

Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido?

Sexual addiction: independent entity or comorbid symptom?

Carlos Chiclana Actis. Psiquiatra. MD PhD^{1,2}, María Contreras Chicote¹,
Sofía Carriles Cervera¹, Daniel Rama Víctor¹

Recibido: 15/05/2015

Aceptado: 29/06/2015

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 638 pacientes ambulatorios.

Ochenta pacientes (90 % varones), cumplirían los criterios clínicos de hipersexualidad. El 71,3 % presentaba comorbilidad en el Eje I, principalmente Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (44 %), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (23 %), Trastorno Depresivo (12 %) y Trastornos de Ansiedad (9 %). Veintitrés sujetos presentarían Adicción al sexo como entidad independiente (3,6 % de la muestra general).

Aunque la APA no considere esta realidad como una entidad propia, existe una demanda clínica para atender esta sintomatología. Conviene llevar a cabo estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia, investigar si es un síntoma inespecífico de una patología del Eje I, si existe la Adicción al Sexo como una entidad independiente o si es la expresión psicopatológica de eventos traumáticos en la vida sexual o en el desarrollo del apego.

También se requiere estudiar el impacto económico y social en la salud pública, y desarrollar ensayos clínicos aleatorizados sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

Palabras clave: Adicción al sexo. Trastorno Hipersexual. Comorbilidad. Hipersexualidad.

¹Psicólogos. Consulta Dr. Carlos Chiclana. Madrid. España.

²Psiquiatra. Facultad de Medicina. Universidad CEU San Pablo. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. Carlos Chiclana Actis
Avenida de Filipinas 50 - Escalera Central 7ºC
28003 Madrid
carloschiclana@doctorcarloschiclana.com

Summary

Hypersexual Disorder (HD), commonly known as sexual addiction, was proposed as a new psychiatric diagnosis by the DSM-5 Work Group. HD was ultimately excluded from the DSM-5. The existing studies have also described the existence of a high nonspecific comorbidity of HD with other psychiatric symptoms and personality disorders. We evaluated the presence of hypersexuality in 638 outpatients through the diagnostic criteria proposed by the DSM-5 agenda and comorbidity in Axis I.

Our study help-seeking population presented with up to 71 % of Axis I comorbidity, mainly with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (44 %), Obsessive Compulsive Disorder (23 %), Mood Disorders (12 %) and Anxiety Disorders (9 %). Addressing hypersexual symptoms can subsequently clarify the diagnosis of primarily Axis I pathology.

To adequately address this issue it is first necessary to conduct epidemiological studies aimed to determine the prevalence and to clarify the existence of HD either as an independent entity, or as a secondary condition due to other circumstances or to another comorbid Axis I disorder.

Also economic studies examining the impact of HD on public health are required to determine the extent of the economic and societal burden of this condition. Rigorous RCT on the effectiveness of pharmacological and psychosocial treatments may yield to objective data on the potential of current interventions and its implications for clinical practice.

Key words: Sexual Addiction. Hypersexual Disorder. Comorbidity. Hypersexual Behavior.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Hipersexual (THS), comúnmente conocido como adicción sexual, se propuso en la agenda de trabajo de la DSM-5 como un nuevo diagnóstico psiquiátrico.

Estaría caracterizado por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías relacionadas con el sexo, excitación recurrente, impulsos y actividad sexual no parafilica, asociada a un componente de impulsividad, que provoca un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional mantenido en el tiempo (Kafka, 2010).

El THS no ha sido incluido en la clasificación DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), ni siquiera en la Sección III como una entidad a investigar. Se critica que no existen suficientes investigaciones, que podría dar lugar a la “psiquiatrización” de conductas “normales”, que justificaría con argumentos médicos conductas inmorales o que generaría un mal uso de este diagnóstico como atenuante en los peritajes legales (Kafka, 2014).

No obstante, la prevalencia de comportamientos hipersexuales (Tabla 1) se encuentra entre un 1,4 % y un 19,3 %, aunque estos estudios son

muy variables en método y muestra (Karila et al. 2014) y parece que los que solicitan atención clínica serían solo el 1 % (Kafka, 2014).

Se han utilizado términos diferentes, tales como adicción sexual, compulsividad sexual, preocupación sexual, conducta sexual fuera de control e hipersexualidad para describir este comportamiento que sigue siendo objeto de controversia (Turner, Schöttle, Bradford, y Briken, 2014).

Algunos autores (Chiclana, 2014; Frías y Vázquez, 2012) proponen emplear el término Hipersexualidad Primaria (HP) cuando se produjera esta conducta sin comorbilidad con una patología del Eje I.

Además, de no existir unidad criterios respecto a la denominación de las conductas ni de la entidad diagnóstica, actualmente no existen estudios válidos en España que analicen la prevalencia, la psicopatología ni la relación con la personalidad de estas conductas hipersexuales.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas y sociodemográficas de una muestra de pacientes con conducta hipersexual, con y sin comorbilidad en el Eje I.

Tabla 1
Estudios de prevalencia (%) de conductas hipersexuales

Autor	Año	N	Muestra	Varones	Mujeres
Kinsey <i>et al.</i>	1948	5300	Norteamericana - general	7,6 %*	–
Atwood <i>et al.</i>	1987	1077	Norteamericana - adolescentes	3-5 %*	–
Laumann <i>et al.</i>	1994	1320	Norteamericana - general	7,6 %*	–
Langstrom	2006	1142	Suiza clínica	12,1 %	7 %
Skeeg <i>et al.</i>	2010	940	Nueva Zelanda-general	12,7 %	6,7 %
Winters <i>et al.</i>	2010	13085	Online	1,8 %	0,9 %
Oldlaugh	2013	1837	Dinamarca - estudiante	3 %	1,2 %
Chiclana	2014	565	España - clínica	9 %	1,2 %
Rettenberger <i>et al.</i>	2015	1749	Online	6 %	3,1 %

*Datos generales no solo de varones

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

Tras una entrevista clínica inicial de una hora y media de duración realizada por el mismo psiquiatra en 638 pacientes ambulatorios, se realizó una exploración específica en aquellos que deman-

daron ayuda por presentar una conducta sexual egodistónica por la frecuencia, intensidad, consecuencias o malestar generado.

Para la evaluación de la conducta hipersexual se aplicaron los criterios diagnósticos propuestos en la agenda de trabajo del DSM-5 (Tabla 2) y la

Tabla 2
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"> 1. Consume excesivo tiempo en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales. 2. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a estados de ánimo disfóricos (por ej.: ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad). 3. Repetidamente desarrolla fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a eventos estresantes de la vida. 4. Repetitivos e infructuosos esfuerzos por controlar o reducir significativamente esas fantasías, impulsos y conductas sexuales. 5. Repite el comportamiento sexual sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo o a otros. <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>
--

conducta se describió por parte del clínico, según sus características psicopatológicas, como impulsiva, compulsiva, adictiva o aprendida conductualmente. Se recogieron los datos clínicos, epidemiológicos y sociodemográficos de la historia clínica.

Tras la entrevista clínica, realizada por el mismo profesional en todos los casos, se diagnosticó la patología del Eje I y del Eje II, con los criterios de la CIE-10, y la descripción psicopatológica con los criterios de la Association for Methodology and Documentation in Psychiatry (AMDP).

Análisis Estadístico

Se describió la distribución de las principales variables sociodemográficas y clínicas de la muestra para contrastar las diferencias grupales en cada una de las variables (se empleó la prueba de Chi-cuadrado).

Limitaciones

Este estudio tiene las limitaciones metodológicas propias de un estudio observacional, que no emplea un instrumento validado para el diagnóstico del THS, ni del Eje I ni del Eje II, ni para la descripción de las características psicopatológicas de la conducta.

A la vez, tiene interés de mostrar unos datos reales recogidos en la práctica diaria, con la coherencia del criterio homogéneo de un solo profesional, que nos disponen a la elaboración de hipótesis y al diseño de próximas investigaciones metodológicamente consistentes fundamentadas en realidades clínicas.

RESULTADOS

De los 638 pacientes evaluados, 90 refirieron presentar una excesiva conducta sexual egodistónica. Únicamente 80, 72 hombres (90 %) y 8 mujeres (10 %), cumplieron los criterios de THS. De estos, 23 (28,8 %) cumplirían criterios de Hipersexualidad Primaria (HP), 3,6 % de la muestra general y 57 (71,3 %) presentaban patología del Eje I.

Las patologías del Eje I diagnosticadas fueron Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (44 %), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (23 %), Trastorno Depresivo (12 %),

Trastornos de Ansiedad (9 %), Trastorno Bipolar (7 %) y otros trastornos (5 %).

La edad de inicio de la actividad sexual fue a los 15,2 años y la edad en que los sujetos sentían subjetivamente que habían perdido el control de la actividad sexual fue, cinco años después, a los 20,2 años.

Referían problemas secundarios a la conducta sexual en el área personal (96,3 %), familiar (40 %), laboral (30 %), de pareja (23,8 %), social (18,8 %) y económico (8,8 %).

Dieciséis pacientes (20 %) habían sufrido abusos sexuales en la infancia y 31 (38,8 %) habían tenido experiencias traumáticas previas.

De los 80 pacientes con conductas hipersexuales, 55 (68,8 %) eran solteros, 21 (26,3 %) casados y 3 (3,8 %) separados. La edad media era de 33,40 años y el rango de edad se encontraba entre 17 y 64 años (DT=11,15).

Según el nivel ocupacional de la muestra, 28 (35 %) eran altos ejecutivos o profesionales altamente cualificados, 20 (25 %) eran administradores o propietarios de negocios, 17 (21,3 %) eran estudiantes, 7(8,8 %) eran profesionales menores o artistas, 4 (5 %) eran técnicos o propietarios de comercios medianos y 3 (3,8 %) eran vendedores o propietarios de pequeños negocios.

El tipo de conductas hipersexuales, las consecuencias derivadas de las mismas, la presencia de trauma o abuso, la frecuencia de la actividad sexual, el sueño, la frecuencia de ejercicio físico, la presencia o no de pareja, la práctica religiosa, la recuperación postratamiento y el cumplimiento del mismo fueron muy similares entre los grupos, con o sin patología del Eje I comórbida (Tabla 3).

Únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre los grupos con o sin comorbilidad, en una mayor presencia de Trastorno de la Personalidad, mayor impulsividad y compulsividad en el grupo con patología; y mayor presencia de consumo de pornografía homosexual y conducta de características aprendidas en el grupo sin comorbilidad (Tabla 4).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, encontramos una alta demanda en la muestra clínica general por excesiva

Tabla 3
Distribución de la muestra según el tipo de conducta hipersexual y las consecuencias secundarias, presencia de trauma, abuso sexual y frecuencia de la actividad sexual.

	Sin comorbilidad (n=23)	Con comorbilidad (n=57)
Conductas	n (%)	n (%)
Masturbación	21 (91,3)	55 (96,49)
Pornografía Heterosexual	13 (56,5)	40 (70,17)
Encuentros con personas desconocidas	6 (26,08)	10 (17,54)
Pornografía Homosexual	5 (21,73)	6 (10,52)
Prostitutas	3 (13,04)	5 (8,77)
Líneas eróticas	1 (4,34)	6 (10,52)
Múltiples encuentros con desconocidos	2 (8,69)	8 (14,03)
Cibersexo	3 (13,04)	9 (15,78)
Consecuencias	n (%)	n (%)
Familiares	10 (43,47)	22 (38,59)
Sociales	6 (26,98)	9 (15,78)
Laborales	7 (30,43)	17 (29,82)
Económicas	1 (4,34)	6 (10,52)
Pareja	5 (21,73)	14 (24,56)
Salud	2 (8,69)	2 (3,50)
Legales	0	1 (1,75)
Personales	22 (95,65)	55 (96,49)
Acontecimientos traumáticos	n (%)	n (%)
Abuso sexual	10 (43,47)	21 (36,84)
Otros	4 (17,39)	12 (21,05)
Frecuencia de la actividad sexual	n (%)	n (%)
1-2 veces/semana	10 (43,47)	27 (47,36)
3-4 veces/semana	8 (34,78)	17 (29,82)
5-8 veces/semana	2 (8,69)	8 (14,03)
9-12 veces/semana	2 (8,69)	1 (1,75)
Más de 12 veces/semana	1 (4,34)	2 (3,50)
Sueño	n (%)	n (%)
Conservado	10 (43,48)	39 (68,42)
No conservado	13 (56,52)	18 (31,58 %)
Ejercicio físico	n (%)	n (%)
Sí	12 (52,17)	32 (56,14)
No	11 (47,83)	18 (31,58)
Frecuencia de ejercicio físico	n (%)	n (%)
1-2 veces/semana	7 (30,43)	17 (29,82)
3-4 veces/semana	4 (17,39)	13 (22,81)
5-7 veces/semana	1 (4,35)	2 (3,6)
Pareja	n (%)	n (%)
Sí	7 (30,43)	24 (41,10)
No	16 (69,57)	33 (57,89)
Conoce el problema	5 (2,74)	13 (23,81)
Práctica religiosa	n (%)	n (%)
Sí	19 (82,61)	51 (89,47)
No	4 (17,39)	6 (10,53)
Recuperación postratamiento	n (%)	n (%)
Sí	7 (30,43)	19 (33,33)
No	3 (7,04)	9 (15,79)
Mejoría de los síntomas	11 (47,83)	27 (43,47)
Cumplimiento del tratamiento	n (%)	n (%)
Adecuado	18 (78,26)	43 (75,44)
No adecuado	4 (17,39)	13 (22,84)
Consumo de psicofármacos	n (%)	n (%)
Antidepresivos	8 (34,78)	10 (17,54)
Ansiolíticos	5 (21,74)	12 (21,05)
Estabilizador	1 (4,34)	3 (5,26)
Neuroléptico	4 (17,39)	3 (5,26)
Antipsicótico	1 (1,75)	1 (1,75)

Tabla 4
Diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con o sin comorbilidad en el Eje I

	HP (n=23) n (%)	THS (n=57) n (%)	<i>p de significación</i>
Patología Eje II	2 (8,69)	21 (36,84)	0,012*
Impulsividad	2 (8,69)	30 (52,63)	0,000*
Compulsividad	7 (30,43)	36 (63,15)	0,008*
Aprendizaje	18 (78,26)	29 (50,87)	0,024*
Pornografía homosexual	6 (26,08)	5 (8,77)	0,042a*

* Prueba de X²

conducta sexual egodistónica (14,1 %) y, tras la exploración específica, una alta prevalencia de síntomas de hipersexualidad (12,5 %) en comparación con estudios previos (Tabla 1). Esta diferencia, probablemente, esté relacionada tanto con el aumento de esta sintomatología como con la especialización en la atención clínica de la adicción al sexo en el centro donde se ha realizado el estudio.

Al igual que en estudios previos, (Scanavino *et al.* 2013) observamos una alta comorbilidad de patología del Eje I (71,3 %) asociada a hipersexualidad, en mayor medida con TDAH, TOC y trastornos depresivos. Como se observa en otros estudios (Borgermans *et al.* 2013), puede ser que el motivo de consulta sea la conducta sexual y, tras la exploración psicopatológica, se detecta una patología psiquiátrica. Parece de interés no desdeñar la conducta hipersexual, porque puede ser el síntoma guía que facilite el diagnóstico y atención de patologías propias del Eje I que de otro modo podrían pasar inadvertidas.

Sin embargo, cuando excluimos a los sujetos en los que la hipersexualidad se encontraba en el conjunto de una patología del Eje I, solo el 3,6 % de toda la muestra 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 nuevos abordajes científicos, no ideologizados ni moralizantes (Chiclana, 2014; Frías y Vázquez, 2012).

En nuestro estudio, se percibe que el 87,5 % de nuestra muestra tiene creencias religiosas. Puede

que la moral restrictiva de algunas religiones provoque que el individuo considere su conducta sexual fuera de control al compararla con la “normativa” de la religión que se viva. Esto contrasta notablemente con la ausencia total de creencias y práctica religiosa en otras muestras (Reid, Garos, Carpenter y Coleman, 2011). Sería de interés estudiar si es la moral en sí misma la que facilita esta vivencia, o son los rasgos de personalidad y sus estrategias de afrontamiento los que condicionan el modo en que la persona entiende e incorpora sus creencias.

El 61,3 % de la muestra con sintomatología hipersexual no tenían pareja, por lo que nos hace pensar que la conducta sexual fuera de control pudiera estar relacionada con la búsqueda de afecto, con la carencia de estrategias de regulación emocional o exclusivamente con la búsqueda de placer sexual. Sin embargo, se ha visto que las personas con esta sintomatología presentan un apego ansioso-evitativo y tienen mayor predisposición a buscar una actividad sexual carente de afectividad (Weinstein, Katz, Eberhardt, Cohen y Lejoyeux, 2015). Parece necesario estudiar también si el tipo de apego se relaciona con la conducta sexual fuera de control o si es un trastorno del vínculo el que dificulta que establezca relaciones interpersonales estables.

Al observar las características psicopatológicas de la conducta hipersexual, el grupo con comorbilidad se caracterizaba más por una conducta impulsiva o compulsiva (Tabla 4), en probable relación con las patologías del Eje I más prevalentes. En la definición del THS se caracteriza a la consulta como impulsiva, y algunos estudios

defienden que es un trastorno del control de los impulsos que en estos pacientes puede ser consecuencia del déficit en el sistema de control inhibitorio (Reid, Berlin, y Kingston, 2015), sistema también alterado en pacientes diagnosticados de TDAH, muy presente en nuestra muestra (44 %).

Asimismo, diversos autores proponen que el trastorno hipersexual es una variante del TOC (Kaplan y Krueger, 2010). Las obsesiones y compulsiones de tipo sexual (Pinto, Carvalho y Nobre, 2013) tienen un objetivo claro de reducir la ansiedad con esa conducta. El 23 % de nuestra muestra fueron diagnosticados de esta patología, por lo que explicaría la alta prevalencia de pacientes que presentan sintomatología compulsiva.

Son necesarios estudios que ahonden en la fenomenología y fisiopatología de esta conducta, para individualizar su etiología y considerar también si debería denominarse la comorbilidad de patología del Eje I y adicción sexual como Patología Dual.

Se observa también que el 78,26 % del grupo HP y el 50,87 % del grupo THS no presentaban componentes psicopatológicos claros en la base de dichas conductas y se percibe el desarrollo de un hábito enraizado, que no saben cómo eliminar, sin un componente importante de impulsividad, compulsividad o características adictivas.

La actividad sexual placentera es un buen potenciador para el desarrollo del hábito, por el refuerzo que genera. Desde una perspectiva de aprendizaje, el comportamiento asociado con los pensamientos y la excitación fisiológica es fácilmente desencadenado por estímulos externos y por numerosos estímulos desencadenantes disponibles en el medio ambiente, y no directamente sexuales, que condicionan el aprendizaje (Cano y Contreras, 2014; Chiclana, 2013).

Aunque el modo en el que recogimos esta variable es muy discutible, parece de interés estudiar las características psicopatológicas y fenomenológicas que faciliten el desarrollo de futuros programas preventivos y terapéuticos que se adapten a las necesidades de cada paciente.

En los últimos años, el interés de la investigación por la influencia de los rasgos de personalidad en los problemas sexuales y comportamientos sexuales de riesgo ha aumentado considerablemente (Pinto *et al.*, 2013; Rettenberger, Klein y Briken, 2015). En nuestra muestra, el 8,7 % de

los pacientes del grupo HP y el 36,8 % de los pacientes del grupo THS presentaban patología del Eje II. Es necesario no obviar la influencia de la personalidad en las conductas hipersexuales en futuras investigaciones, para un mejor diseño de los planes terapéuticos.

No existen estudios previos que evalúen si la expresión psicopatológica de eventos traumáticos en la vida sexual y/o en otros ámbitos tiene relación con los comportamientos hipersexuales. En nuestra muestra se han encontrado subgrupos de pacientes con hipersexualidad que habían sufrido abuso sexual (43,47 % en el grupo HP y 36,84 % en el grupo THS) y eventos traumáticos (17,39 % en el grupo HP y 21,05 % en el grupo THS).

El tiempo medio de tratamiento de los 80 pacientes fue de una duración de 2 años. El grupo de THS tardó de media más de 1 año y 8 meses, el grupo de HP tardó de media 1 año y 4 meses. Esta diferencia en el tiempo de tratamiento entre ambos grupos puede estar relacionada con la complejidad de la comorbilidad patológica del grupo THS con sintomatología en el Eje I, que nos cuestiona el abordaje como una Patología Dual.

Aunque la APA no considere el THS como una entidad propia, sí parece oportuno dedicarle atención clínica, porque existe una demanda específica y suficiente, porque detectarla puede ser la guía para el diagnóstico y tratamiento de patologías del Eje I enmascaradas, y porque las consecuencias y malestar referidos por aquellos que la padecen son abundantes.

Se necesitan estudios científicos e investigaciones sobre la conceptualización, epidemiología, psicopatología, fenomenología, fisiopatología, evaluación, tratamiento y prevención de la conducta hipersexual (Turner *et al.*, 2014).

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington DC. American Psychiatric Pub.
2. **Borgermans, L., Vrijhoef, B., Vandevoorde, J., De Maeseneer, J., Vansintejan, J., & Devroey, D.** (2013). Relevance of hypersexual disorder to family medicine and primary care as a complex multidimensional chronic disease construct. *International journal of family medicine*, 2013.

3. **Chiclana C.** Hipersexualidad, trastorno hipersexual y comorbilidad en el Eje I. Comunicación presentada en: 14 Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2013.
4. **Chiclana, C.** (2013). Atrapados en el sexo. Córdoba: Almuzara. ISBN: 9788415828075.
5. **Chiclana, C.** (2014). Hipersexualidad primaria. Comunicación presentada en: 15 Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014.
6. **Cano A., Contreras M.** (2014). Neuropsicología de la sexualidad. Pamplona: Eunsa.
7. **Frías Ibáñez, A. Vázquez Costa, M.** (2012). Primary hypersexuality: Nosological status, pathogenesis, and treatment. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental* 3: 205-207.
8. **Kafka, M.P.** (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2): 377-400.
9. **Kafka, M.P.** (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behaviour* 43(7): 1259-61.
10. **Kaplan, M.S. Krueger RB.** Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res* 2010 Mar; 47(2): 181-98.
11. **Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., & Billieux, J.** (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature. *Current pharmaceutical design*, 20(25): 4012-4020.
12. **Pinto, J., Carvalho, J., & Nobre, P.J.** (2013). The relationship between the FFM personality traits, state psychopathology, and sexual compulsivity in a sample of male college students. *The journal of sexual medicine*, 10(7): 1773-1782.
13. **Reid, R.C. Berlin, H.A. Kingston, D.A.** (2015) Sexual Impulsivity in Hypersexual Men. *Curr Behav Neurosci Rep* 2: 1-8.
14. **Reid, R.C., Carpenter B.N., Hook J.N., Garos S, Manning J.C., Gilliland R, et al.** Report of Findings in a DSM-5 Field Trial for Hypersexual Disorder. *J Sex Med* 2012 Oct 4.
15. **Reid R.C. Garos S, Carpenter BN, Coleman EA.** surprising finding related to executive control in a patient sample of hypersexual men. *J Sex Med* 2011 Aug; 8(8): 2227-36.
16. **Rettenberger, M., Klein, V., & Briken, P.** (2015). The Relationship Between Hypersexual Behavior, Sexual Excitation, Sexual Inhibition, and Personality Traits. *Archives of sexual behavior*, 1-15.
17. **Scanavino, M., Ventuneac, A., Abdo, C.H.N., Tavares, H., do Amaral, M.L.S.A., Messina, B., & Parsons, J.T.** (2013). Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry research*, 209(3), 518-524.
18. **Turner, D., Schöttle, D., Bradford, J., & Briken, P.** (2014). Assessment methods and management of hypersexuality and paraphilic disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 413-422.
19. **Weinstein, A., Katz, L., Eberhardt, H., Cohen, K., & Lejoyeux, M.** (2015). Sexual compulsion—Relationship with sex, attachment and sexual orientation. *Journal of behavioral addictions*, 4(1), 22-26.