en una muestra de jóvenes de Bucaramanga. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(2), 35-43.
- American Psychiatric Association - APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Briet, V. Á. (s.f.). *Adicciones sexuales: su evaluación y tratamiento*. Recuperado el 10 de Febrero de 2015, de www.sexologosalicante.org: <http://www.sexologosalicante.org/app/download/5780437561/La+evaluación+y+e+l+tratamiento+de+la+adicción+al+sexo.pdf>
- Cáceres, J. (2005). La adicción al sexo. *Psicología conductual - Behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 13(3), 405-416.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Coleman-Kennedy, C., & Pendley, A. (2002). Assessment and Diagnosis of Sexual Addiction. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(5), 143-151.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24(4), 281-286.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Fernández, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Adicciones sin drogas: características y vías de intervención. *FOCAD. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 8(2), 3-21.

- Fernández, R. (2000). El proceso de evaluación conductual. En R. Fernández Ballesteros, *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2010). Conceptualización cognitiva comportamental del caso clínico con jóvenes: una herramienta útil. En M. Gomar, J. Mandil, & E. Bunge, *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes* (págs. 67-99). Buenos Aires: Polemos.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). México: McGraw Hill.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis por DSM-V. *Arch Sex Behav*, 377-400.
- Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., y otros. (2014). Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of the Literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20(00), 1-9.
- Rojas, K. E. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 491-496.
- Romero, M. B. (4 de Febrero de 2008). *¿Compulsión, impulsión o adicción sexual?* Obtenido de 9° Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Psiquiatria.com: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4688>

ANEXOS

Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado.

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

Identificado/a con Documento No. _____ de _____, por medio de la presente declaro que acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado por la Psicóloga del Instituto de Familia y Vida, de los objetivos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es **CONFIDENCIAL** pero que puede ser empleada como material académico, cuidando de no revelar la identidad del consultante. No obstante, sé que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de retribución económica; y en caso que se presente sintomatología del trastorno, será informado por la Psicóloga en Formación.

En constancia se firma en _____, a los ____ días, del mes ____ del año ____

FIRMA: _____

D.I. No. _____

FIRMA: _____

Psicólogo en formación



**Universidad
Pontificia
Bolivariana**
SECCIONAL MECABAMANA

FORMATO HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

Código: FO – 405 - 007

Versión: 1

Página 39 de 5

2.3 Descripción de la situación actual:

3. ANTECEDENTES PERSONALES

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Anexo 3. Formato de Autorregistro (situación-pensamiento-emoción-conducta).

DIA Y HORA	Descripción de la SITUACIÓN	¿QUÉ SIENTO?	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ HAGO?	SATISFACCIÓN CON LA ACTUACIÓN

Anexo 4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).**IDARE****INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN**

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

		NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado	1	2	3	4
2	Me siento seguro	1	2	3	4
3	Estoy tenso	1	2	3	4
4	Estoy contrariado	1	2	3	4
5	Me siento a gusto	1	2	3	4
6	Me siento alterado	1	2	3	4
7	Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansado	1	2	3	4
9	Me siento ansioso	1	2	3	4
10	Me siento cómodo	1	2	3	4
11	Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12	Me siento nervioso	1	2	3	4
13	Estoy agitado	1	2	3	4
14	Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15	Me siento relajado	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Estoy preocupado	1	2	3	4
18	Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

		CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien	1	2	3	4
22	Me canso rápidamente	1	2	3	4
23	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24	Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25	Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26	Me siento descansado	1	2	3	4
27	Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30	Soy feliz	1	2	3	4
31	Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33	Me siento seguro	1	2	3	4
34	Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35	Me siento melancólico	1	2	3	4
36	Estoy satisfecho	1	2	3	4
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39	Soy una persona estable	1	2	3	4
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Calificación Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Ítems 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

$(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Anexo 5. Escala de cambio percibido.

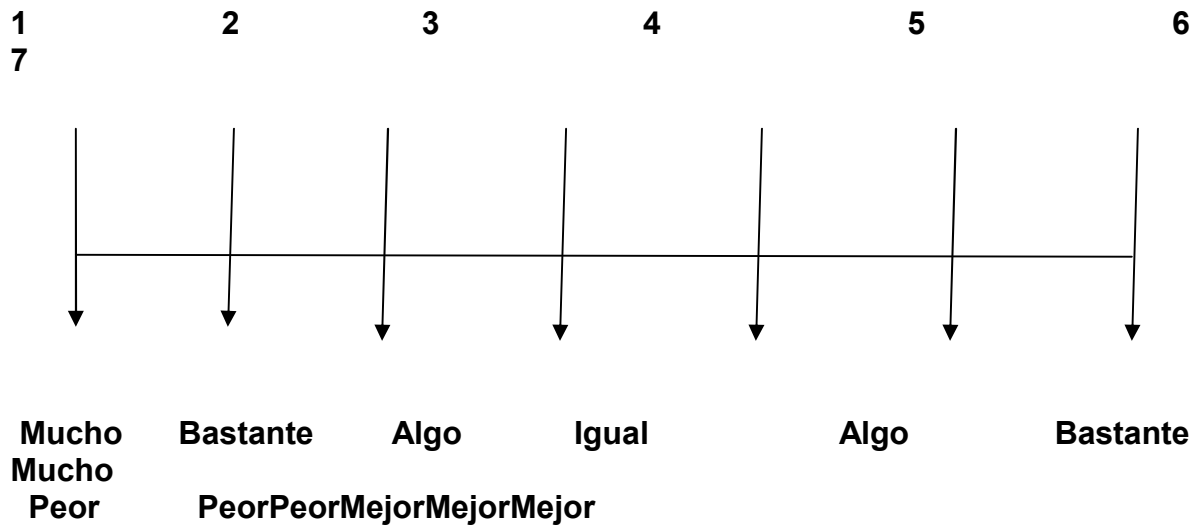
ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE CAMBIO

NOMBRE:

FECHA:

SESIÓN:

Señale cómo se siente en general desde el último encuentro con la terapeuta:



Anexo 6. Material de psicoeducación (ansiedad, distorsiones cognitivas, habilidades sociales, autoestima, solución de problemas).

- **Ansiedad**

LA ANSIEDAD

La ansiedad es una respuesta innata de nuestra especie que tiene como misión la supervivencia. Cada vez que hay un peligro, reaccionan de la misma forma, pensamos las mismas cosas, sentimos las mismas sensaciones, actuamos de forma similar; esta reacción es ansiedad. Así que ante una situación peligrosa, real que implique un desafío o reto el circuito de la ansiedad se dispara, haciendo que reaccionemos de la forma más adecuada para poder sobrevivir. Podríamos decir que estamos aquí y que somos lo que somos, gracias a la ansiedad.

Ante situaciones que objetivamente entrañan un peligro (Ej.: un obstáculo en la carretera), o que suponen un desafío (Ej.: hablar en público) en todos los seres humanos se dispara la ansiedad y el organismo se acelera, haciéndonos más eficaces (Ej.: maniobrar rápidamente, pensar más rápido).
CONCLUSIÓN: La ansiedad es beneficiosa y nuestra mejor aliada en las situaciones difíciles.

También puede ocurrir que esta potencial aliada nos traicione. ¿Cuándo? Esto ocurre en dos circunstancias:

1. Cuando la ansiedad se dispara en situaciones que no suponen ningún tipo de riesgo o amenaza, o al menos la probabilidad de peligro es muy escasa (Ej.: subir en ascensores, viajar en el metro...).
2. Cuando sí hay una situación desafiante y la persona necesita actuar de una manera especial (Ej.: examen importante), pero la ansiedad es tan desproporcionada que bloquea su respuesta (Ej.: quedarse en blanco). Un nivel moderado de ansiedad ayudaría a la persona a pensar más rápido y a recordar mejor la información, pero un nivel demasiado elevado entorpecería su actuación.

Por lo tanto, se podría hablar de dos problemas de ansiedad: 1. Cuando la persona siente *mucha* ansiedad, ante situaciones en las que la mayoría de las personas no se ponen ansiosas y 2. Cuando se experimenta un *grado extremo* de ansiedad en situaciones donde la mayoría de las personas se sentiría solo *moderadamente ansiosas*.

El diagrama ilustra los efectos de la ansiedad en una persona. Una mujer con una expresión de preocupación y sudoración en la frente está representada. Una burbuja de pensamiento muestra pensamientos negativos: "...soy incapaz, suspenderé, es demasiado arriesgado... ¿Qué dirán mis padres? ¿Y si me quedo en blanco?". Señales indican síntomas físicos: "sudoración" en la frente, "inquietud" en sus manos, "rigidez computativa" en su postura, "temblor" en sus piernas, "náuseas gastrointestinales" y "dolor de cabeza". Una leyenda titulada "Efectos de la ansiedad" clasifica estos síntomas en: Fisiológicos (sudoración, temblor, náuseas gastrointestinales, dolor de cabeza), Cognitivos (pensamientos negativos) y Conductuales (inquietud, rigidez computativa).

- **Distorsiones cognitivas**

A DISCUTIR.... LOS PENSAMIENTOS

Son nuestros pensamientos los que determinan como nos *sentimos* y como *actuamos*; es decir, la forma en que pensamos, lo que nos decimos a nosotras mismas, nuestros juicios e interpretaciones provocan directamente nuestras emociones.

Existen diferentes formas de mirarse a uno misma, al mundo y a los demás.

- Focalizando en lo Negativo: Prestar atención a lo negativo y desatender lo positivo.
- Personalizando: Asumir el 100 % de la responsabilidad en los acontecimientos negativos.
- Hipergeneralizando: Sacar una regla general y universal a partir de un detalle específico. "si fracasé una vez siempre fracasaré."
- Utilizando excesivas expresiones debería/tengo que: Excesivas autoverbalizaciones de sobreexigencia, también referidas al mundo o a los demás. "Debería haber actuado antes", "No debería haberme ocurrido"
- Levando la Mente de los Demás: Suponer que los demás no se interesan por ti, que no le gustas a los demás, etc. Sin pruebas de que esas suposiciones sean correctas.
- Pensando de Manera Extrema: significa categorizar la experiencia en términos extremistas y dramáticos. "tengo que ser perfecto de lo contrario no valgo nada".




• **Habilidades Sociales**

ESTILO ASERTIVO DE COMUNICACIÓN


La forma de comunicarnos e interaccionar con los demás puede convertirse en una fuente considerable de estrés. El **entrenamiento asertivo** permite reducir ese estrés, enseñando a **defender los derechos de cada uno/a** sin agredir ni ser agredido.

Estilo Agresivo	Estilo pasivo	Estilo Asertivo
<p>Significa: decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas, sin respetar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se defienden los propios intereses a costa de ocasionar daños a los demás • Provocan rechazo en los demás, ya que se sienten agredidos y violados sus derechos 	<p>Significa: Evitar decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No sabe como manifestarlo. • No crees en tus propios derechos. • Por qué crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos. • Por qué tienes miedo a las consecuencias. Nunca obtienes lo que deseas, sintiéndote resentida y resignada. 	<p>Significa: Decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas, al mismo tiempo que consideras la forma de pensar y de sentir de los demás.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se puede obtener lo que deseas sin dañar al otro/a. • Se puede actuar a favor de los propios intereses. • Mejora nuestra autoestima. • Mejora nuestras relaciones interpersonales.

Como afrontar una situación problema de manera asertiva?????.....

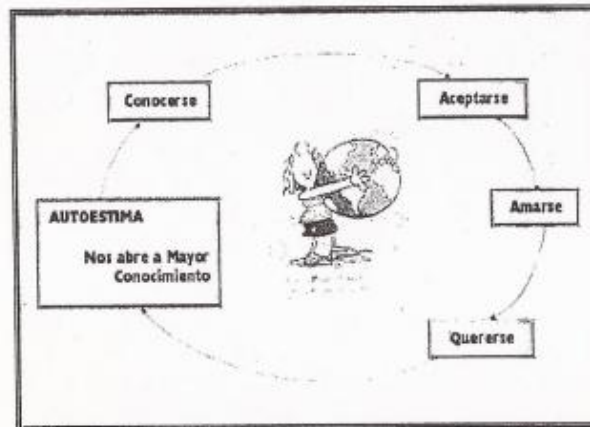


1. Señalar el momento y el lugar apropiado para discutir el problema.
2. Plantear el problema de la manera más detallada posible.
3. Expresar cuidadosamente cuales son los sentimientos que me provoca la situación problema.
4. Plantear de manera clara y firme cuales son las necesidades, lo que deseo, cual es mi objetivo



- Autoestima

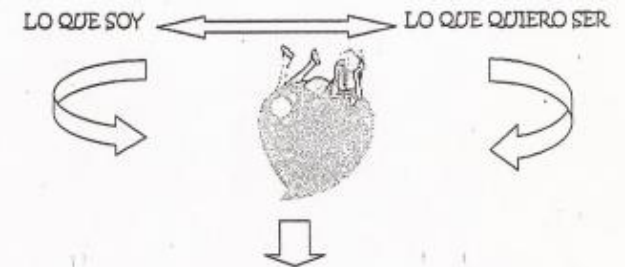
AUTOESTIMA



¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA? La autoestima es el grado en que una persona se acepta y se quiere a sí misma tal y como es. La forma en que nos valoramos a nosotras mismas y a lo que somos capaces de hacer.

LA AUTOESTIMA TIENE DOS COMPONENTES:

1. La percepción de uno mismo: De sus habilidades, características y cualidades presentes.
2. El Ideal de uno mismo: Lo que a cada persona le gustaría ser.



BAJA AUTOESTIMA O ALTA AUTOESTIMA

" Cuando me despierto Vuelvo a nacer, creo el día como yo quiero que sea y acepto que eso es posible. ¡Todos los días soy Creadora!"

Anónimo.

¿QUE SIGNIFICA ALTA O BAJA AUTOESTIMA?

Alta Autoestima:

1. Concepto saludable de sí misma.
2. Aceptación de forma realista y sincera de nuestros defectos.
3. Sentirse satisfecha con las propias actitudes e intentar mejorar con confianza y seguridad las áreas que menos nos agradan y nos generen malestar.

Baja Autoestima:

1. No encontrar en uno mismo aspectos que me hagan sentir orgullosa.
2. Valorarse de manera no realista y excesivamente crítica en aquellas áreas que son importantes para mí.

POR QUE ES IMPORTANTE LA AUTOESTIMA?

Una autoestima positiva es un elemento central, principal e importante para poder tener una adecuada adaptación socioemocional.

CINCO REGLAS DE ORO

PARA CUIDAR NUESTRA AUTOESTIMA.

1. Al levantarte por las mañanas, mírate al espejo y dedícate tres halagos.
2. Prémiate cada paso hacia adelante en tu vida por pequeño que sea.
3. Resérvate un tiempo al día para disfrutar y hacer las cosas que más te gusten.
4. Recuerda cada día cinco éxitos que hayas conseguido en el pasado.
5. Mímate a ti misma y desocupa tu mochila de deberes y obligaciones.



- Solución de Problema

APRENDIENDO A SOLUCIONAR LOS PROBLEMAS

Solucionar Problemas es una actividad que debemos llevar a cabo a lo largo de nuestra vida. Resolverlos adecuadamente facilita una apropiada Social, pero la dificultad en solucionarlos puede incrementar el estrés, los sentimientos de tristeza, incluso de desesperación.

"ES POSIBLE APRENDER LA HABILIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS".

PASOS A SEGUIR EN LA RESOLUCION DE PROBLEMAS:

1. Orientación hacia el Problema

- Aceptar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible *enfrentarlas de manera eficaz*.
- Reconocer las situaciones problemáticas cuándo ocurran, evitar responder de *manera impulsiva* y evitar *no hacer nada* para enfren

2. Definición y Formulación del Problema

- Es necesario buscar *toda la información posible*: ¿Qué sucede?, ¿Quién está implicado?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?.
- Describir el problema y formularlo en términos *específicos, concretos y familiares*.
- Establecer una *Meta Realista* de Solución del Problema "¿Qué quiero lograr?", evitando metas inalcanzables.

3. Generación de Soluciones Alternativas

- Proponer todas las *Soluciones Alternativas* que sean posibles, sin juzgar su validez.
- A mayor número de alternativas, más posibilidad de encontrar la *Solución Adecuada* entre ellas.
- **TODAS LAS OPCIONES SON VÁLIDAS**, en este momento lo importante es la *cantidad*, no la calidad de las alternativas.

4. Toma de Decisiones

- Indicar las consecuencias *positivas y las consecuencias negativas* de cada una de las alternativas, así como el *grado de satisfacción* resultado, en caso de que esa solución fuera la elegida.
- *Comparar y juzgar* cada una de las alternativas disponibles y elegir la mejor (Mayor número de Ventajas, Menor número de Incómodos, Mayor grado de satisfacción).

5. Puesta en Práctica y Verificación de Soluciones

- Poner en práctica la *Solución elegida*.
- *Analizar* si el resultado *logrado* es el *esperado*, en caso contrario, repetir el proceso.
- *Reforzarse a sí misma por un trabajo bien hecho*.

INTENTALO!!!

Anexo 7. Guía sobre técnica de relajación.

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA RESPIRACIÓN?	¿CÓMO APRENDER A RESPIRAR ADECUADAMENTE?
<p>La respiración es esencial para la vida; una respiración adecuada es un antídoto contra el estrés. Sin embargo, las condiciones de vida actual favorecen patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y escasa intensidad, es decir, una respiración superficial.</p> <p>Una respiración inadecuada provoca una menor oxigenación de los tejidos, un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, lo que facilita la aparición general del organismo, lo que facilita la aparición de ansiedad, depresión, así como de fatiga física. Por el contrario, una respiración adecuada facilitará una mejor oxigenación, un mejor funcionamiento de los tejidos y menos trabajo cardíaco, dificultando la aparición de fatiga física y sensaciones de ansiedad, depresión, irritabilidad y tensión muscular.</p>	<p>PROCEDIMIENTO BÁSICO</p> <p>Es importante establecer primero un ambiente de tranquilidad y calma y desconectarse de los estímulos externos para concertar la atención en nuestras sensaciones corporales.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recostada, coloco una mano encima del vientre (por debajo del ombligo) y la otra encima del estómago. 2. Tomo aire por la nariz e intento dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones. Siento la ligera elevación de las manos (una sí, la otra no). 3. Podemos imaginar que estamos hinchando la parte inferior del tronco y empujándola contra el botón del pantalón. <p>El conseguir respirar adecuadamente es un proceso que requiere aprendizaje y entrenamiento y es la práctica persistente el único camino.</p>

Momento del Día en que practique
El control de la Respiración

¿Cómo me sentía?

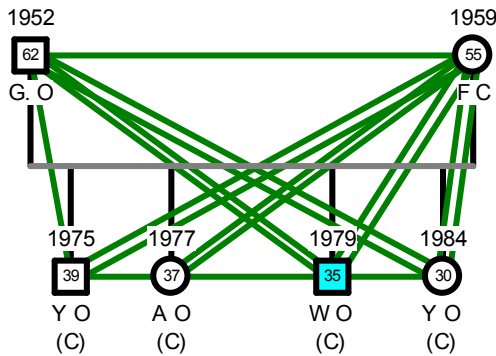
Hora	Sensaciones, Sentimiento, Reacciones Físicas, etc.

Anexo 8. Estudio de Caso

1. Datos Sociodemográficos

Nombre: W	No de Historia clínica: 13718323
Teléfono: 6XXXXX	Lugar de Residencia: Bucaramanga
Fecha de Nacimiento: Enero 13 de 1979	Género: Masculino
Estado Civil: Soltero	Religión: Católica
Estudios : Bachillerato completo	Ocupación: Independiente (comerciante, ebanista, oficios varios)
Edad. 34 años	Familia: Nuclear
Remitido por: NA	Estrato: Uno

2. Genograma



3. Motivo de Consulta

“Estoy aquí buscando ayuda, por sugerencia de un padre de la iglesia a la que asisto. La verdad es que desde muy joven vengo teniendo un problema de ansiedad sexual que me domina y ya no quiero seguir siendo esclavo de eso... Me siento como un monstruo, me siento un traidor de Dios”

4. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- **Dificultad para controlar pensamientos y comportamiento sexual compulsivo:** W refiere que sufre de “ansiedad sexual”, término con el cual llama a los deseos e impulsos persistentes y recurrentes de mantener relaciones sexuales y el malestar que siente desde el momento en que sobreviene el deseo, hasta que logra satisfacer el mismo, prácticamente desde el momento en que tuvo su primera experiencia de tipo sexual (exploratoria), siendo un adolescente de 14 años, cuando tenía encuentros íntimos ocasionales con una prima que vivió por un tiempo en su misma casa. Relata que durante varios meses tuvieron encuentros que no pasaron de caricias y besos, pero que al cabo de dos años su curiosidad y su deseo fueron creciendo, al punto que terminó masturbándose por primera vez a la edad de 16 años, edad a la que también tuvo su primera relación sexual (con la prima). La situación, que en un comienzo alcanzó a percibir como algo normal, pronto empezó a generarle sentimientos de culpa. W, proveniente de una familia nuclear, humilde, de tradición católica y colaborador activo de la iglesia desde que era un niño, se sentía contrariado pues pensaba que sus experiencias sexuales iban en contra de sus creencias y que podía ser castigado y rechazado por Dios, su familia y las demás personas; estas creencias tomaban más fuerza en la medida que hablaba de sexualidad con las únicas personas con las que en algún momento de la vida lo ha hecho, sus amigos, ya que ellos tendían a burlarse y a manejar ideas de castigo con relación a la masturbación, como por ejemplo que “a quienes la practicaban le salían granos en la mano”. A pesar del peso de sus creencias y de su preocupación por mostrar una imagen favorable frente a su familia y la comunidad, W se sentía muy atraído por la posibilidad de seguir teniendo relaciones sexuales, pero en vista de que con su prima las oportunidades eran escasas y como tal era un acto que él consideraba “impropio” empezó a frecuentar prostíbulos a la edad de 17 años. Aunque este paso que dio le generaba mayores sentimientos de culpa, describe que el nivel de satisfacción que sentía era tan alto, que desde

entonces no ha podido parar de frecuentar estos sitios. Adicional a esto, relata que la masturbación se volvió una práctica frecuente que lo hacía sentir muy bien ya que era y es una buena alternativa, cuando no cuenta con el dinero para visitar un prostíbulo o reservado. Manifiesta que a sus 24 años se vinculó como voluntario a las actividades de evangelización de la iglesia, como una forma de mantener su mente ocupada, disminuir la culpa y como estrategia para tener un mayor control social sobre su comportamiento, no obstante, sus "deseos y sus ansias" eran tan fuertes que hasta el momento lo siguen llevando a ver pornografía (en revistas, películas e internet), buscar trabajadoras sexuales en prostíbulos o líneas calientes y, últimamente a buscar experiencias "más profundas y diferentes" como tener encuentros con Travestis. A pesar de que la sensación inmediata a sus experiencias sexuales es de placer, posteriormente se siente muy culpable y arrepentido ya que considera que su forma de actuar está en contra de sus creencias, su "fe" y su ideal de autoimagen, agrega que le preocupa sentirse esclavo de sus deseos sexuales y eso lo pone más ansioso, menciona que ya no solo se excita con la exposición a estímulos eróticos, sino que es suficiente con pensar en ellos o percibir su cercanía para que esto ocurra. Así mismo, refiere que sus prácticas se han vuelto la alternativa por excelencia para sobrellevar los problemas de la cotidianidad que le generan estrés y preocupación, principalmente los de carácter económico.

- **Eyacuación precoz:** Según refiere W, a la edad de 26 años empezó a tener problemas con su eyacuación. Describe que por esta época estaba pasando por una crisis emocional debido al rechazo por parte de una amiga que le gustaba a ser su novia, a quien había conocido en la iglesia y a quien considera "el amor de su vida". Según W esta experiencia, una de las que más han afectado su vida, golpeó fuertemente su autoestima. Así pues, como una estrategia de escape, incrementó la búsqueda de satisfacción sexual, principalmente las visitas a prostíbulos. Según relata, lo dominaba la necesidad de sentirse "un hombre de verdad" ya que no entendía por qué lo había rechazado su amiga. En consecuencia la ansiedad que experimentaba a la

hora de tener relaciones sexuales, por la presión que tenía de mostrar un buen desempeño, lo llevaban a eyacular antes de lo deseado, situación que le generaba mucha más ansiedad y sentimientos significativos de vergüenza. Pasados algunos meses W consultó un médico, quien le inició un tratamiento farmacológico (W no recuerda el nombre del medicamento) acompañado de algunas estrategias para retrasar el orgasmo. Por un tiempo W puso en práctica las sugerencias hechas por el médico, para lo cual pedía el apoyo de las prostitutas que frecuentaba, en algunas lo encontraba, en otras no. Al paso de aproximadamente tres años, W logró tener mayor control sobre su problema, no obstante, actualmente aun éste se expresa frente a experiencias específicas con prostitutas desconocidas que le resultan más atractivas.

- **Dificultad para el establecimiento de relaciones de pareja:** Aunque uno de los deseos de W, de acuerdo a su proyecto de vida y sus creencias, es tener una esposa y una familia, desde hace aproximadamente 10 años no logra entablar una relación de pareja. Según refiere, tener novia es algo que siempre le ha generado mucha intranquilidad; explica que debido a su “ansiedad sexual” teme ser rechazado; así mismo, manifiesta que él tiene claro que con una novia no podría tener las experiencias sexuales a las cuales está acostumbrado, así ellas quisieran, ya que lo considera altamente “inmoral”. En consecuencia, frente a los pocos noviazgos que alcanzó a tener, la dificultad para acercarse y mantener encuentros íntimos, fue tan evidente, que lo llevaron a preferir estar solo. Por otra parte, W refiere como otro factor que ha incidido en su dificultad para entablar relaciones de pareja, el temor a ser rechazado. Este temor tomó más fuerza a partir de la experiencia relatada en el apartado anterior, sobre el rechazo que a los 24 años tuvo por parte de una amiga que le gustaba y a la cual considera hoy día “el amor de su vida”. W manifiesta que a pesar de sus malas experiencias, él tiene la ilusión de encontrar una mujer que se ajuste a su ideal (mujer de hogar, obediente, respetuosa y con buenas costumbres) y en un futuro conformar una familia. Agrega que en ocasiones ha conocido mujeres que le han gustado, pero que al tratar acercarse se han alejado. Por otra parte dice que no tiene afán de tener

una pareja estable, pues no tiene una casa y una estabilidad económica para ofrecerle. Así mismo, expresa que antes de tener una pareja, quisiera tener la certeza de que si la relación no funciona, esto no afecte su autoestima y pueda tener el control.

- **Inhibición y aislamiento social:** Una de las consecuencias de la dificultad de W para controlar sus impulsos sexuales, es la inhibición y el aislamiento social. Debido a que la ansiedad que presenta frente a ciertos estímulos que le generan un deseo incontrolable de tener relaciones sexuales puede ponerlo en evidencia, W ha optado por cohibirse de participar en diversos escenarios que suponen la interacción con mujeres, como actividades de integración de la iglesia, reuniones sociales y familiares y estudio, principalmente. Por otra parte, La inhibición y el aislamiento social no han sido solo una consecuencia de la dificultad de W para controlar sus impulsos; también han sido un factor desencadenante, ya que desde niño W se caracterizó por ser una persona tímida y reservada, con gran preocupación por mostrar una imagen positiva frente a la sociedad, de acuerdo a sus creencias y principios religiosos, lo cual lo llevó a reprimir la expresión de conductas que consideraba inapropiadas, viéndose obligado a llevarlas al plano de la clandestinidad.

- **Preocupación por aspectos económicos:** W no cuenta con una actividad económica que represente buenos y constantes ingresos. En ocasiones realiza trabajos como ebanista, de los cuales puede sacar una buena utilidad, sin embargo éstos no son frecuentes. También tiene una pequeña tienda, con la que se mantiene en épocas de crisis, ayudándose con el arreglo de celulares, sin embargo no ha contado con el capital para surtirla y posicionarla en el barrio. A pesar de que la situación económica no es la mejor, W ha logrado mantener un nivel de vida aceptable; no obstante, es este un factor que le genera considerables niveles de estrés y preocupación y una de las formas de escape que ha encontrado ha sido sus prácticas sexuales. Así mismo, estas prácticas se han constituido en una de sus mayores fuentes de gastos, llevándolo a endeudarse y a pasar por situaciones económicas críticas.

Como resultado W termina experimentando mayores niveles de ansiedad y de culpa por su falta de autocontrol.

5. Descripción Historia de Vida:

W es un hombre de 34 años, soltero (sin pareja estable desde hace aproximadamente 10 años), bachiller, trabajador independiente en oficios varios (tiene una pequeña tienda en su barrio, en la cual también hace arreglo de celulares y, en ocasiones apoya a su padre con trabajos de carpintería), de religión católica y colaborador activo de la iglesia. Proviene de una humilde familia nuclear, de la cual él es el tercer hijo entre cuatro. Sus padres, casados hace 40 años, se dedican él a la ebanistería y ella al hogar y a los oficios varios; su hermano mayor trabaja en construcción, su hermana mayor es recicladora y su hermana menor se dedica al hogar. Tanto con sus padres, como con sus hermanos W dice tener una buena relación. Manifiesta que el trato en su casa siempre se ha basado en el respeto y la confianza. Actualmente vive solo, sin embargo su residencia está ubicada en el mismo barrio de sus padres, hermanos y otros familiares, en el cual ha estado desde niño.

Sobre su infancia, W comenta que fue una época agradable, a pesar de no contar con muchas comodidades; señala que desde que tiene uso de razón ha vivido rodeado de gran parte de su familia, la cual describe como muy unida y con quienes ha mantenido siempre una buena relación. Agrega que desde niño ya era una persona tímida, reservada y muy obediente.

En su adolescencia, reporta que empezó a vincularse a los grupos de jóvenes de la iglesia y a colaborar con las actividades comunitarias. Refiere que por su carácter noble le era fácil hacer amigos, pero que por esa misma razón en ocasiones se aprovechaban de él. Agrega que fue buen estudiante y cursó sin problemas su primaria y bachillerato.

Por otra parte, W refiere que desde los 12 años empezó a sentirse atraído por el sexo opuesto y esto lo volvió más tímido a la hora de interactuar con las mujeres. Manifiesta que “casi siempre”, las niñas que le gustaban eran muy serias y que a él le daba pena acercarse. A los 14 años tuvo su primer noviazgo con una amiga del barrio, experiencia que describe como bonita e inocente, pero con la que no podía vivir cosas más íntimas, porque no estaba bien visto. A esa misma edad empezó a interesarse por una prima, 4 años mayor que él, quien vivía para entonces en su misma casa. Le gustaba observarla cuando se bañaba o cambiaba de ropa. Ella al notarlo empezó a seducirlo y esta situación terminó en una relación clandestina, que durante varios meses no pasó de besos y caricias, pero en la cual W tuvo su primera relación sexual cuando tenía 16 años. Esta experiencia marcó el comienzo de una vida sexual activa para W. Posterior a ésta W experimentó, también, su primera masturbación (la cual describe como “lo máximo”) y desde entonces se interesó por explorar formas de satisfacer sus deseos sexuales, que cada vez se fueron haciendo más persistentes. Aunque la relación clandestina con su prima duró aproximadamente tres años, durante ese tiempo los encuentros íntimos entre los dos fueron pocos, debido a la dificultad para encontrarse a solas. Esta situación llevó a que la elección por excelencia para W fuera la masturbación y a que a los 17 años empezara a frecuentar prostíbulos. A pesar de que tener relaciones sexuales se estaba volviendo una actividad importante para W, sus principios y creencias religiosas le impedían llegar a ese nivel de intimidad con sus novias, que no fueron muchas. Así mismo, ese sistema de principios y creencias, llevaron a que W empezara a experimentar sentimientos de culpa y vergüenza frente a sus experiencias sexuales, al hacer una interpretación de éstas como algo inmoral que le ocasionaría un castigo divino. Sin embargo, al estar impedido para tener una relación de noviazgo que le permitiera satisfacer sus deseos sexuales, W tomó por costumbre acudir a prostíbulos para tener relaciones sexuales y utilizar líneas calientes y pornografía para masturbarse. De los 17 a los 24 años W tuvo dos novias, con ambas terminó la relación porque querían tener sexo con él. No obstante, ver una figura femenina, voluptuosa, como las que normalmente ve en el material pornográfico que suele

consultar, le generan niveles de excitación muy elevados, que en ocasiones lo han puesto en evidencia.

A los 26 años W se enamoró “*perdidamente*” de una mujer que conoció en la iglesia, por quien dejó de frecuentar prostíbulos con la misma intensidad y empezó a involucrarse más en un gran número de actividades de evangelización y recreación con niños y jóvenes; las expectativas que W tenía de iniciar una relación de pareja con esta mujer eran altas y por ende el tiempo que dedicaba a planear la forma de pedirle que fuera su novia y el dinero para comprarle detalles, eran importantes. Cuando W se motivó a pedirle a la mujer que fueran novios, ella lo rechazó con el argumento de que tenía la intención de ser monja; sin embargo, al poco tiempo, esta inició una relación de pareja con otro colaborador de la iglesia. Esta situación provocó una crisis emocional en W, quien empezó a cuestionarse sobre su capacidad de atraer a las mujeres, haciendo una evaluación desfavorable de su imagen que terminó por convencerlo de que no era atractivo. Como consecuencia W incrementó su conducta de frecuentar prostíbulos o reservados para mantener relaciones sexuales, pero ahora con el objetivo adicional y consciente de poner a prueba su capacidad de atraer y producir placer a las mujeres. El nivel de ansiedad que estaba manejando era tal, que empezó a tener problemas de eyaculación precoz. Estuvo en tratamiento médico durante un tiempo, logrando resultados un poco favorables, ya que en ocasiones le cuesta tener el control.

En los años posteriores, hasta la actualidad, W no volvió a tener relaciones de noviazgo. Debido a su deseo persistente de mantener relaciones sexuales y a su dificultad para mantener el control de sus impulsos sexuales, ocupa gran parte de su tiempo y dinero en la búsqueda de satisfacción a pesar de las consecuencias negativas (económicas, sociales, familiares, laborales y de pareja) que esto conlleva.

En el plano laboral, desde que se graduó como bachiller, W siempre ha trabajado como independiente en diversos oficios, pero principalmente ayudando

a su padre con trabajos de carpintería. En ocasiones ha realizado cursos de mecánica y mantenimiento de equipos móviles en el SENA y otras instituciones; en una ocasión tuvo que abandonar uno de estos cursos, precisamente por la dificultad para controlar sus impulsos sexuales y el temor a ponerse en evidencia frente a sus compañeras.

Actualmente W continúa trabajando con su padre, de manera esporádica y tiene una pequeña tienda en el barrio, en la cual presta servicios de mantenimiento y arreglo de celulares. Económicamente no ha logrado tener una estabilidad, situación que empeora por sus constantes gastos en el pago de prostitutas, llamadas calientes, videos y revistas.

A mediados del año 2013, W estaba pasando por una crisis económica que lo tenía bastante estresado y que en consecuencia había incrementado su deseo de tener relaciones sexuales como una forma de escape. Debido a que W no contaba con los medios para pagar por tener las experiencias sexuales que acostumbraba, su ansiedad se incrementó considerablemente, llegando al punto de tocar fondo, al sentirse completamente dominado y esclavo de su problema. W estaba físicamente deteriorado, había desmejorado su apariencia y su actitud. Al verse así, decidió comentarle al padre de la iglesia la situación por la que estaba pasando, pero haciéndole creer que se trataba de un amigo, ya que la vergüenza que sentía no lo dejaban enfrentar su situación. Por sugerencia el padre, W decide buscar ayuda psicológica y acude al Instituto de Familia y Vida.

6. Ciclo de Vida

CICLO DE VIDA	DESCRIPCIÓN
PRENATAL	No se describe ningún tipo de complicación o anormalidad. El curso se dio de manera favorable.

<p>PRIMERA INFANCIA</p>	<p>De esta etapa W refiere muy poco. Solo que recuerda haber tenido una infancia agradable, a pesar de que en su familia no contaban con muchas comodidades y que la relación con sus padres y hermanos era buena.</p>
<p>SEGUNDA INFANCIA</p>	<p>A los 7 años inició la primaria, destacándose durante su curso por su excelencia académica y comportamiento. Destaca que desde entonces ya era un niño tímido y reservado, que se preocupaba por ayudar a los demás y le gustaba participar en actividades de la iglesia.</p>
<p>ADOLESCENCIA</p>	<p>Continuó sus estudios de bachillerato en los cuales también sobresalió por su rendimiento académico y buen comportamiento. Entre su grupo de pares era reconocido por su carácter noble y su actitud colaboradora. A los 12 años empezó a interesarse en el sexo opuesto y esto lo llevó a volverse un poco más tímido y cuidadoso en el trato con las jóvenes de su edad. A los 14 años tuvo su primera novia y empezó a sentir curiosidad por la sexualidad (sin embargo con ella no pasó de tener una relación que él describe como bonita e inocente donde solo llegaron a darse algunos besos). A los 15 años tuvo su primer acercamiento íntimo con una prima 4 años mayor que él y con quien meses adelante tendría su primera relación sexual. Como hecho relevante de su adolescencia, W señala la relación que mantuvo con su prima. A partir de esta experiencia su gusto e interés por el sexo se hicieron más intensos y esto marcaría el comienzo de una vida sexual que posteriormente se convirtió en problemática. Sin embargo, por las creencias religiosas de W y su familia, él consideraba tener sexo con la novia era algo "impropio" y esto lo llevó a restringir dichas experiencias a relaciones de carácter clandestino, como la que mantuvo con su prima durante tres años y a frecuentar prostíbulos o recurrir a otras alternativas como el sexo virtual, líneas eróticas y al consumo de pornografía a través</p>

	<p>de diversos medios (videos, revistas, internet etc.) para masturbarse. A pesar de haber tenido novias y de desear intensamente tener relaciones sexuales con ellas, en dos ocasiones terminó con éstas, por querer tener sexo con él.</p>
<p>ADULTEZ</p>	<p>Una vez terminó el bachillerato, W empezó a trabajar en oficios varios y ayudando a su padre en oficios de carpintería. Posteriormente montó una pequeña tienda, que aun tiene, donde además presta servicio de arreglo de celulares y venta de minutos.</p> <p>Por otra parte, Los deseos de mantener relaciones sexuales se fueron incrementando con el tiempo, al igual que la búsqueda de satisfacción de los mismos. W empezó a sentir que estaba perdiendo el control y un poco más involucrado con la Iglesia, como voluntario en actividades de evangelización y recreación con niños y jóvenes, empezó a pensar que estaba obrando como un “monstruo” y que estaba traicionando sus principios cristianos. Esta situación le estaba generando sentimientos de culpa muy grandes que necesitaba disminuir. A los 26 años conoce en la iglesia a una mujer de la cual se enamora y por quien se propone “cambiar”. A partir de este momento disminuye considerablemente sus conductas sexuales, principalmente deja de frecuentar prostíbulos. No obstante, frente al rechazo de esta mujer, a su solicitud de ser novios, W cae en una crisis emocional que lo llena de inseguridad frente a su atractivo y con ésta se genera la necesidad de poner a prueba su imagen y su potencia, para lo cual vuelve a frecuentar prostíbulos y a incrementar su conducta masturbatoria y de autoestimulación. El alto nivel de ansiedad que W estaba experimentando, principalmente frente a la necesidad de mostrar un buen desempeño a nivel sexual, empezó a generarle problemas de eyaculación precoz, cuando tenía relaciones sexuales con prostitutas. Para manejarlo estuvo en tratamiento médico durante un tiempo, logrando resultados un</p>

	<p>poco favorables, ya que en ocasiones le cuesta tener el control.</p> <p>Desde los 24 años, hasta la actualidad, W no volvió a tener relaciones de noviazgo. Sin embargo, Debido a su deseo persistente de mantener relaciones sexuales y a su dificultad para mantener el control de sus impulsos sexuales, ocupa gran parte de su tiempo y dinero en la búsqueda de satisfacción a pesar de las consecuencias negativas (económicas, sociales, familiares, laborales y de pareja) que esto conlleva.</p>
--	--

7. Contexto

<p>Aspectos emocionales y cognitivos</p>	<p>Aspectos Emocionales:</p> <p>W constantemente experimenta una fuerte necesidad de tener relaciones sexuales, lo cual le genera altos niveles de ansiedad, que se dan principalmente entre el momento en que sobreviene el deseo y su ejecución. Aunque la sensación inmediata es de satisfacción, posterior a esto suele experimentar fuertes sentimientos de culpa, debido principalmente a la incapacidad para controlar sus impulsos y al riesgo que esto conlleva de ponerse en evidencia con su familia y conocidos. Esta situación lo lleva a actuar la mayor parte del tiempo con timidez e inseguridad, actitud que se expresa principalmente en la interacción con las mujeres. Así mismo, con frecuencia experimenta sentimientos de inseguridad, soledad, tristeza, aburrimiento y desmotivación cuando no logra cumplir las metas que se fija, o cuando pasa mucho tiempo sin poder tener sexo, por falta de dinero.</p> <p>Aspectos cognitivos:</p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos automáticos: “tengo que tener sexo”, “no soy atractivo”, “necesito demostrar que soy un hombre”, cada vez estoy más lejos de ser como Jesús, “soy un monstruo”, “si mi familia se da cuenta sería una gran vergüenza”, “no quiero sentirme esclavo del sexo”, “no soporto sentirme culpable”, “no soy digno de alabar al señor”, “si sirvo al señor puedo ser perdonado”. • Distorsiones: filtraje, pensamiento polarizado, Sobregeneralización y debería. • Esquemas mal adaptativos tempranos: temor a perder el autocontrol, abandono y pérdida, indeseabilidad social, defectuosidad / inamabilidad, indeseabilidad social, culpa-castigo.
<p>Familia</p>	<p>W Proviene de una familia nuclear, integrada por sus padres y tres hermanos, dos hombres y dos mujeres, siendo él el menor de los hombres y el tercero de mayor a menor. Actualmente W vive solo, en una casa cerca a la de sus padres (sus hermanos también viven en el mismo barrio). Refiere que aunque mantiene una buena relación con toda su familia (basada en el respeto mutuo y los buenos modales), él tiende a ser un poco reservado. Al respecto sostiene que sus hermanos tienen mayor confianza con su madre (con mayor facilidad comparten con ella aspectos de su vida personal). Con su padre, a quien describe como una persona noble y muy humilde, trabaja ocasionalmente en carpintería. Su madre, a quien describe como una persona de un carácter más fuerte que el de su padre, se dedica principalmente a las labores del hogar. Sobre su relación con ella, menciona que vive muy pendiente de él y que siente que por ser el menor de los hombres se preocupa más por él que por sus hermanos.</p> <p>Por otra parte, agrega que su familia y, en especial sus padres, de tradición católica, siempre ha sido muy religiosa, lo cual lo llevó a él a tener una relación bastante estrecha con la iglesia</p>

	<p>desde niño y a ser temeroso de fallar como hijo y como persona.</p> <p>Otro aspecto relevante que menciona es que su familia extensa vive en el mismo barrio y esto ha llevado a que siempre hayan estado muy unidos y con frecuencia compartan espacios de integración. Esta situación que pareciera positiva, le está generando un problema, ya que la cercanía con la esposa de uno de sus tíos, lo ha llevado a sentirse atraído con por ella, a lo cual ella no ha sido indiferente, lo que ha desencadenado, en varias ocasiones, encuentros íntimos (caricias y besos) que generan un gran sentimiento de culpa y estrés en W.</p>
<p>Contexto Académico /laboral</p>	<p>W llevó a cabo sus estudios de primaria y bachillerato con buen rendimiento académico. Siempre se destacó por su buena conducta. Culminada su formación básica secundaria estuvo ayudando a su padre con trabajos de carpintería y realizando oficios varios (venta de minutos y ayudante de construcción, principalmente), actividades laborales informales que aun realiza. Ha intentado en varias oportunidades hacer cursos a nivel técnico, sin poder terminar ninguno, ya que refiere que su problema de “ansiedad sexual”, que cada vez es más fuerte, lo ha llevado a abandonar sus estudios por temor a ponerse en evidencia con los demás, además, agrega que era muy común que cuando tenía que hacer trabajos, la mayoría de ellos en computador y con el uso de internet, casi siempre terminaba buscando pornografía y no lograba concentrarse o terminar sus trabajos.</p> <p>Actualmente continúa trabajando con su padre en oficios de carpintería y tiene una pequeña tienda en el lugar donde vive, donde además vende minutos y arregla celulares. Menciona que quisiera volver a estudiar, pero para esto necesita tener más confianza en que va a poder controlar sus impulsos.</p>
<p>Interacción social y</p>	<p>Considera que es una persona muy querida por su familia y</p>

<p>de pareja</p>	<p>conocidos (del barrio y de la iglesia principalmente), sin embargo, refiere no tener amigos. Indica que su forma de ser (reservada y tímida), no le ha permitido acercarse más a las personas que lo rodean. Aunque con sus familiares tiene mayor confianza, confiesa que la relación que sostienen es superficial, ya que no los ve como un apoyo cuando ha tenido dificultades o problemas como el que lo trajo a consulta.</p> <p>Mantiene una relación bastante estrecha con la iglesia y desde muy joven ha estado vinculado a las actividades que ésta realiza con la comunidad, especialmente con jóvenes. Con relación a éste particular, refiere que la iglesia ha sido un grupo de apoyo para sobrellevar sus sentimientos de soledad y su problema de “ansiedad sexual”, ya que cuando está involucrado en sus actividades, la mayoría de las veces logra olvidarse del problema y disminuir el sentimiento de culpa que éste le genera.</p> <p>El plano de las relaciones de pareja, es quizá uno de los que ha resultado más afectado por el problema de “ansiedad sexual” que refiere W. a lo largo de su vida ha tenido pocas novias y la relación que ha logrado tener con éstas se han caracterizado por la represión del deseo sexual por parte de él, al considerar el sexo con una pareja, antes del matrimonio, como un acto inmoral y contrario a sus creencias religiosas. Lo anterior ha llevado a que los pocos noviazgos que ha tenido terminen antes de lo planeado, principalmente por decisión de él, frente a la intención manifiesta en ellas de tener relaciones sexuales. Hace 12 años no tiene novia.</p>
<p>Salud</p>	<p>Como aspecto relevante con relación a su salud, W menciona un problema de eyaculación precoz que lo viene afectando desde hace 9 años aproximadamente. Inicialmente estuvo en tratamiento médico, con un fármaco que no recuerda. Adicionalmente estuvo poniendo en práctica algunos ejercicios sugeridos por el médico para retrasar el orgasmo. Aunque al</p>

	<p>cabo de tres años pudo tener un mayor control sobre su problema, actualmente éste se sigue expresando, aunque no con la misma intensidad, frente a experiencias sexuales con mujeres (prostitutas principalmente) que le resultan muy atractivas.</p> <p>Por lo demás W menciona contar con una buena salud.</p>
Recreacional	<p>Como actividades de recreación, W practica fútbol, deporte del cual es entrenador de un grupo de jóvenes de la iglesia.</p> <p>Menciona que las actividades que más le agradan son las que tienen que ver con la iglesia como los grupos de oración y demás actividades propias de la actividad evangelizadora y de apoyo a la comunidad.</p>
Recursos Extrínsecos	<p>Le agrada compartir con las demás personas que ayudan en la iglesia y colaborar con las actividades de apoyo a la comunidad.</p> <p>Pertenece a un grupo de personas del barrio que tienen un sistema de ahorro que mensualmente reparten, lo cual le ha servido eventualmente para cubrir deudas.</p> <p>La cercanía de su familia y la unión que la caracteriza.</p>

8. Análisis funcional

Antecedentes Lejanos y Próximos	<p>Lejanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus creencias religiosas con un alto contenido moralista. • El inicio de su vida sexual y el alto nivel de placer y gratificación que experimentó • La falta de diálogo y comunicación con sus padres y/o hermanos sobre el tema de la sexualidad. • Los mitos que sus amigos manejaban sobre la masturbación, asociados a consecuencias negativas.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Su primera relación sexual, que fue con una prima. • La negativa por parte de una amiga (a quien aun considera como el gran amor de su vida) a ser su novia. <p>Próximos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presencia de mujeres voluptuosas, ligeras de ropa, prostitutas y travestis. • Las insinuaciones y el coqueteo por parte de mujeres, particularmente por parte de la esposa de un tío. • Frecuentar o pasar frente a lugares como cines XXX, reservados, salones de belleza atendidos por travestis. • Ver clasificados o publicidad de servicios sexuales (masajes eróticos, líneas calientes, acompañantes etc.) en periódicos, revistas, internet, tarjetas etc. • Las visitas a las salas de internet • Las dificultades económicas y otras situaciones que le generen tensión. • Tener dinero disponible. • El tiempo libre • Sentimientos de inseguridad, aburrimiento, soledad, ansiedad y estrés. • La cercanía con mujeres del común que le llaman la atención para sostener un posible noviazgo.
<p>Sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivos y conductual)</p>	<p>Fisiológicos: aumento del pulso cardiaco, respiración agitada, sudoración, temblor, sequedad en la boca, inquietud, excitación y eyaculación precoz.</p> <p>Cognitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imágenes mentales de mujeres desnudas o teniendo relaciones sexuales. • Pensamientos automáticos: “tengo que tener sexo”, “no

	<p>soy atractivo”, “necesito demostrar que soy un hombre”, cada vez estoy más lejos de ser como Jesús, “soy un monstruo”, “si mi familia se da cuenta sería una gran vergüenza”, “no quiero sentirme esclavo del sexo”, “no soporto sentirme culpable”, “no soy digno de alabar al señor”, “si sirvo al señor puedo ser perdonado”.</p> <p>Conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de estimulación sexual a través de material con contenido pornográfico como películas, revistas, internet, líneas calientes. • Pérdida de control ante estímulos sexuales, incurriendo en situaciones riesgosas o socialmente rechazadas o sancionadas (como los encuentros íntimos que ha tenido con la esposa de su tío, los encuentros con travestis y la masturbación en lugares públicos como las salas de internet). • Masturbación compulsiva. • Búsqueda incesante de sexo con prostitutas (cuando tiene dinero esta opción es la prioridad). • Inversión desmedida de tiempo y dinero en actividades sexuales, llegando a dedicar tiempo de su trabajo y gastando el dinero que tiene para invertir en su negocio, pagar deudas o para sus gastos básicos. • Incomodidad frente a la posibilidad de tener relaciones sexuales con las novias que ha tenido.
<p>Consecuencias (hipótesis moleculares)</p>	<p>Sensación de Placer y bienestar a corto plazo (factor de mantenimiento de la conducta compulsiva).</p> <p>Dificultad para establecer relaciones de pareja (hace 12 años no tiene novia. (Principal mecanismo de evitación de su esquema (EMTs) de abandono y pérdida).</p>

	<p>Uso del sexo como sustituto de relaciones sanas con los demás y para aliviar sentimientos de inseguridad, aburrimiento, soledad, ansiedad y estrés (factor de mantenimiento de su esquema de aislamiento social / alejamiento).</p> <p>Eyaculación precoz. Controlada tras un tratamiento médico, pero que aun se expresa cuando tiene relaciones sexuales con prostitutas que le resultan muy atractivas (factor de mantenimiento de su esquema de defectuosidad / inamabilidad)</p> <p>Recurrentes sentimientos de culpa por la fuerte incongruencia entre su comportamiento y los ideales de su autoimagen basados en un sistema de valores y creencias religiosas rígidos, malestar que intenta mitigar orando y/o participando en las actividades de la iglesia, pero que cuando no tiene éxito solo puede aliviar volviendo a tener sexo (EMTs de culpa).</p> <p>Inhibición y aislamiento social por temor a ponerse en evidencia (mecanismo de evitación)</p> <p>Búsqueda de experiencias sexuales más intensas, debido a que deja de ser suficiente lo que realizaba en un principio.</p> <p>Problemas económicos por el gasto desmedido de dinero en actividades sexuales y el limitado desempeño en el trabajo, lo cual se traduce en bajos ingresos (factor de mantenimiento, porque la preocupación y el estrés que le genera esta situación lo lleva a buscar sexo para relajarse).</p>
<p>Conclusión (hipótesis Molecular)</p>	<p>W presenta esquemas mal adaptativos tempranos asociados a su autonomía, relaciones y valoración, cuyo origen</p>

posiblemente radica en la relación con sus padres, hermanos y grupo de pares, la cual se caracterizaba, en el caso de sus padres y hermanos, por un trato amable, pero en el cual las necesidades de afecto, empatía, cuidado y diálogo no fueron cumplidas de la forma que W esperaba; en el caso de los amigos, por un trato que llevaba a W a percibirse como diferente a ellos, ya que con frecuencia recibía burlas, según él por su nobleza. Estas experiencias generaron en W una tendencia a sentirse menos que los demás y a actuar en consecuencia con cierto grado de timidez en las relaciones con su grupo de pares y más adelante en sus relaciones de pareja.

Adicionalmente las creencias religiosas de W, adquiridas desde que era un niño y, otras creencias irracionales asociadas al desarrollo psicosexual del ser humano, lo llevaron a interpretar de manera negativa y con una alta carga de culpa, sus primeras experiencias sexuales, lo cual le generaba un alto grado de confusión, ya que no entendía por qué era considerado como pecaminoso algo que le generaba tanto placer y gratificación.

Por otra parte, la deficiencia de experiencias placenteras en otras áreas de la vida de W y sus sentimientos de inferioridad frente al sexo opuesto, llevaron a que sus experiencias sexuales (masturbación y sexo con prostitutas principalmente) fueran sobrevaloradas, llevando a que éstas se establecieran como un comportamiento adictivo, que aunque inicialmente era controlado por refuerzos positivos, terminó siendo controlado por refuerzos negativos. Actualmente W lleva a cabo sus prácticas sexuales para disminuir el desagrado que le produce la urgencia de tener sexo u otras situaciones que le generan malestar, como el estrés, el aburrimiento, los

problemas económicos y la soledad, entre otras.

La dificultad en el establecimiento de las relaciones de pareja fue producto en un comienzo de la falta de habilidades sociales en W derivados de su baja autoestima, sin embargo, el factor que mejor la explica es la presencia de un esquema de abandono y pérdida que se reforzó con el rechazo experimentado por W por parte de una mujer a quien considera aún “el gran amor de su vida”. Por otra parte, W presenta una fuerte necesidad de aparentar una buena imagen y esto lo ha llevado a mantener sus experiencias sexuales en el plano de la clandestinidad; esta es otra de las razones que expresa a la hora de justificar por qué no tiene novia, ya que según él “las mujeres de ahora quieren sexo desde el comienzo” y él prefiere evitar situaciones incómodas con ellas. Así mismo manifiesta que sus problemas económicos son una limitante, ya que no tiene que ofrecerle a una novia.

Esta situación presentada alrededor de las relaciones de pareja, actúan como causa y consecuencia de la adicción al sexo en W. Causa porque el no poder tener relaciones sexuales con una novia lo lleva a buscar experiencias que las replacen y, consecuencia porque su problema de adicción lo limita a la hora de buscar una relación de pareja normal, por temor a poner en evidencia su problema.

En el plano social, laboral y académico W se ha visto considerablemente afectado, ya que sus ideales de autoimagen lo han llevado a ocultar su problema de adicción al sexo, motivo por el cual ha tenido que abandonar estudios, trabajos y espacios de integración.

9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

<p>Predisposición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formación sexual o información errada que conlleva a la aceptación de ideas irracionales sobre lo que es y/o debe ser la sexualidad, facilitando el asociar sentimientos de ansiedad o miedo a la actividad sexual • Educación moral o religiosa que desvaloriza la vida sexual al considerarla como algo sucio o degradante. • Inseguridad y baja autoestima
<p>Adquisición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El alto nivel de placer y gratificación obtenido con sus primeras experiencias sexuales en contraste con sentimientos de inseguridad, aburrimiento y soledad que le embargaban con frecuencia. • Creencia de que las relaciones sexuales no se deben tener con la pareja antes del matrimonio, razón por la cual deben ejercerse en el plano de la clandestinidad. • El sentimiento de culpa generado alrededor de sus primeras experiencias sexuales.
<p>Mantenimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente educación sexual • Conductas evitativas en el establecimiento de relaciones de pareja. • Sensación de alivio frente a sentimientos de inseguridad, aburrimiento, soledad, ansiedad y estrés. • Presencia de esquema de defectuosidad. • Fácil acceso a material y prácticas sexuales. • Limitadas habilidades sociales. • Necesidad constante de buscar excitación, riesgo y novedad.
<p>Desencadenantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a estímulos de carácter erótico.

	<ul style="list-style-type: none"> • La presencia de mujeres que le resultan atractivas • Fracaso en los intentos de acercamiento y/o conquista con mujeres. • Presencia de problemas, principalmente económicos, que le generan tensión. • Sentimientos de inseguridad, aburrimiento, soledad, ansiedad y estrés.
Protección	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades gratificantes, como su participación voluntaria en los grupos juveniles de la iglesia y las actividades de desarrollo de la comunidad, que reducen sentimientos de inseguridad, aburrimiento, soledad, ansiedad y estrés, factores que a su vez desencadenan el comportamiento sexual excesivo como una manera de relajarse. • Adherencia al tratamiento. • Gusto por la lectura como mecanismo de superación personal y su disposición a la investigación con el objetivo de mejorar y/o superar sus problemas personales. • Trabajo con su padre.

10. Procesos (biológico, aprendizaje, motivación, emoción y afecto)

Biológicos	<p>W reporta padecer de eyaculación precoz desde los 26 años. En su momento recibió tratamiento médico, del cual refiere no recordar el nombre del medicamento con el que lo trataron. Aunque actualmente sigue padeciendo esta disfunción sexual, refiere que ya no se presenta con la misma severidad y frecuencia.</p>
Aprendizaje	<p>El comportamiento sexual problemático en W comenzó en la adolescencia. Sus primeras experiencias sexuales, controladas por reforzadores positivos (en el sentido que obtenía un alto grado de</p>

placer y gratificación con éstas), aunadas asentimientos de inseguridad, aburrimiento y soledad que con frecuencia lo embargaban, con relación a las relaciones de pareja, facilitaron que la conducta adictiva se instaurara en él.

Es así que W empezó a sentir urgencia por repetir sus experiencias sexuales (por ejemplo, observar a sus primas mientras se bañaban o vestían y ver revistas o películas para posteriormente masturbarse y, tener relaciones sexuales con una de sus primas y más adelante con prostitutas) en situaciones específicas (cuando veía jóvenes que le atraían, estaba aburrido y/o se sentía solo), experimentando un notable malestar caracterizado por agitación, sudoración, sequedad en la boca e intranquilidad, que solo desaparecía hasta que repetía la secuencia. De esta manera su conducta terminó siendo controlada por reforzadores negativos. Aunque en varias ocasiones intentó parar la secuencia, motivado principalmente por sus creencias religiosas, no tuvo mayor éxito, por el contrario, empezó a experimentar cada vez con mayor severidad la incapacidad para controlar de manera adecuada su comportamiento, a la vez que el deseo y los consecuentes sentimientos de culpa se hacían más persistentes.

Así mismo, lo que en un principio resultaba suficiente para W, con el tiempo dejaba de serlo, llevándolo a buscar experiencias cada vez más intensas y novedosas.

Distorsiones cognitivas identificadas:

- Filtraje: W da mayor importancia a situaciones que confirman lo que piensa. Por ejemplo: “pienso que las mujeres que me han rechazado lo han hecho porque no soy atractivo”.
- Pensamiento polarizado: W piensa que la persona ha de ser perfecta o es una fracasada. Por ejemplo: “no soy digno de alabar al señor, a veces me siento como un monstruo”.
- Sobregeneralización: Cuando W recibió por parte de la mujer a

	<p>quien considera su gran amor la negativa a ser su novia infirió que era a causa de su pobre atractivo, llegando a la siguiente conclusión “soy poco hombre, ninguna mujer se va a fijar en mi”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debería: W posee una serie de normas rígidas sobre cómo debería actuar y se siente culpable cuando no actúa de acuerdo a éstas. Por ejemplo: “mi ideal es ser como Jesús, pero cada vez me alejo más”.
Motivación	<p>Entre las motivaciones que llevan a W a querer cambiar y superar su problema están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lograr coherencia entre su ideal de autoimagen y su forma de actuar. • No sentirse esclavo de sus impulsos sexuales, logrando controlar de manera adecuada su comportamiento. • Mejorar su situación económica y laboral. • Poder tener una pareja estable y conformar un hogar.
Emoción	<p>El funcionamiento emocional de W está marcado por sentimientos de inseguridad, soledad, aburrimiento y ansiedad, lo cual contribuye al mantenimiento de sus compulsiones sexuales como una forma de minimizar el malestar o desagrado que estos entrañan.</p>
Afecto	<p>W mantiene un vínculo afectivo con sus padres y hermanos, basado en el respeto y el buen trato. No obstante, otras necesidades importantes para él como la empatía, el cuidado y el diálogo no representan un papel fuerte en su relación.</p>

11. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV

Evaluación Multiaxial	<p>Eje I: F52. 9 Trastorno Sexual no Especificado (302.70) F52.4 Eyaculación Precoz</p> <p>Eje II: Ninguno</p> <p>Eje III: Ninguno</p> <p>Eje IV: Problemas económicos y laborales y, dificultades para establecer relaciones de amistad y de pareja con mujeres.</p> <p>EEAG 70 actual.</p>
Impresión Diagnóstica	<p>W presenta un comportamiento sexual compulsivo, caracterizado por el deseo persistente de tener relaciones sexuales (ya sea con la función primaria de producir placer o de producir alivio a sentimientos desagradables), la incapacidad para controlarlo de manera adecuada y la necesidad de continuarlo a pesar de sus consecuencias negativas. Este comportamiento problemático le genera una profunda angustia psicológica (ansiedad) y pone en riesgo sus ingresos económicos, su estabilidad laboral y sus relaciones sociales, familiares y de pareja.</p>
Hipótesis desde el DSM VI TR	<p>De acuerdo con los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de F52.9 Trastorno sexual no especificado [302.9], esta categoría se incluye para codificar los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual ni una Parafilia.</p> <p>Los ejemplos incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o femineidad. 2. Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados.

	3. Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual
--	---

12. PLAN DE INTERVENCION

CONDUCTA/ PROBLEMA	OBJETIVO DE INTERVENCION	ACTIVIDADES	TECNICAS	INDICADORES
<p>Dificultad para controlar pensamientos y comportamiento sexual compulsivo.</p>	<p>Mejorar el control sobre pensamientos y comportamientos sexuales compulsivos.</p>	<p>1) Identificar las circunstancias que desencadenan pensamientos y comportamientos sexuales compulsivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de situación-pensamiento-emoción-conducta • Sondeo cognitivo. 	<p>Reducción de síntomas de conducta como contactos sexuales frecuentes, búsqueda de pornografía y masturbación compulsiva.</p> <p>Reducción de síntomas de tipo cognitivo y emocional como el sentimiento de culpa, vergüenza y pensamientos irracionales sobre la sexualidad.</p> <p style="text-align: center;">Verbalizaciones</p> <p>Antes: “Solo con ver una mujer voluptuosa, un travesti, un clasificado, una película, una revista, pasar frente a un reservado... en fin, empiezo a sentir deseo y necesito tener o complacer mi cuerpo”, “Ingresé al internet a hacer un trabajo y terminé mirando videos de pornografía y masturbándome”, “Me encontraba en el centro y como sabía que hay reservados cerca, empecé a buscar uno, cuando llegué traté de contenerme y le di vueltas a la manzana durante una hora, finalmente no me aguanté y entré, me sentía muy mal, me sudaban las manos y la cara, me dolían las piernas y el estómago, fue horrible, tuve que entrar para descansar, pero después me sentí peor, me sentí un esclavo del deseo y un traidor con Dios”. “Cuando me entran unos pesitos de una vez tengo la necesidad de buscar una mujer que me de placer, cuando me alcanza voy al reservado, si no, llamo a una línea caliente y me masturbo mientras me hablan... Después pues me siento mal porque analizo que ese dinero habría podido invertirlo en la tienda o pagando deudas... también pienso en mi familia y lo que pensarían de mí si se enteran de mi problema”.</p>

				<p>Ahora: “El otro día fui al internet a investigar unas cosas y la chica que lo estaba atendiendo, que era nueva, me resultó muy atractiva... yo me detuve y pensé que debía poner a prueba mi capacidad para controlarme, entonces respiré un rato como usted me enseñó y analicé las consecuencias de terminar haciendo lo que siempre hacía cuando iba; entonces entré y decidí sentarme adelante y no en el rincón, de manera que me pudieran ver los demás, mientras estaba sentando tuve la tentación de buscar la página de videos pero respiré de nuevo y me aguanté”.</p>
		<p>2) Identificar los pensamientos automáticos que surgen antes, durante y después del comportamiento sexual compulsivo y verificar su validez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de situación-pensamiento-emoción-conducta • Sondeo cognitivo • Contrastación empírica. 	<p>Verbalizaciones</p> <p>Antes: “Me imagino mujeres desnudas y analizo cada parte de su cuerpo”, “ Pienso que debo satisfacer como sea el deseo que estoy sintiendo”; “tengo que tener sexo”, “no soy atractivo”, “necesito demostrar que soy un hombre”, cada vez estoy más lejos de ser como Jesús, “soy un monstruo”, “si mi familia se da cuenta sería una gran vergüenza”, “no quiero sentirme esclavo del sexo”, “no soporto sentirme culpable”, “no soy digno de alabar al señor”, “si sirvo al señor puedo ser perdonado”.</p>
		<p>3) Modificar o disminuir ideas irracionales identificadas, relacionadas con la conducta problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuración cognitiva • Actividades Gratificantes • Psicoeducación (desarrollo psicosexual del ser humano). • Detención de pensamiento. 	<p>Ahora: “entré a la ducha y empecé a acariciarme, en medio de las caricias apareció el deseo y me imaginé una mujer desnuda, entonces me empecé a masturbar... a diferencia de antes ya no me sentí mal por lo que estaba haciendo. Estuve tranquilo ya que he llegado a cambiar mi forma de pensar, ahora sé que hay cosas que son normales en los seres humanos”.</p>
		<p>4) Disminuir la respuesta fisiológica que surge antes y después de la conducta problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de control de la respiración. • Psicoeducación (ansiedad) 	<p>El paciente refiere estar realizando los ejercicios de respiración cuando se siente agitado. Reporta que cuando lo ha hecho ha podido tranquilizarse y relajarse lo cual le ha permitido tomarse un tiempo para analizar la mejor manera de actuar, obteniendo resultados favorables (como cuando visitó la sala de internet).</p>

		<p>5) Disminuir el comportamiento sexual compulsivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intensión paradójica • Psicoeducación (solución de problemas) • Técnica de Solución de Problemas. 	<p style="text-align: center;">Verbalizaciones</p> <p>Antes: “Normalmente tengo la necesidad de complacer mi cuerpo con una mujer todos los días”, “cuando tengo plata he llegado a ir a los reservados hasta dos veces en una semana”, “cuando no tengo suficiente dinero llamo a una línea caliente que me sale más barato”, “le pedí el favor a una prepago que conocí en una línea caliente que me atendiera sin cobrarme, le comenté mi caso y ella entendió, cuando tengo mucho deseo la llamo para que gima mientras me masturbo y me colabora casi siempre”, “cuando no tengo dinero busco videos o revistas y ahí me imagino que estoy acariciando a una mujer real mientras me masturbo”. “cuando voy a internet, a hacer algún trabajo, siempre termino viendo videos de pornografía y masturbándome, el otro día había mucha gente y no podía ser tan evidente, entonces empecé a imaginarme todo y logré venirme sin masturbarme”.</p> <p>Ahora: “sigo yendo a los reservados pero ahora soy más consciente de las consecuencias para mi salud y para mi bolsillo, entonces ya no voy tan seguido, así tenga el dinero trato de controlarme... he puesto en práctica la solución de problemas, entonces analizo las consecuencias y para ayudarme hago los ejercicios de respiración”, “ahora entiendo que la mujer que me complace por teléfono vive de su trabajo y no es justo que yo le pida que me ayude sin pagarle, ahora procuro llamarla cuando tengo dinero, entonces ya no hablamos tanto”, “me sigo masturbando pero he dejado de cometer errores como cerrar la tienda al medio día para hacerlo”. “apliqué lo que usted me dijo (aplicando la intención paradójica se le había indicado al paciente que durante esa semana tratara de tener el mayor número de experiencias sexuales que pudiera) y fue extraño... no me dieron casi ganas. Cerré el negocio con el propósito de ver una película y masturbarme pero</p>
--	--	--	---	--

				no logré excitarme”, “al principio me preocupé pero ya entendí cual es la idea”.
Dificultad para el establecimiento de relaciones de pareja e inhibición y aislamiento social.	Mejorar las habilidades sociales del paciente favoreciendo el establecimiento de relaciones de pareja y disminuyendo la inhibición y el aislamiento social	1) Identificar los pensamientos automáticos que surgen en la interacción social, con las mujeres y frente a la idea de establecer una relación de pareja y, verificar su validez.	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de situación-pensamiento-emoción-conducta • Sondeo cognitivo 	<p>Disminución de respuestas evitativas al contacto con mujeres.</p> <p>Manejo de un estilo de comunicación más asertivo que mejoró su interacción con las mujeres, principalmente.</p> <p style="text-align: center;">Verbalizaciones</p> <p>Antes: “no quiero volver a sentir el rechazo de una mujer... el rechazo de la amiga que le digo me afectó mucho mi autoestima, para mí fue terrible”, “si quisiera casarme y tener un hogar, pero en estos momentos no tengo nada que ofrecerle a una mujer, no tengo una casa propia, lo que gano con mi trabajo no me alcanza”, “Yo sé que lo que hago con un prostituta no podría hacerlo con una novia, para mí eso está mal, a la mujer de uno hay que venerarla, hay que respetarla y la enseñanza dice que ella debe llegar virgen al matrimonio”, “me da miedo si tengo una novia que se dé cuenta de mi problema... lo otro es que ahora las mujeres quieren tener sexo y no, yo no estoy de acuerdo con eso, yo quiero tener una mujer decente”, “si he intentado acercarme a mujeres que me gustan, pero parece que no se interesan en mí, cuando las conozco les digo cosas bonitas, les pico el ojo, a una que conocí el otro día le llevé una rosa, me la recibió pero cuando me la volví a encontrar se hizo la que no me había visto y no me quiso saludar”. “a ratos me siento feo, me siento poco hombre”, “el otro día tenía una convivencia de la iglesia pero preferí quedarme en la casa porque la presencia de otras mujeres me pone muy nervioso, eso me tiene preocupado, ya me siento un esclavo, he tenido que dejar de hacer ya varias cosas para que los demás no se den cuenta de mi problema, ya me ha pasado que me éxito, empiezo a sudar, me pongo intranquilo y me toca buscar la manera</p>
		2) Modificar o disminuir ideas irracionales identificadas, relacionadas con la conducta problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuración cognitiva 	
		3) Disminuir la respuesta fisiológica que surge en la interacción social y con las mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de control de la respiración. • Psicoeducación (autoestima) 	
		4) Brindar herramientas para mejorar la aproximación e interacción social y con las mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica para mejorar autoestima • Psicoeducación (habilidades sociales) 	

				<p>que los demás no se den cuenta”.</p> <p>Ahora: “Por ejemplo con la chica nueva que atiende el internet, la primera vez que fui no fui capaz de hablar con ella, me parecía muy linda y me daba miedo que me hiciera el feo, pero que día volví y puse en práctica todo lo que usted me ha dicho, empecé con la respiración antes de entrar, empecé a decirme a mí mismo que no había nada de malo en querer conocer a una mujer, pero que debía tener en cuenta que así ella me gustara, si yo no le llegaba a gustar no quería decir que yo no fuera digno de gustarle a alguna mujer... en fin, analicé varias cosas antes de entrar; finalmente entré y la saludé, le pregunté que si era nueva en el barrio y empezamos a hablar de los dos, ella sonrió conmigo y me hizo sentir muy bien, duramos hablando como 15 minutos, luego entré, estuve un rato en un computador y me fui. Me dio mucho gusto esta experiencia porque no sentí lo que normalmente sentía... aunque estuve un poco nervioso creo que superé esa prueba”. “el otro día me encontré con la chica que le conté que es el amor de mi vida, coincidimos en la iglesia, al principio me puse ansioso, pero de nuevo puse en práctica lo que he aprendido, obviamente ella es una mujer muy especial para mí, pero he llegado a la conclusión que si no quiere estar conmigo no puedo forzarla ni dejar de vivir mi vida, el caso es que conversamos un rato sin sentirme ansioso”. “He estado más tranquilo cuando estoy en las reuniones familiares o en reuniones de la iglesia y el barrio, la esposa de mi tío sigue provocándome pero he podido rechazarla sin tener que escapar... También Me ha servido que he estado bastante ocupado porque nos ha salido buen trabajito con mi papá, entonces no me queda mucho tiempo para pensar en mujeres y en mi problema”.</p>
Excesiva Preocupación por su	Disminuir en el paciente la preocupación	1) Identificar los pensamientos	• Autorregistro de situación-	Reestructuración de ideas irracionales asociadas a una baja autoestima.

desempeño sexual y/o temor a eyacular demasiado pronto.	excesiva por el desempeño sexual y/o el temor a eyacular demasiado pronto.	automáticos que surgen antes y después de tener relaciones sexuales.	pensamiento-emoción-conducta	<p>Disminución en los niveles de ansiedad experimentada a la hora de tener relaciones sexuales.</p> <p style="text-align: center;">Verbalizaciones</p> <p>Antes: “no soy atractivo”, “necesito demostrar que soy un hombre”, “cuando voy a tener relaciones sexuales, desde el momento en que decido ir al reservado ya estoy pensando en cómo hacer para no venirme tan rápido y en cómo complacer a la mujer que me vaya a atender”, “siempre trato de que me toque con las mujeres que ya conozco... ya hay dos con las que he podido entrar en confianza y me ayudan con mi problema, con ellas me siento bien porque me regalan un poco más de tiempo y hablamos, ojalá pudiera hablar con ellas todos los días y claro poderlas complacer, pero me saldría muy caro... Cuando me toca con una mujer nueva me pongo muy ansioso, empiezo a sudar, a ratos no soy capaz ni de hablar, ni de mirarlas a la cara... sufro mucho de pensar que no voy a poder complacerlas, que se burlen de mi capacidad”, “yo fui al médico para tratar mi problema, él me mandó unas pastillas que no recuerdo el nombre y me recomendó unos ejercicios, por un tiempo seguí las recomendaciones y mejoré un poco pero no volví, la verdad me daba como vergüenza”</p> <p>Ahora: “Desde que empecé a ver de manera diferente a las mujeres que me complacen (prostitutas) se me ha pasado un poco la ansiedad en los encuentros con ellas. Es verdad, si ellas cobran por su servicio lo que más les interesa es el pago y no si el hombre con el que están las complace o no, ellas no buscan ser amigas de uno... verlo así me ha ayudado a no preocuparme tanto por lo que piensen de mí”, “la respiración me ha ayudado mucho y entender que entre más me preocupe, más nervioso me voy a poner y así mi desempeño va a ser un desastre”. “Aunque mi problema no es tan severo ahora, como hacer unos años, voy a</p>
		2) Modificar o disminuir ideas irracionales identificadas, relacionadas con la conducta problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Refuerzo en Técnica para mejorar autoestima 	
		3) Disminuir la respuesta fisiológica que surge antes y después de tener relaciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de control de la respiración. 	

				hacer lo posible por volver al médico”.
Excesiva Preocupación por aspectos económicos	Disminuir la excesiva preocupación del paciente por aspectos económicos	Brindar herramientas que favorezcan un manejo más racional y eficiente de las finanzas por parte del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo en técnica de Solución de problemas 	<p>Mejor manejo de las finanzas, para lo cual la técnica de solución de problemas ha sido de gran utilidad.</p> <p style="text-align: center;">Verbalizaciones</p> <p>Antes: “El dinero que me queda de la tienda es muy poco y me toca sacar prestado cada rato”, “tuve un momento muy duro porque saqué prestado un dinero para invertir en la tienda y me lo gasté en el reservado y con las llamadas a prepagos”, “Dejé de trabajar con mi papá en la carpintería para evitar que me viera ansioso... cuando estoy allá no puedo sacar achaques para irme para la casa y complacer mi cuerpo masturbándome”, “A veces le colaboro a una mujer que me complace por teléfono, ella me pide prestado y como decirle que no”</p> <p>Ahora: “como empecé a trabajar de nuevo con mi papá, el otro día tenía un dinero que me sobró de un trabajo que hice con él y preferí invertirlo en mi negocio, lo surtí con algunas cosas que me hacían falta, en otro momento hubiera corrido al reservado o se la hubiera dado a la mujer que me complace por teléfono; ella me pide ayuda a veces para cosas de una hija que tiene”, “me metí en un grupo del barrio con el que tenemos un ahorro y nos reunimos una vez a la semana para hablar de posibilidades de negocio, con ellos me he sentido muy bien porque yo he sido como uno de los líderes y me ha ido bien”.</p>