



## **HIPERSEXUALIDAD, TRASTORNO HIPERSEXUAL Y COMORBILIDAD EN EL EJE I**

Carlos Chiclana Actis

MD PhD\*+

+ Consulta Dr. Carlos Chiclana (Madrid)

\* Universidad San Pablo CEU (Madrid)

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

### **RESUMEN:**

La DSM-5 propone el Trastorno Hipersexual (THS) como nuevo diagnóstico, caracterizado por aumento en la frecuencia, intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafilicas, asociadas con impulsividad, que provocan malestar significativo, deterioro social u ocupacional. Presenta alta prevalencia en varones y elevada comorbilidad en el Eje I.

Evaluamos la presencia del THS mediante los criterios diagnósticos propuestos por la DSM-5 y la comorbilidad en el Eje I en 401 pacientes ambulatorios.

57 pacientes (14,2%), refirieron presentar una excesiva conducta sexual. 41 (10,2%), 5 mujeres (12,2%) y 36 varones (87,8%), cumplirían los criterios clínicos para THS. Las conductas referidas fueron uso de pornografía y masturbación (51,2 %), masturbación (17,1%), relaciones heterosexuales consentidas (9,8 %) o todas las conductas (22 %).

El 75,6% presentaba comorbilidad en el Eje I: Trastornos Depresivos (26,6%), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (24,4%), Trastornos de Ansiedad (12,2%) y Trastorno Obsesivo Compulsivo (9,8 %). Referían problemas en el área personal (92,7%), de pareja (37,1%), social (22%), laboral (17,1%) y familiar (17,1%).

Los criterios propuestos en la DSM-5 pueden resultar operativos para evaluar la conducta sexual excesiva como psicopatología propia de una patología del Eje I o como un trastorno independiente. La exploración de la conducta sexual y su vivencia desde una perspectiva clínica abierta y sin prejuicios, puede evitar el nihilismo diagnóstico y favorecer la atención de la patología sexual. Son necesarios estudios para conocer la prevalencia, psicopatología, etiopatogenia, correlatos neurobiológicos y tratamiento del THS.

## HIPERSEXUALIDAD, TRASTORNO HIPERSEXUAL Y COMORBILIDAD EN EL EJE I

La hipersexualidad cuyo origen no es debido a una patología neurológica, consumo de sustancias o fármacos o episodios maníacos, ha sido entendida desde diversas perspectivas psicopatológicas como un comportamiento impulsivo, compulsivo, adictivo, aprendido o de dependencia (1-6).

La DSM-5 propone 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 parafílicas, asociadas a un componente de impulsividad, que provocan un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)).

Con unos criterios específicos para el THS (Tabla 1) se evitaría el "cajón de sastre" del "trastorno sexual no especificado" y se diferenciaría de los comportamientos compulsivos o adictivos no parafílicos (7;8).

Tabla 1.- Criterios diagnósticos propuestos por la DSM-5 para el Trastorno Hipersexual

<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 (9) y otros autores consideran que esta realidad existe, pero que es innecesario y dañino (10) que se recoja en la DSM-5 al faltar evidencia empírica suficiente y confundirse la hipersexualidad con otras patologías (11).

Es cierto que no hay todavía suficientes estudios de campo que permitan afirmar con rotundidad que el THS es un trastorno con una identidad propia. El único estudio publicado hasta la fecha (octubre 2012) con los criterios y cuestionario propuesto por la DSM-5, informa de una buena validez diagnóstica del cuestionario propuesto (Tabla 2) y alta fiabilidad (12).

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 (8;13).

Se estima que la prevalencia de comportamientos hipersexuales –incluyendo parafilias– se

## HIPERSEXUALIDAD, TRASTORNO HIPERSEXUAL Y COMORBILIDAD EN EL EJE I

encuentra entre un 3 y un 6% (13-15) aunque no hay estudios suficientemente amplios y se postula que con el desarrollo de internet probablemente sea una patología en aumento (2;4;13). En casi todos los estudios la prevalencia es mucho mayor en varones que en mujeres (8;15;16).

Diversos factores pueden dificultar el diagnóstico, adecuado tratamiento del THS y que los pacientes consulten a los profesionales, lo que ayudarían a perpetuar el problema (3;17). Unos factores pueden radicar en el profesional, que considere de forma errónea que esta sintomatología es poco frecuente, que el diagnóstico es muy cuestionable, que se deje llevar por el mito de que "en sexo todo vale", que no realice la historia clínica completa por falta de tiempo u otras circunstancias o que evite preguntar por la sexualidad al considerarlo un tema tabú o sin relevancia clínica.

Otros factores que lo dificulten pueden darse en el paciente, quien puede no relatar los síntomas por sentimientos de culpa, vergüenza, frustración o por la estigmatización moral y sociocultural que pudiera ocasionarse (18). Es frecuente que consulten primero por otros comportamientos comórbidos más aceptados socialmente como problemas con la comida, tóxicos o ira (19).

El THS 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 (1;3;8;12;13). Esta es una de las críticas que puede hacerse a la propuesta de incluirlo en la DSM-5 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 (12).

Existen diversos cuestionarios para evaluar el comportamiento sexual excesivo desde la perspectiva de esta conducta como adictiva (20), compulsiva (21), sus consecuencias (12) o cuando se lleva a cabo en internet (2;22). La DSM-5 propone "*The Hypersexual Disorder Screening Inventory*" (HDSI) como cuestionario de *screening* (Tabla 2), que no está validado en castellano, y presenta una adecuada fiabilidad y validez (12).

## HIPERSEXUALIDAD, TRASTORNO HIPERSEXUAL Y COMORBILIDAD EN EL EJE I

Tabla 2. Inventario de detección del Trastorno Hipersexual.

0 = Falso 1 = Raramente verdad 2 = A veces verdad 3 = A menudo verdad 4 = Casi siempre verdad

**A.1.** Durante los últimos 6 meses, he gastado una gran cantidad de tiempo en fantasías e impulsos sexuales así como planificando y participando en comportamiento sexual.

**A.2.** Durante los últimos 6 meses, he utilizado las fantasías sexuales y la conducta sexual para hacer frente a sentimientos difíciles (por ej.: preocupación, tristeza, aburrimiento, frustración, culpa o vergüenza.)

**A.3.** Durante los últimos 6 meses, he utilizado las fantasías sexuales y la conducta sexual para evitar, aplazar o hacer frente a tensiones y otros problemas difíciles o responsabilidades en mi vida.

**A.4.** Durante los últimos 6 meses, he tratado de reducir o controlar la frecuencia de las fantasías, impulsos y comportamientos sexuales, pero no he tenido mucho éxito.

**A.5.** Durante los últimos 6 meses, he seguido participando en el comportamiento sexual de riesgo que podría o ha causado lesiones, enfermedad o daño emocional a mí mismo, mi pareja(s) o a una relación significativa.

**B.1.** Durante los últimos 6 meses, frecuentes e intensas fantasías, impulsos y comportamientos sexuales han hecho que me sienta molesto o mal conmigo mismo (por ejemplo, sentimientos de vergüenza, culpa, tristeza, preocupación o disgusto) o he tratado de mantener en secreto mi comportamiento sexual.

**B.2.** Durante los últimos 6 meses, frecuentes e intensas fantasías sexuales, impulsos y comportamientos sexuales han causado problemas significativos para mí en el plano personal, social, laboral u otras áreas importantes de mi vida.

**Puntuación Total** \_\_\_\_\_

**C.1.** Marque con una "X" en la línea de la izquierda en cada tipo diferente de comportamiento sexual que usted piensa que le ha afectado para tener problemas (como en el apartado B.1.) y/o ha tenido consecuencias significativas (como en el apartado B.2.) durante los últimos 6 meses.

\_\_\_\_ Masturbación: por sí misma o en otras actividades sexuales.

\_\_\_\_ Pornografía (algunos ejemplos incluidos: videos de Internet, imágenes y webcasts, revistas porno, DVDs/videos, Tv y películas de clasificación X.)

\_\_\_\_ Comportamientos sexuales con el consentimiento de adultos (contacto directo). Algunos ejemplos incluidos: utilización de servicios de acompañamiento, prostitutas, repetidos "one-night stands", anónimos y breves encuentros sexuales, affairs repetidos, visitas a salas de masaje que incluyen sexo.)

\_\_\_\_ Actividades de Cibersexo (algunos ejemplos incluidos: charlar por internet relacionadas con el sexo, comportamientos sexuales con web-cams, otros comportamientos sexuales virtuales.)

\_\_\_\_ Sexo Telefónico.

\_\_\_\_ Clubs de striptease.

\_\_\_\_ Otros comportamientos sexuales: (especificar \_\_\_\_\_)

Nº Total de los diferentes comportamientos sexuales reportados \_\_\_\_\_ (0-7)

# HIPERSEXUALIDAD, TRASTORNO HIPERSEXUAL Y COMORBILIDAD EN EL EJE I

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia del THS mediante los criterios diagnósticos propuestos por la DSM-5 y la comorbilidad con patología psiquiátrica en el Eje I.

## METODOLOGÍA

Revisión de la historia clínica y aplicación de los criterios diagnósticos de THS en los últimos 401 pacientes ambulatorios.

## RESULTADOS

De los 401 pacientes revisados, 57 (49 varones, 8 mujeres) demandaron atención por una excesiva conducta sexual. Tras la aplicación de los criterios diagnósticos en una entrevista clínica y exploración psicopatológica llevada a cabo por un médico psiquiatra, 41 pacientes (10,2%) cumplirían los necesarios para presentar un THS, 5 mujeres (12,2%) y 36 varones (87,8%).

Los pacientes con criterios positivos para el THS tenían una edad media de 33,8 años (18-64), la mayoría, 30 (73,2%), estaban solteros y 11 (26,8%) estaban casados.

Las conductas presentadas fueron uso de pornografía y masturbación (51,2%), sólo masturbación (17,1%), relaciones heterosexuales consentidas (9,8%) o un conjunto de todas las conductas (22%).

Los problemas que les generaba el THS y referidas por cada paciente fueron: malestar personal (92,7%), alteración de la dinámica de pareja (37,1% de la muestra y 100% de los casados), problemas sociales (22%), problemas laborales (17,1%) y dinámica familiar disfuncional (17,1%).

El 75,6% presentaba comorbilidad en el Eje I. Los trastornos más frecuentes fueron Trastornos Depresivos (26,6%), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (24,4%), Trastornos de Ansiedad (12,2%) y Trastorno Obsesivo Compulsivo (9,8 %).

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos una alta demanda por excesiva conducta sexual y una alta prevalencia de THS (10,2%) en comparación con estudios previos (8). Un posible motivo de esta alta prevalencia sea la exploración psicopatológica inicial que se realiza en nuestro centro. El protocolo incluye la exploración de la sexualidad y facilita que el paciente pueda transmitir sus preocupaciones con una perspectiva de atención clínica sin temor a ser estigmatizado. Nuestro centro es ambulatorio, privado, atendemos una población de un nivel social medio. Sólo uno de los pacientes estaba obligado a acudir a nuestra Consulta por motivos legales relacionados con la sexualidad y necesariamente había de comunicar los hechos (14).

El THS fue más frecuente en los varones (73,4%) que en las mujeres (62,5%), tanto de forma global en la muestra como en los pacientes que consultaron, de la misma manera que se recoge en todos los estudios previos (2;8;12;14-16;19;23).

Respecto al tipo de conductas presentadas la más frecuente fue el uso de pornografía (principalmente a través de internet) y masturbación (51,2%) de modo similar a estudios previos que oscilan entre el 50 y el 75% (8;12). La variabilidad de estas frecuencias probablemente esté relacionada con el modelo psicopatológico (impulsivo, compulsivo, dependencia) y el instrumento empleados. 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

## **HIPERSEXUALIDAD, TRASTORNO HIPERSEXUAL Y COMORBILIDAD EN EL EJE I**

masturbación fue la conducta más frecuente seguida de las relaciones sexuales consentidas con adultos (12).

Al igual que en otras series de casos observamos una alta comorbilidad en el Eje I asociada al THS. En nuestra muestra en mayor medida con los Trastornos depresivos (26,6%) y el TDAH (24,4%) de modo similar a los estudios con una muestra compuesta de pacientes ambulatorios (2;8;12).

Podría considerarse que el THS no es un trastorno independiente sino que es sintomatología presente en otros trastornos y una muestra del caos en el modo de entender la psicopatología actualmente (10). No obstante se han encontrado subgrupos de pacientes con hipersexualidad sin patología del Eje I comórbida y sin alteraciones neuropsicológicas (16) que difieren de las clásicas propuestas psicopatológicas en la etiología del "comportamiento sexual excesivo".

Así, parece que son necesarios estudios más profundos, que consideren la psicopatología subyacente a la conducta para poder discriminar entre síntomas o síndrome de hipersexualidad que acompañen a otras patologías y trastorno hipersexual que, con entidad propia, puedan padecer algunas personas. Podría ser de interés la inclusión de un ítem excluyente del diagnóstico de THS si existe otro trastorno del Eje I presente, además de la manía y el consumo de sustancias.

Desde otra perspectiva, los criterios propuestos en la DSM-5 pueden resultar operativos para evaluar la conducta sexual excesiva como sintomatología comórbida que nos guíe hacia el diagnóstico de una patología del Eje I (3;8;12;24). 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. Parece de interés, por tanto, no desdeñar la sintomatología de hipersexualidad en la exploración psicopatológica en aquellos pacientes que lo demanden, aunque sean conductas "socialmente aceptadas" (3;8;12;12;24).

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 (25). La exploración de la conducta sexual y su vivencia desde una perspectiva clínica abierta y sin prejuicios, puede evitar el nihilismo diagnóstico y favorecer la atención de la patología sexual (26).

Futuras líneas de investigación podrán determinar la verdadera prevalencia del THS en población general y en poblaciones clínicas, sus correlatos neurobiológicos, la psicopatología específica que permita diferenciar la hipersexualidad "esencial" de aquella secundaria a otras patologías del Eje I o a otra etiopatogenia, y el diseño de orientaciones terapéuticas específicas, adaptadas a los nuevos modos sociales de relación interpersonal y de acceso a contenido pornográficos en la red (12;26).

## Referencias

- (1) Bancroft J. Sexual behavior that is "out of control": a theoretical conceptual approach. *Psychiatr Clin North Am* 2008 Dec;31(4):593-601.
- (2) Marshall LE, Briken P. Assessment, diagnosis, and management of hypersexual disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2010 Nov;23(6):570-3.
- (3) Reid RC, Harper M, Andreatini R. Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2009 Jan 1;16:125-38.
- (4) Garcia FD, Thibaut F. Sexual addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010 Sep;36(5):254-60.
- (5) Stein DJ. Classifying hypersexual disorders: compulsive, impulsive and addictive models. *Psychiatr Clin North Am* 2008 Jan 1;31:587-91.
- (6) Kingston DA, Firestone P. Problematic hypersexuality: A review of conceptualization and diagnosis. *Sexual Addiction & Compulsivity* 15, 284-310. 1-1-2008.
- (7) Zucker KJ. Reports from the DSM-V Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders. *Arch Sex Behav* 2010 Jan 1;39:217-20.
- (8) Kafka MP. Hypersexual Disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 2009 Jan 1;1.
- (9) 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.
- (10) Moser C. Hypersexual disorder: just more muddled thinking. *Arch Sex Behav* 2011 Apr;40(2):227-9.
- (11) 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.
- (12) 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.
- (13) Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res* 2010 Mar;47(2):181-98.
- (14) Marshall LE, Marshal WL, Moulden HM, Serran GA. The prevalence of sexual addiction in incarcerated sexual offenders and matched community nonoffenders. *Sexual Addiction & Compulsivity* 15, 271-283. 1-1-2008.
- (15) Kuzma JM, Black DW. Epidemiology, prevalence, and Natural History of Compulsive Sexual Behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008 Jan 1;31:603-11.
- (16) Reid RC, Garos S, Carpenter BN, Coleman E. A surprising finding related to executive control in a patient sample of hypersexual men. *J Sex Med* 2011 Aug;8(8):2227-36.
- (17) Kafka MP, Hennen J. The paraphilia-related disorders: an empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *J Sex Marital Ther* 1999 Oct;25(4):305-19.

## **HIPERSEXUALIDAD, TRASTORNO HIPERSEXUAL Y COMORBILIDAD EN EL EJE I**

- (18) Reid RC, Stein JA, Carpenter BN. Understanding the roles of shame and neuroticism in a patient sample of hypersexual men. *J Nerv Ment Dis* 2011 Apr;199(4):263-7.
- (19) Turner M. Female Sexual Compulsivity: a new syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 2008 Jan 1;(31):713-27.
- (20) Marshall LE, Marshall WL. The factorial structure of The Sexual Addiction Screening Test in sexual offenders and socio-economically matched community non-offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity* 17, 210-218. 1-1-2010.
- (21) Kalichman SC, Rompa D. Sexual sensation seeking and Sexual Compulsivity Scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess* 1995 Dec;65(3):586-601.
- (22) Carnes PJ, Green BA, Merlo LJ, Polles A, Carnes S, Gold MS. PATHOS: A Brief Screening Application for Assessing Sexual Addiction. *J Addict Med* 2012 Mar;6(1):29-34.
- (23) Marshall LE, Marshall WL. Sexual addiction in incarcerated sexual offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity* 13, 377-390. 1-1-2006.
- (24) Kafka MP. Sexual impulsivity disorders: Psychiatric "Orphans". *Psychiatric Times* 24, 15-17. 1-12-2008.
- (25) Schwartz MF. Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008 Dec;31(4):567-86.
- (26) Frias. Primary hypersexuality: Nosological status, pathogenesis, and treatment. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental* 3, 205-207. 1-1-2012.