

## HIPERSEXUALIDAD PRIMARIA

---

Carlos Chiclana Actis MD PhD\*+

+ Consulta Dr. Carlos Chiclana (Madrid)

\* Universidad San Pablo CEU (Madrid)

[carloschiclana@doctorcarloschiclana.com](mailto:carloschiclana@doctorcarloschiclana.com)

### RESUMEN

Aunque el DSM-5 ha desestimado el Trastorno Hipersexual (THS) como nuevo diagnóstico, los pacientes siguen consultando por aumento en la frecuencia, intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales, que les provocan malestar significativo, deterioro social u ocupacional. Esta sintomatología presenta alta prevalencia en varones y elevada comorbilidad en el Eje I.

Evaluamos la presencia de hipersexualidad mediante los criterios diagnósticos propuestos por la agenda de trabajo del DSM-5 y la comorbilidad en el Eje I en 565 pacientes ambulatorios a través de la revisión de la historia clínica realizada por el mismo profesional durante 2 horas.

82 pacientes (14,5%), refirieron presentar una excesiva conducta sexual. 58 de ellos (87,9% varones), cumplirían los criterios clínicos de hipersexualidad. Las conductas referidas fueron uso de pornografía y masturbación (50%), masturbación (13,8%), relaciones heterosexuales consentidas (8,6%) o todas las conductas (24,1%). Referían problemas en el área personal (93,1%), de pareja (32,7%), laboral (29,3%), social (25,8%) y familiar (29,3%).

El 72,4% presentaba comorbilidad en el Eje I, principalmente Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (42,8%) y Trastornos Depresivos (23,8%) y 16 sujetos (93,7 % varones) presentarían Hipersexualidad Primaria (2,8% de la muestra general).

Aunque la APA no considere esta realidad como una entidad propia, existe una demanda clínica para atender esta sintomatología. Es necesario investigar si es un síntoma inespecífico de una patología del Eje I, si existe la Hipersexualidad primaria o si es la expresión de psicopatológica de eventos traumáticos en la vida sexual o en el desarrollo del apego.

### INTRODUCCIÓN

La hipersexualidad cuyo origen no es debido a una patología neurológica, consumo de sustancias o fármacos o episodios maniacos, ha sido entendida desde diversas perspectivas psicopatológicas como un comportamiento impulsivo, compulsivo, adictivo, aprendido como hábito o de dependencia (Karila et al., 2013; Kor et al., 2013; Chiclana, 2013; Reid, 2013; Walters et al., 2011)

El grupo de trabajo para la DSM-5 (Kafka, 2013) proponía el Trastorno Hipersexual (THS) como un nuevo diagnóstico, caracterizado por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafilicas, asociadas a un componente de impulsividad, que provocan un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional (Tabla 1). Se evitaría el “cajón de sastre” del “trastorno sexual no especificado” y se diferenciaría de los comportamientos compulsivos o adictivos no parafilicos (Zucker, 2010).

Finalmente el THS no ha sido incluido en la clasificación DSM-V (APA, 2013) y ha recibido abundantes críticas, porque no se apoya en suficientes estudios, no se conoce bien si la etiopatogenia está ligada a un componente obsesivo, impulsivo, adictivo o si es consecuencia de una disfunción del deseo sexual o de aprendizaje conductual en el que no subyace patología (Moser, 2013)

**Tabla 1.- Criterios diagnósticos propuestos por el grupo de trabajo DSM-5 para el THS**

<p>A. Durante un período de al menos seis meses, presenta fantasías sexuales recurrentes e intensas, impulsos sexuales y conducta sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes cinco criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consume excesivo tiempo en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales.</li> <li>2. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a estados de ánimo disfóricos (por ej.: ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).</li> <li>3. Repetidamente desarrolla fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a eventos estresantes de la vida.</li> <li>4. Repetitivos e infructuosos esfuerzos por controlar o reducir significativamente esas fantasías, impulsos y conductas sexuales.</li> <li>5. Repite el comportamiento sexual sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo o a otros.</li> </ol> <p>B. Hay un malestar clínicamente significativo o deterioro personal en las áreas social, profesional o de otro tipo de funcionamiento, asociado con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos y conductas sexuales.</p> <p>C. Estas fantasías sexuales, impulsos y conductas no se deben a los efectos fisiológicos directos de sustancias exógenas (por ejemplo, drogas de abuso o medicación) o a episodios maníacos.</p> <p>D. La persona tiene al menos 18 años.</p> <p>Además se debe especificar si las conductas son masturbación, consumo de pornografía, relaciones sexuales consentidas con adultos, prácticas sexuales a través de internet (cibersexo), llamadas a teléfonos de contenido sexual, asistencia a clubs de <i>striptease</i> o varias de ellas.</p>
---

Hay autores que defienden que la hipersexualidad tiene una expresión dimensional que iría desde el comportamiento sexual excesivo hasta el THS (Walters et al., 2011) y otros autores consideran que esta realidad existe, pero que es innecesario y dañino que se recoja como una entidad propia al faltar evidencia empírica suficiente (Moser, 2011) y confundirse la hipersexualidad con otras patologías (Halpern, 2011).

No existen todavía suficientes estudios de campo que permitan afirmar con rotundidad que el THS es un trastorno con una identidad propia. Comienza a haber algunos estudios realizados con los criterios y cuestionario que se proponían para la DSM-5, que informan de una buena validez diagnóstica del cuestionario propuesto y alta fiabilidad (Spenhoff et al., 2013; Reid et al., 2012).

Las personas con hipersexualidad presentan con mayor frecuencia alteración de la dinámica de pareja y familiar, mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, problemas laborales derivados del consumo de pornografía en las horas de trabajo y presencia de malestar personal como consecuencia de su conducta sexual (Borgermans et al., 2013; Chiclana 2013; Kaplan 2010)

Se estima que la prevalencia de comportamientos hipersexuales –incluyendo parafilias– se encuentra entre un 3 y un 6% de la población general (Karila et al., 2013) aunque no hay estudios suficientemente amplios y se postula que con el desarrollo de internet probablemente sea una patología en aumento (Grant et al., 2013). Los estudios de prevalencia son insuficientes y heterogéneos (Tabla 3), en casi todos los estudios la prevalencia es mucho mayor en varones que en mujeres.

Se han encontrado algunas diferencias en la personalidad de las mujeres con hipersexualidad, respecto a los varones, que indicarían que presentan mayor desconfianza en la relación con otros, menor estima personal y menor ambición, mayor preferencia por la excitación y la estimulación, pero la mayor parte de los rasgos serían comunes (Reid et al., 2012b)

**Tabla 2.- Estudios de prevalencia (%) de conductas hipersexuales**

Autor	Año	n	Muestra	Medición	Varones	Mujeres
Kinsey et al.	1948	5300	Norteamericana- General	<i>Total Sexual Outlet</i>	7,6	
Atwood et al.	1987	1077	Norteamericana- Adolescentes	<i>Total Sexual Outlet</i>	3-5	
Laumann et al.	1994	1320	Norteamericana- General	Frecuencia de conductas	7,6	
Langstrom et al.	2006	1142	Suiza - Clínica	Frecuencia de conductas	12,1	7
Skeeg et al.	2010	940	Nueva Zelanda- General	Deseos y Fantasías	12,7	6,7
Skeeg et al.	2010	940	Nueva Zelanda- General	Pérdida de Control	0,8	0,6
Winters et al.	2010	13085	Online	<i>Sexual Compulsivity Scale</i>	1,83	0,95
Chiclana	2013	401	España - Clínica	Entrevista Clínica	8,9	1,2

La sintomatología relativa a la hipersexualidad presenta una elevada comorbilidad en el Eje I con mayor frecuencia con los Trastornos del Humor, los Trastornos de Ansiedad, los Trastornos por Uso de Sustancias y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Scanavino et al., 2013; Chiclana, 2013b).

Esta es una de las críticas que puede hacerse a la propuesta de incluirlo en las nuevas clasificaciones pues los criterios diagnósticos no reflejan ningún criterio de exclusión en este sentido y sería conveniente que se realicen más investigaciones que permitan estudiar el significado de la hipersexualidad en el marco de patologías psiquiátricas propias del Eje I y poder diferenciar si existe la Hipersexualidad Primaria como entidad propia.

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de Hipersexualidad sin comorbilidad en el Eje I mediante los criterios diagnósticos propuestos por la DSM-5.

## METODOLOGÍA

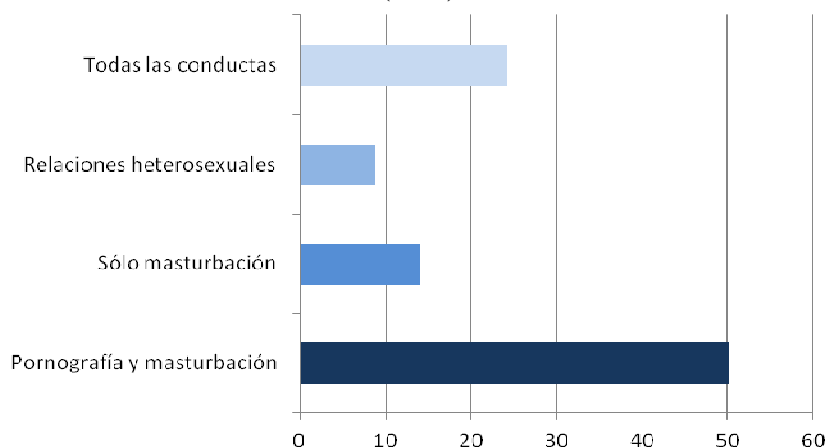
Evaluación de la presencia de Hipersexualidad mediante los criterios diagnósticos propuestos por la agenda de trabajo del DSM-5 y recogida del diagnóstico en Eje I en 565 pacientes ambulatorios a través de la revisión de la historia clínica realizada por el mismo profesional durante 2 horas.

## RESULTADOS

De los 565 pacientes, 82 (14,5%) refirieron presentar una excesiva conducta sexual. Al evaluar esa conducta aplicando los criterios diagnósticos, 58 de ellos (87,9% varones), media de edad 33,7 (18-64), cumplirían los criterios clínicos de Hipersexualidad. La mayoría (n=40) estaban casados (69%) y el resto solteros.

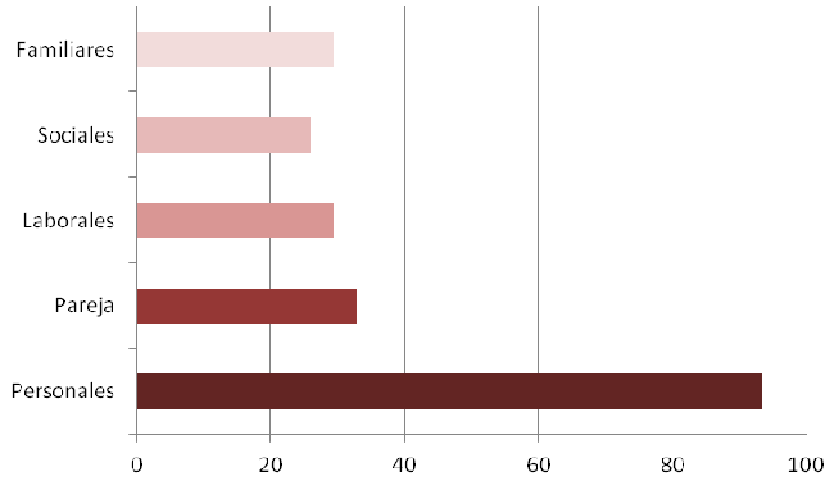
Las conductas referidas (Figura 1) fueron uso de pornografía y masturbación (50%), masturbación (13,8%), relaciones heterosexuales consentidas (8,6%) o todas las conductas (24,1%).

**Figura 1. Conductas problemáticas referidas por los pacientes con síntomas de Hipersexualidad (n=58)**



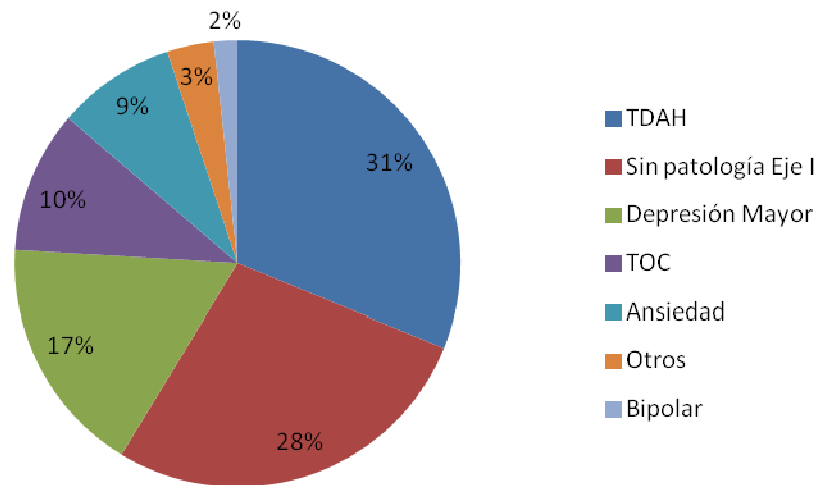
Referían que estas conductas, que no podían controlar, les generaban problemas (Figura 2) en el área personal (93,1%), de pareja (32,7%), laboral (29,3%), social (25,8%) y familiar (29,3%).

**Figura 2.- Consecuencias de la conducta hipersexual referidas por los pacientes con síntomas de hipersexualidad (n=58)**



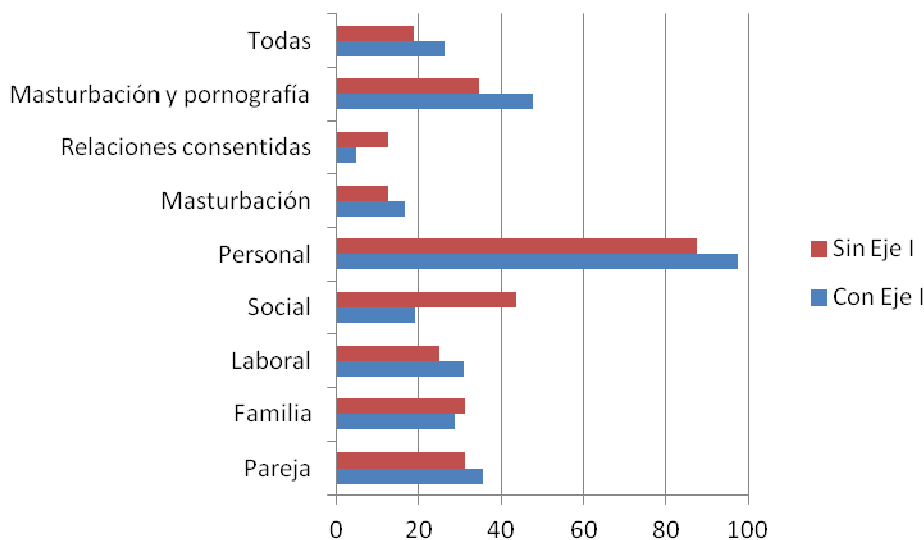
El 72,4% presentaba comorbilidad en el Eje I (Figura 3), principalmente Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (42,8%) y Trastornos Depresivos (23,8%).

**Figura 3.- Patología del Eje I que presentaban los pacientes con síntomas de hipersexualidad (n=58)**



Dieciséis sujetos presentarían Hipersexualidad Primaria, al no estar diagnosticados de ninguna patología psiquiátrica específica del Eje I. Sería el 2,8% de la muestra general (n=565) y 28% de la muestra de personas con síntomas de hipersexualidad (n=58). En su mayoría eran varones (93,7%), solteros (81,3%) con una presencia de conductas y problemas similares a los pacientes con patología en el Eje I (Figura 4).

**Figura 4.- Conductas y problemas presentes en los pacientes con síntomas de hipersexualidad con y sin patología del Eje I (%)**



## DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos una alta demanda por excesiva conducta sexual (14,5% de la muestra general) y una alta prevalencia de síntomas de hipersexualidad (10,2%) en comparación con estudios previos (Kafka, 2009). Aunque la APA no considere esta sintomatología como una entidad propia, sí parece oportuno dedicarle atención clínica porque existe una demanda específica y suficiente.

Al igual que en estudios previos (Scanavino et al., 2013) observamos en nuestra muestra una alta comorbilidad de patología del Eje I (72% ) asociada a hipersexualidad, en mayor medida con TDAH y trastornos depresivos. Esto nos llama la atención sobre la necesidad de no desdeñar la hipersexualidad porque puede facilitar el diagnóstico y atención de patologías propias del Eje I que de otro modo podrían no ser atendidas. Como se observa en los diferentes estudios en muchas ocasiones el motivo de consulta es la conducta sexual y tras la exploración se detecta una patología psiquiátrica (Borgersman et al., 2013).

Sin embargo cuando excluimos a los sujetos en los que la hipersexualidad se encontraba en el conjunto de una patología del Eje I sólo el 2,8% presentaría Hipersexualidad Primaria. El hecho de que en algunos pacientes este sea el síntoma cardinal y exclusivo vuelve a demandar de los profesionales un mayor estudio de esta sintomatología que está en aumento y que exige de nuevos abordajes no moralizantes (Frias et al., 2012).

Podría considerarse no es un trastorno independiente sino que es sintomatología presente en otros trastornos no bien diagnosticados, una muestra del caos en el modo de entender la psicopatología actualmente o sin más problemas de la vida que no requieren atención profesional (Moser, 2011). No obstante, al igual que en nuestra muestra, se han encontrado subgrupos de pacientes con hipersexualidad sin patología del Eje I comórbida (Scanavino et al., 2013; Reid et al., 2011) y en algunos estudios se muestra que no presentan alteraciones neuropsicológicas (Reid et al., 2011) propias de alteraciones del control de los impulsos.

Tanto en los sujetos con patología del Eje I como sin ella, el tipo de conducta más frecuente fue la masturbación con el uso de pornografía (principalmente a través de internet), de modo similar a estudios previos, que emplean metodología variable. En el estudio de Reid et al. 2012 que también emplea los criterios de la DSM-5 encontraron, al igual que en el nuestro, que el consumo de pornografía acompañado de masturbación fue la conducta más frecuente seguida de las relaciones sexuales consentidas con adultos.

Es necesario no obviar el comportamiento sexual de nuestros pacientes y estudiar la psicopatología de los comportamientos hipersexuales para delimitar mejor la etiología y fisiopatología que permitan un mejor abordaje terapéutico (Schwartz, 2008). La atención clínica

de la hipersexualidad puede ser la vía de acceso a la solución de conflictos y patologías que, de otro modo, quizá nunca llegarían a solicitar ayuda profesional.

La demanda de un paciente ante la presencia de hipersexualidad no puede ayudar a: conocer si existe y subyace una patología del Eje I; valorar si se trata de Hipersexualidad Primaria desarrollada como un hábito (Walters et al., 2011); evaluar si es la expresión de psicopatológica de eventos traumáticos en la vida sexual o en el desarrollo del apego (Chiclana 2013); discriminar si es una conducta adictiva sin sustancia (Kor et al., 2013).

Desde esta perspectiva conviene desarrollar estudios científicos para conocer la prevalencia, psicopatología, etiopatogenia, correlatos neurobiológicos, relación con la personalidad y tratamiento de la hipersexualidad en sus diversas manifestaciones.

#### Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. (5rd ed.) Washington, DC: Author.
- Borgermans L, Vrijhoef B, Vandevoorde J, De Maeseneer J, Vansintjejan J, Devroey D. Relevance of Hypersexual Disorder to Family Medicine and Primary Care as a Complex Multidimensional Chronic Disease Construct. *Int J Family Med.* 2013;2013:519265. Epub 2013 Aug 27.
- Chiclana C. Atrapados en el sexo. Almuzara: Córdoba, 2013.
- Chiclana C. Hipersexualidad, trastorno hipersexual y comorbilidad en el Eje I. Comunicación presentada en: 14º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2013.
- Frias. Primary hypersexuality: Nosological status, pathogenesis, and treatment. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental* 3, 205-207. 1-1-2012.
- Grant JE, Schreiber LR, Odlaug BL. Phenomenology and treatment of behavioural addictions. *Can J Psychiatry.* 2013 May;58(5):252-9.
- Halpern AL. The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM-5: unnecessary and harmful. *Arch Sex Behav* 2011 Jun;40(3):487-8.
- Kafka MP. The Development and Evolution of the Criteria for a Newly Proposed Diagnosis for DSM-5: Hypersexual Disorder, Sexual Addiction & Compulsivity: *The Journal of Treatment & Prevention*, 2013, 20:1-2, 19-26
- Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res* 2010 Mar;47(2):181-98.
- Karila L, Wéry A, Weinstein A, Cottencin O, Reynaud M, Billieux J. Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of The Literature. *Curr Pharm Des.* 2013 Aug 29.
- Kor A, Fogel YA, Reid R, Potenza MN. Should Hypersexual Disorder be Classified as an Addiction?, *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 2013, 20:1-2, 27-47
- Moser C. A Rejoinder to Carpenter and Krueger: It is about Clarity and Consistency, *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 2013, 20:1-2, 63-64).
- Moser C. Hypersexual disorder: just more muddled thinking. *Arch Sex Behav* 2011 Apr;40(2):227-9.
- Moser C. Hypersexual Disorder: Searching for Clarity, *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 2013, 20:1-2, 48-58
- Reid RC, Carpenter BN, Hook JN, Garos S, Manning JC, Gilliland R, et al. Report of Findings in a DSM-5 Field Trial for Hypersexual Disorder. *J Sex Med* 2012 Oct 4.
- Reid RC, Dhuffar MK, Parhami I, Fong TW. Exploring facets of personality in a patient sample of hypersexual women compared with hypersexual men. *J Psychiatr Pract.* 2012 Jul;18(4):262-8.
- Reid RC. Personal Perspectives on Hypersexual Disorder, *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 2013, 20:1-2, 4-18
- Scanavino Mde T, Ventuneac A, Abdo CH, Tavares H, do Amaral ML, Messina B, dos Reis SC, Martins JP, Parsons JT. Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry Res.* 2013 Oct 30;209(3):518-24. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.021. Epub 2013 Feb 15.
- Schwartz MF. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008 Dec;31(4):567-86.
- Spenhoff M, Kruger TH, Hartmann U, Kobs J. Hypersexual behavior in an online sample of males: associations with personal distress and functional impairment. *J Sex Med.* 2013 Dec;10(12):2996-3005.
- Walters GD, Knight RA, Langstrom N. Is hypersexuality dimensional? Evidence for the DSM-5 from general population and clinical samples. *Arch Sex Behav* 2011 Dec;40(6):1309-21.
- Zucker KJ. Reports from the DSM-V Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders. *Arch Sex Behav* 2010 Jan 1;39:217-20.