

Variante en la frecuencia de funcionamiento sexual: **La Hipersexualidad**



Dr. Santiago Cedrés

Ex Prof. Adj. Medicina Interna –
Sexólogo clínico - Terapeuta Sexual.
Acreditado por la Federación
Latinoamericana de Sociedades de
Sexología y Educación Sexual.
Vicepresidente de la Sociedad
Uruguaya de Sexología.
santiagocedres@yahoo.uy

- Desorden Relacionado a la Parafilia (Kafka, 1991, 2007)
- Conducta Sexual Compulsiva (Black, 1998, 2000; Kuzman & Black, 2008)
- Adicción Sexual (Carnes, 1983, 1990)
- Conducta Sexual Impulsiva-Compulsiva (Raymond, Coleman & Miner, 2003)
- Conducta Sexual Fuera de Control (Bancroft, 2008)

Definiciones

Para ICD-10 (2008) se clasifica como “Deseo sexual excesivo”. Toma diferentes términos en función del sexo: Satiriasis en los hombres y Ninfomanía en las mujeres.

La Federación Latino Americana de Sexología y Educación Sexual - FLASSES (2010) la define como la frecuencia de funcionamiento excesivamente alta lo cual altera el funcionamiento en otras áreas de la vida.

Debemos tener en cuenta, que la expresión sexual humana depende de muchos factores o variables:

- Aspectos individuales y de relaciones interpersonales
- Valores sociales
- Mores culturales, costumbres, tradiciones
- Principios éticos y creencias religiosas

El autor Kafka en el 2010 conceptualizó el desorden hipersexual como un desorden del deseo sexual no parafilico con un componente de impulsividad. El mismo autor define las siguientes formas de presentación clínica:

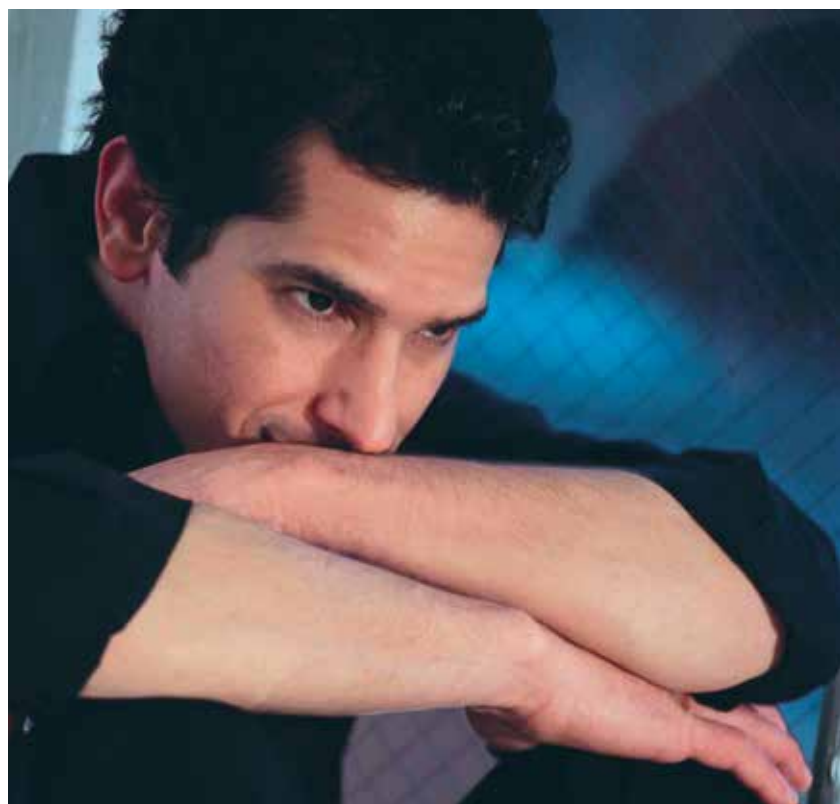
1. Masturbatorio
2. Pornográfico
3. Conducta sexual con adultos que consienten
4. Cibersexo

Los criterios diagnósticos el DSM V son los siguientes:

1. Haber experimentado, durante los últimos seis meses, fantasías sexuales recurrentes e intensas, urgencias sexuales o conductas sexuales asociadas a tres o más de los siguientes criterios:

A. El tiempo consumido por fantasías, urgencias o conductas sexuales interfiere repetidamente con otras metas, actividades u obligaciones no sexuales.

B. Involucrarse repetidamente en fantasías, urgencias o conductas sexuales en respuesta a estados



La hipersexualidad es una conducta humana que se ha descrito desde hace mucho tiempo como un apetito sexual excesivo. Se han considerado a estos desórdenes como conflictivos y maladaptativos, no parafilicos.

Otros términos que se han utilizado son :

- Hiperfilia (Money, 1980)
- Desorden Hipersexual (Krueger & Kaplan, 2001; Stein, Black & Pienaar, 2000; Kafka, MP, 2010)

de disforia afectiva (Ej.: ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad)

C. Involucrarse repetidamente en fantasías, urgencias o conductas sexuales en respuesta a eventos estresantes.

D. Esfuerzos repetitivos por controlar estas fantasías, urgencias o conductas sexuales; pero, no exitosos.

E. Involucrarse en conductas sexuales repetitivas sin tomar en cuenta el riesgo de daño físico o emocional para sí mismo u otras personas.

F. Significativo malestar personal o impedimento social, ocupacional, o de otras áreas importantes del funcionamiento asociadas con la frecuencia de estas fantasías, urgencias y conductas sexuales.

G. Las fantasías, urgencias y conductas sexuales no son causadas por el efecto directo de sustancias exógenas.

Diagnostico diferencial: Adicción al sexo.

La adicción al sexo es el principal diagnóstico diferencial que debemos plantear. En ésta, lo que lleva a la búsqueda de la relación sexual es más el alivio del malestar que la búsqueda de placer sexual. La conducta no es intrínsecamente de índole sexual, sino que con ella se trata de reducir la ansiedad o escapar de un desasosiego interno.

Solo se puede hablar de adicción al sexo cuando:

✓ Hay una pérdida de la libertad de parte del sujeto afectado (recurre a ciertas conductas sexuales a su pesar y sin ser capaz de evitarlas).

✓ Hay ansias y fantasías sexuales recurrentes.

✓ El sexo se convierte en el centro de la vida de una persona.

✓ Ocurre una interferencia grave con su vida cotidiana (malestar emocional y consecuencias negativas).

Etiología

A la hora de entender las bases etiológicas de la hipersexualidad, encontramos diferentes teorías:

I. Neurobiológica

Plantea demencia; daño cerebral orgánico; abuso de sustancias; uso de agentes dopaminérgicos para el Parkinson; cirugías; daño de los centros de saciedad del hipotálamo en el nucleus accumbens.

II. Variación genética

Se basa en la presencia de la variante del Gen DR D4 7R+. 50% de los pacientes encuestados portadores del mismo reportan haber sido infieles en sus relaciones de pareja. Cuando esta variación no existe, solo 22% reportan haber sido infieles.

Hay consenso en que siempre se debe evaluar la posibilidad de una etiología orgánica en los casos de hipersexualidad.

Otras teorías

I. Psicodinámica (Goodman, 1998; Montaldi, 2002): la compulsión sexual incontrolable es un in-



tento por recuperarse de experiencias sexuales negativas durante la niñez. Produce malestar y/o incapacidad para funcionar. No anticipa consecuencias negativas asociadas a dicha conducta.

II. Control Dual (Bancroft, 1999; Bancroft, et al, 2009): un patrón "paradójico" de talante o afecto sexual promovido por la activación del cerebro en respuesta a la ansiedad y la depresión.

II. Impulsividad Sexual (Barth & Kinder, 1987): manifestación de un desorden atípico de control de impulsos.

IV. Espectro de Desorden Obsesivo – Compulsivo (OCD): impulsado por la ausencia de control de impulsos y mecanismos de reducción de ansiedad. (Bradford, 1999; Hollander, 1993; Coleman, 1990; Anthony & Hollander, 1993).

V. Modelo de adicción: el proceso de adicción se define como una tendencia fuerte y desordenada a involucrarse en alguna forma de conducta que produzca placer como medio de aliviar emociones dolorosas y a regular el propio sentido del ser, o ambas. (Goodman, 2001).

VI. Adicciones: comienzan con un trauma temprano en la vida que lleva al individuo a sentir vergüenza y ansiedad. La conducta sexual adictiva se desarrolla como medio de enfrentar estos sentimientos. (Carnes 1992, Carnes & Delmonico, 1996).

Escalas

Se han definido y diseñado diferentes escalas de medición para esta variante de la conducta sexual:

- Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scale (Bancroft, 2002).

- Intensity of Sexual Desire and Symptom Scale (Rosler & Witzum, 1998)

- Compulsive Sexual Behavior Inventory (Coleman, et al., 2007)

- Sexual Compulsivity Scale (Kalichman, et al., 1994; Kalichman & Rompa, 1995, 2001).

- Sexual Addiction Screening Test (Carnes 1989, 1991).

En la adicción al sexo lo que lleva a la búsqueda de la relación sexual es más el alivio del malestar que la búsqueda de placer sexual. La conducta no es intrínsecamente de índole sexual, sino que con ella se trata de reducir la ansiedad o escapar de un desasosiego interno

Hay acuerdo en la comunidad científica sexológica, en que la hipersexualidad se trata de un trastorno sexual no parafilico con un componente de impulsividad y conducta de riesgo vulnerable a un estado de ánimo disfórico y eventos estresantes de la vida

- Hypersexual Disorder Screening Inventory (APA, 2010).

Modelos terapéuticos

El objetivo general es volver a experimentar la intimidad sin sexualidad y liberar los sentimientos negativos sin ahogarlos en sexo. La mayoría de los protocolos terapéuticos comienzan imponiendo un celibato a largo plazo, un lapso temporal en el cual no se permiten las relaciones sexuales.

Se han diseñado diferentes modelos de abordaje de esta conducta sexual, desde la psicoterapia, terapia sexual y la farmacoterapia. Se detallan brevemente a continuación:

- Terapia cognitiva-conductual – Técnicas de auto control, desensibilización encubierta, recondicionamiento, etc.
- Terapia de prevención de recaídas – Enseña al individuo a detectar y evitar el peligro de recaer en la misma conducta y a desarrollar estrategias de alejamiento de la conducta que se quiere controlar.
- Terapia psicodinámica – Manejo del trauma de la niñez y factores contribuyentes, refuerzo de la autoestima y del sentido de identidad.
- Tratamiento de adicción de doce pasos – Grupos de apoyo, tales como Sexual Addict Anonymous y Sexaholic Anonymous, los cuales siguen el modelo de AA.
- Terapia de pareja – Manejo de deficiencias de la intimidad de la pareja; fortalecimiento del sentido de confianza y honestidad; manifestación de emociones; responsabilización por sus actos; respeto de límites en la conducta sexual; desarrollo de expectativas razonables de la relación.
- Recuperación de la degradación de la sexualidad: Teoría y Terapia (Bergner, 2002) – Técnica que promueve la rehabilitación de la degradación y disminución de la sexualidad que provoca una expresión excesiva y mal adaptativa de la sexualidad compulsiva.

En cuanto a la farmacoterapia, los recursos son muy similares a los tratamientos utilizados en parafilias. Antidepresivos del tipo de ISRS o tricíclicos, anticonvulsivos, etc. En régimen de monoterapia o combinados.

Es fundamental el tratamiento de condiciones mórbidas (ansiedad, depresión, etc.).



Todavía no se dispone de tratamientos psicológicos basados en evidencia científica para enfrentar este cuadro clínico y los tratamientos disponibles hasta la fecha, al igual que sus resultados, son muy variados.

Siempre debemos plantear en cuanto a la personalidad de base, si existe un trastorno psicosexual, un trastorno relacionado a un desorden obsesivo-compulsivo, o un trastorno relacionado con control de impulsos o con adicción.

Conclusiones

Hay acuerdo en la comunidad científica sexológica, en que la hipersexualidad se trata de un trastorno sexual no parafilico con un componente de impulsividad y conducta de riesgo vulnerable a un estado de ánimo disfórico y eventos estresantes de la vida. Para muchos pacientes la hipersexualidad no es primariamente una estrategia de búsqueda de placer sino un patrón de conducta sirviendo otras funciones no sexuales. A menudo tiene una función compensatoria que ayuda al paciente a escapar temporalmente de estados afectivos negativos de diversa índole.

La vergüenza y la culpa es el afecto clave o motor perpetuador de la hipersexualidad, tanto como una causa de raíces profundas y, más pronunciado aún, como una consecuencia de preferir este comportamiento sexual por sobre el desarrollo personal y relaciones de pareja o sociales.

Una vez establecido, el patrón de refuerzo gana su propia dinámica, la cual difícilmente puede ser controlada, exponiendo a estos pacientes a un alto riesgo de perder su auto-respeto y sentido de integridad.

Este ciclo se refuerza cuando la mujer se impacta y confunde al descubrir el mundo secreto de su pareja.

La sexualidad es una función básica de la vida. La expresión sexual es variada e individual y, muchas veces, compleja en su expresión.

Desde épocas remotas se ha observado que algunas personas exhiben mayor frecuencia y variedad en su expresión sexual al compararlas con niveles típicos; y la expresión de la sexualidad desde la concepción hasta la muerte está afectada por factores bio-psico-sociales.

No existe un consenso científico en cuanto a una definición específica de hipersexualidad o adicción al sexo. Tampoco existen técnicas de evaluación y tratamiento basadas en evidencia científica que ayuden a manejar estas conductas con uniformidad.

Todos los modelos discutidos han contribuido de alguna forma al mejor manejo de estas conductas. No obstante, no todos los modelos funcionan de la misma manera con distintas personas.

Al presente, los profesionales clínicos que manejamos estas conductas, debemos tratar de utilizar todos nuestros conocimientos diseñando intervenciones individualizadas y funcionales que redundan en el mejor y mayor beneficio de nuestros pacientes.