



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA CIENTÍFICA

Hipersexualidad primaria: estatus nosológico, etiopatogenia y tratamiento

Primary hypersexuality: Nosological status, pathogenesis, and treatment

Sr. Editor:

La hipersexualidad es una alteración psicopatológica frecuentemente asociada a diversos cuadros psiquiátricos y neurológicos^{1,2}. En algunas ocasiones, se erige en el síntoma cardinal que presenta el paciente, adquiriendo por ello rango de trastorno mental.

Se expone el caso de una adolescente de 16 años derivada al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Mataró (CSMIJ) para valoración por promiscuidad sexual.

La paciente refiere fantasías y actividad hipersexual continuada desde los 15 años, con masturbación compulsiva (3-4/día) y múltiples encuentros sexuales (1-2/semana) haciendo uso de preservativo. A lo largo de dicho período, incurre en absentismo escolar intermitente (va a correr al parque y fuerza voluntariamente tropezos con hombres). Del mismo modo, se muestra incapaz de mantener una relación sentimental estable, existiendo infidelidades cuando ha tenido pareja. Relata exacerbación de conducta hipersexual en el contexto de estrés, señalando un alivio transitorio del malestar al alcanzar el orgasmo. Refiere aumento de autoestima al sentirse deseada por muchos hombres. Desde hace varios meses, sensación de incontrolabilidad sobre dichos impulsos, motivando ello la solicitud de tratamiento.

Fue fruto de un parto y puerperio sin incidencias. Desarrollo normativo de los hitos madurativos. No retraso de aprendizaje. Menarquia prematura (9 años). Descrita desde la infancia como una niña «insegura y con baja autoestima». A los 12 años, refiere haber sufrido una agresión sexual con intento de penetración por parte de un adulto desconocido, la cual no comentó por sentirse avergonzada. Tras ello, señala sintomatología compatible con TEPT hasta los 14 años (pesadillas, temor a la oscuridad, *flashbacks*, evitaciones situacionales, ansiedad de separación), minimizando los síntomas en el entorno familiar. A nivel social, mantiene desde la adolescencia temprana algunas amistades. Primera relación sexual consentida a los 15 años. No consumo de tóxicos. Buen rendimiento escolar, con discreto descenso académico durante el último curso (un suspenso). Adecuado

ajuste familiar, sin disarmonía entre sus miembros ni antecedentes psiquiátricos de interés.

Durante la entrevista se hallaba consciente y vigil. Actitud cordial y colaboradora. Higiene preservada. Discurso fluido y espontáneo, en donde destacan rumiaciones sexuales de naturaleza egosintónica, no parafílica y heterosexual, con hipoprosexia secundaria (dificultad para atender las explicaciones de clase). Así mismo, refiere temor al rechazo en el contexto de apertura emocional. Niega sintomatología psicótica (p. ej. delirios de grandeza o perjuicio). A nivel afectivo, moderada labilidad emocional de curso prolongado, sin patrón circadiano o estacional. No ideas suicidas, desesperanza o anhedonia. Hipererosia, con disforia secundaria a pérdida de control conductual. Pesadillas ocasionales relacionadas con el agresor, sin otra sintomatología TEPT asociada (p. ej. ansiedad de separación, evitación de lugares, imágenes intrusivas, etc.). No alteraciones de la conducta alimentaria. Conciencia de enfermedad.

Durante los 11 meses que lleva en tratamiento ambulatorio se ha observado una leve disminución de la actividad hipersexual, habiéndose canalizado esta psicopatología de una manera menos desadaptativa a través de una relación de pareja estable. Sobre esta cuestión, la paciente mantiene un vínculo sentimental desde hace 9 meses, no habiendo infidelidades tras el primer tercio de relación. Practican actividad sexual 3 veces/día y ella, adicionalmente, se masturba una vez/día. Respecto a las rumiaciones sexuales, la mejoría es más notable, de tal suerte que se ha reducido la hipoprosexia secundaria, motivo por el cual el rendimiento escolar ha mejorado (sin suspensos). En lo referente a la labilidad del humor, se ha evidenciado una menor intensidad y duración de dicha sintomatología.

En cuanto a las medidas terapéuticas adoptadas a lo largo del proceso terapéutico, en un primer momento se planteó reducir su conducta hipersexual a través de «control estimular» (salir siempre con amigas) y «reforzamiento diferencial de tasas bajas» (restringir masturbación compulsiva), técnicas con las que se obtuvo un tenue reducción de dicha psicopatología dado que la paciente no cumplía siempre los objetivos prescritos. A las 3 semanas de seguimiento psicológico, se inició intervención psicofarmacológica con Sertralina 50 1-0-0, valorándose un ingreso en el hospital de día si persistiera el grado de disfuncionalidad psicossocial. Tras un mes de tratamiento concomitante con medicación psicotrópica, la paciente refirió una mejoría en su estado anímico, así como una disminución parcial de la

hipererosia. Respecto a las rumiaciones sexuales, se le instruyó en técnicas distractoras (lectura), debiendo ser entrenada posteriormente en habilidades de «toma de conciencia plena», ya que usaba compulsivamente las primeras (leía 6 libros a la vez). A través de las técnicas de *mindfulness*, la paciente constató una optimización en su capacidad de autorregulación conductual en situaciones de riesgo (p. ej. al sentir deseo sexual al ver un extraño). Al margen de la hipersexualidad, se hizo una intervención posterior más introspectiva, exponiéndose en el entorno terapéutico a los sentimientos de autodevaluación sin vivenciar rechazo interpersonal.

La hipersexualidad es un síntoma psicopatológico frecuentemente asociado a varios trastornos psiquiátricos y neurológicos^{1,2}. En algunas ocasiones, se erige en el síntoma cardinal que presenta el paciente, constituyendo una entidad clínica por sí misma. Existe un notable desacuerdo en torno a la conceptualización de la hipersexualidad primaria³, habiendo sido formulada como una disfunción del deseo sexual⁴, una patología del espectro obsesivo⁵, una adicción conductual⁶ o un trastorno del control de impulsos⁷. Esta falta de consenso epistemológico ha conllevado que su estatus nosológico haya sido irrelevante desde que fuera inicialmente incluida entre los «trastornos psicosexuales no especificados» del DSM-III (1980), categoría que recogía aquellos sujetos cuyo «*distress* está relacionado con un patrón de conquistas sucesivas que son utilizadas como meros objetos para usar». Siguiendo esta misma línea, en el marco nosológico vigente, el clínico familiarizado con la DSM-IV-TR debe continuar utilizando la etiqueta residual «trastorno sexual no especificado», mientras que, por otro lado, la CIE-10 menciona explícitamente este constructo («impulso sexual excesivo»), pero no ofrece una definición operativa al respecto. En resumen, los actuales manuales de referencia carecen de una categoría diagnóstica que recoja las características clínicas de este trastorno.

Respecto a su etiopatogenia, la mayoría de estudios son transversales o retrospectivos, sin grupo control comparativo, por lo que los hallazgos resultantes han de ser tomados con precaución. Existe un relativo consenso en torno a la mayor prevalencia de la hipersexualidad primaria en hombres (5:1), hallándose numerosos antecedentes de abuso sexual en el subgrupo de pacientes femeninas⁸. Así mismo, se ha constatado una alta frecuencia de apegos evitativos, autocrítica y sentimientos de vergüenza⁹, sugiriendo que la promiscuidad pudiera ser una forma alternativa de satisfacer necesidades de validación interpersonal y filiación¹⁰. Del mismo modo, se postula que los impulsos sexuales se exacerban ante cuadros afectivos frecuentemente comórbidos¹¹, actuando la hipersexualidad como un mecanismo de autorregulación emocional⁷. En cuanto a las hipótesis neuroendocrinas, se dispone de evidencias indirectas que implicarían la participación de las monoaminas, principalmente a través del incremento libidinal con agentes dopaminérgicos⁴ y del efecto «inhibidor» de las sustancias serotoninérgicas¹². En el ámbito de la neuroanatomía funcional, se han obtenido pruebas preliminares que sugerirían una hipoactividad del lóbulo frontal, sobre todo en estudios que han constatado un déficit en las funciones ejecutivas¹³.

En cuanto al tratamiento, apenas existen ensayos aleatorizados con grupo control que permitan obtener resultados concluyentes. A nivel psicofarmacológico, la mayor parte de

investigaciones clínicas señalan una reducción de la hipersexualidad a través de los ISRS^{8,12}. Por otro lado, en el único estudio experimental realizado se obtuvo una alta tasa de respuesta con la administración de citalopram, si bien este beneficio fue similar al evidenciado con placebo¹⁴. Respecto a la psicoterapia, solo consta un ensayo aleatorizado con grupo control en donde se apreció que los sujetos que asistieron durante cinco meses a terapia grupal redujeron significativamente su promiscuidad sexual¹⁵. Por último, conviene precisar que este es el primer paciente hipersexual en el que se indica el uso de técnicas de *mindfulness*, arrojando además una ganancia terapéutica.

En resumen, la hipersexualidad primaria es un constructo recogido de manera residual en la actual taxonomía psiquiátrica. La ausencia de una definición operativa imposibilita la generalización de los hallazgos obtenidos en las muestras estudiadas. A nivel nosológico, es sugerible su inclusión entre las disfunciones sexuales del deseo, considerando la presencia del «deseo sexual hipoactivo» en dicha categoría. En el ámbito etiopatogénico, es preceptivo llevar a cabo más investigaciones longitudinales para determinar la naturaleza multifactorial de este trastorno, es decir, si representa adicionalmente un mecanismo de autorregulación emocional, filiación y/o una reacción postraumática, aspecto este último observado en mujeres hipersexuales. Por otro lado, es prioritario impulsar estudios de neuroimagen funcional para aprehender sus correlatos biológicos. En cuanto al tratamiento, se hacen necesarios más ensayos clínicos con grupo control para calibrar el verdadero alcance terapéutico de las técnicas cognitivo-conductuales (*mindfulness*) y los antidepresivos (ISRS).

Bibliografía

1. Krueger RB, Kaplan MS. Disorders of sexual impulse control in neuropsychiatric conditions. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2000;5:266-74.
2. Frías A, Malea A, Dorado M, Mongay H. Síndrome orbitofrontal tras una operación por un aneurisma cerebral. A propósito de un caso. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2008;36:362-5.
3. Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sexual Research*. 2010;47:181-98.
4. Kafka MP. Hypersexual Disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives Sexual Behavior*. 2010;39:377-400.
5. Coleman E. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior. *American Journal of Preventive Psychiatry & Neurology*. 1990;2:9-14.
6. Goodman A. What's in a name? Terminology for designating a syndrome of driven sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2001;8:191-213.
7. Bancroft J, Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res*. 2004;41:225-34.
8. Black DW, Kehrberg LLD, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154:243-9.
9. Guigliamo J. Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2006;13:361-75.
10. Reid RC, Harper JM, Anderson EH. Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clin Psychol Psychother*. 2009;16:125-38.
11. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry*. 2003;44:370-80.

12. Kafka MP. Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilias-related disorders: An open trial. *Ann Clin Psychiatry*. 1994;6:189-95.
13. Reid RC, Karim R, McCrory E, Carpenter BN. Self-reported differences in measures of executive function and hypersexual behavior in a patient and community sample of men. *Int J Neurosci*. 2010;120:120-7.
14. Wainberg ML, Muench F, Morgenstein J, Hollander E, Irwin TW, Parsons JT, et al. Citalopram vs placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1968-73.
15. Quadland MC. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther*. 1985;11:121-32.

Álvaro Frías Ibáñez* y María Vázquez Costa
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital de Mataró, Mataró, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvarofriasibanez@gmail.com
(Á. Frías Ibáñez).