

Compulsividad sexual

Convergencia y prevalencia entre medidas

JESÚS CASTRO CALVO

Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. UniversitatJaume I
castroj@uji.es

RAFAEL BALLESTER ARNAL

Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I
rballest@uji.es

MARIA DOLORES GIL LLARIO

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de Valencia. Estudi general
Dolores. Gil@uv.es

Resumen

La compulsividad sexual, entendida como la preocupación intensa y repetitiva por fantasías sexuales, impulsos y conductas que llevan a experimentar consecuencias adversas y malestar, es una patología a la que cada vez se está prestando más atención pero sobre la cual todavía quedan muchos interrogantes. Por ejemplo, cuestiones como su evaluación o la estimación de su prevalencia todavía no han sido solventadas. Es por ello por lo que planteamos este trabajo con el objetivo de estimar su prevalencia y el grado de relación y convergencia diagnóstica entre tres instrumentos de medida. Para ello se tomó a una muestra de 600 jóvenes a los que se les administró tres cuestionarios de compulsividad sexual (adaptación española de la Escala de Compulsividad Sexual, del Inventario de Hipersexualidad y del Cuestionario de Adicción al Sexo). Si bien las correlaciones entre los instrumentos son en todos los casos altas y significativas, la estimación de la prevalencia y la congruencia entre diagnósticos es baja. Se evidencia la necesidad de fundamentar los diagnósticos sobre criterios clínicos y no sobre el punto de corte de un determinado cuestionario, ya que éste varía de un instrumento a otro y de una población a otra.

Palabras clave: Compulsividad sexual, Evaluación, Prevalencia, Convergencia diagnóstica.

Abstract

Sexual compulsivity is defined as the intense and repetitive concern about sexual fantasies, urges and behaviors that lead to experience adverse effects and discomfort. It is increasingly investigated pathology, but much remains unknown. For example, issues such as their assessment or the estimation of its prevalence have not yet been resolved. For that reason, the aims of this paper are to estimate its prevalence and the degree of correlation and convergence between diagnostic tools. To achieve this aims, we took a sample of 600 young people who answered three questionnaires of sexual compulsivity (Spanish adaptation of the Sexual Compulsivity Scale, Hipersexual Inventory and the Sexual Addiction Screening Test). The correlations between the instruments are high and significant in all cases, but the estimate of the prevalence and consistency between diagnoses is low. It is necessary substantiate the diagnosis of sexual compulsivity with objectives criteria and not with cutoff scores to achieve better results.

Keywords: Sexual compulsivity, Assessment, Prevalence, Diagnostic convergence.

Introducción

La función del sexo va mucho más allá de la mera reproducción, permitiéndonos comunicarnos con nuestra pareja, expresar nuestro afecto o bien lograr el placer. Cuando se vive de forma placentera, el sexo es una de las experiencias más positivas para el desarrollo y calidad de vida de una persona. Sin embargo, existe una situación en la que el sexo trasciende la función reproductiva, comunicativa o hedónica, convirtiéndose en una necesidad que acaba dominando al individuo. Es lo que de ahora en adelante denominaremos compulsividad sexual (CS).

Si bien el estudio científico de la CS es relativamente reciente, tanto la mitología como la literatura ofrecen ejemplos de personajes que responden a esta descripción: relatos del dios Dioniso y las ménades en bacanales que se alargaban durante meses; obras literarias del Marqués de Sade donde se narran infinidad de prácticas sexuales normofílicas y parafílicas; «La Hiena de la Puszta», obra de Leopold Von Sacher Masoch, donde la protagonista refiere una frecuencia sexual de 6 orgasmos diarios; o el personaje literario de Don Juan, presente en obras de Tirso de Molina o Mozart (Finlayson, Sealy, & Martin, 2001). Estos ejemplos pueden resultar anecdóticos, pero ilustran la existencia, cuanto menos en el imaginario popular de distintas sociedades y épocas, de personas cuya conducta sexual excede lo que se considera la normalidad y que pueden llegar incluso a cometer delitos contra la libertad sexual.

En la actualidad, no hay una postura unánime sobre cómo entender y describir la compulsividad sexual, ni tan siquiera en el término a utilizar para designarla (McBride, Reece, & Dodge, 2011). Muchos incluso se oponen a la existencia de un trastorno que se ajuste a esta descripción clínica (Moser, 2013). Entre los que sí están a favor, existen tres posturas o formas distintas de entender esta patología: dos de ellas responden a una concepción categorial de la CS mientras que la tercera corresponde a una postura dimensional.

Entre los que defienden la visión de la compulsividad sexual como una categoría (es decir, como una patología que se padece o no), los hay que la consideran equivalente a cualquier otra adicción a una sustancia tóxica, por lo que prefieren utilizar el término de adicción

al sexo (Carnes, 1989; Goodman, 1992). Otros la consideran más bien un trastorno sexual, y prefieren utilizar el término de hipersexualidad (Kafka, 2010).

Por otro lado, existe un importante grupo de autores que conciben la compulsividad sexual como una dimensión en la que el extremo correspondería efectivamente con un diagnóstico de CS, pero donde distintos grados en esta variable influirían en aspectos de la conducta sexual como la frecuencia, edad de inicio o incluso la realización de conductas sexuales de riesgo (Kalichman y Cain, 2004; Walters, Knight, & Langström, 2011).

En todo caso, las necesidades diagnósticas y la evidencia empírica están logrando que se imponga la visión categorial de la CS, que es la que realmente más puede aportar al reconocimiento de esta patología y a su diagnóstico. Buena prueba de ello ha sido la elaboración por parte de Kafka (2010) de unos criterios diagnósticos de la CS para su inclusión en el nuevo manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. Este autor, bajo la denominación de trastorno por hipersexualidad, proponía el diagnóstico de una patología que se caracteriza por una preocupación intensa y repetitiva por fantasías sexuales, impulsos y conductas que llevan a la persona a experimentar consecuencias adversas y un malestar clínicamente significativo en áreas como el trabajo, el entorno social u otros aspectos de la vida de la persona. A pesar de estar sobradamente sustentado sobre importantes evidencias empíricas, el grupo de expertos para la revisión de los trastornos sexuales decidió en el último momento no incluirlo en el DSM-V (Kafka, 2013).

Un aspecto en el que la investigación en CS se ha encontrado con importantes barreras ha sido a la hora de determinar su prevalencia. Por un lado, muy pocos pacientes con este cuadro clínico acuden a consulta, o bien por la vergüenza que supone exponer esta situación o porque no lo valoran como problemático. Por otro lado, al no existir ni consenso ni criterios objetivos para su diagnóstico, los estudios epidemiológicos han tomado criterios muy variados para su diagnóstico, complicando la comparación y contraste entre estudios. Aun así, tradicionalmente se ha estimado una prevalencia de entre el 3 y el 6 % de pacientes con CS en población general (Carnes, 1989; Greenfield, 1999), si bien estas cifras resultan controvertidas: en el caso de Carnes, porque se publica en uno de sus libros sin especificar el tipo de investigación realizada para obtenerla; en el caso de Greenfield, porque la prevalencia de CS se ha generalizado a partir de datos sobre adicción al cibersexo.

Lo que sí sabemos con seguridad es que muchos hombres y mujeres experimentan a lo largo de su vida periodos donde tienen dificultades para controlar sus impulsos sexuales. En Suecia, Langström y Hanson (2006) encontraron que el 12,5 % de los hombres y el 7 % de las mujeres habían tenido alguna vez problemas para controlar sus impulsos sexuales (lo cual no significa que sean susceptibles de recibir un diagnóstico de CS). Skegg y colaboradores (Skegg, Nada-Raja, Dickson, & Paul, 2010) obtuvieron un porcentaje similar, pero a tan sólo un 0,8 % de los hombres y un 0,6 % de las mujeres les supuso malestar clínicamente significativo.

A la hora de la evaluación y diagnóstico de la CS, podemos recurrir a distintos tipos de medidas. En una reciente revisión de los principales instrumentos para el diagnóstico de la CS, Womack, Hook, Ramos, Davis y Penberthy (2013) recomiendan el uso de entrevistas estructuradas específicas para su diagnóstico. El inconveniente es que su aplicación supone una gran inversión de tiempo por cada paciente, por lo que su utilización por ejemplo en estudios epidemiológicos es prácticamente imposible. En estos casos se puede recurrir a instrumentos de screening, que estos mismos autores clasifican según si se centran en los síntomas de la CS o en las consecuencias. En caso de recurrir a uno de estos instrumentos de *screening*, se debe ser consciente de que no se puede formular un diagnóstico únicamente a partir de sus resultados.

En España, la CS es una línea de investigación apenas tratada. Tras revisar las bases de datos, encontramos únicamente un editorial publicado por Echeburúa (Echeburúa, 2012) donde revisa los principales aspectos de esta patología, pero donde no aporta datos de ninguna investigación original realizada al respecto. Siendo éste el estado de la cuestión, planteamos este trabajo con el objetivo de estimar la prevalencia de CS en población joven española y el grado de relación y convergencia diagnóstica entre tres instrumentos de *screening* de esta patología.

Método

Participantes

En este estudio han participado un total de 600 estudiantes de la universidad Jaume I de Castellón de la Plana con edades comprendidas entre los 18 y los 26 años ($X=20,34$; $D.T.=2,04$). Con respecto a la distribución de la muestra por sexo, era totalmente equivalente (50 % chicas, 50 % chicos). En cuanto a la orientación sexual, un 93 % se declaraba heterosexual, el 3.4 % bisexual y el 3.6 % restante homosexual. Los porcentajes de participantes con y sin pareja estable fueron muy similares (49,8 % y 50,2 % respectivamente).

Instrumentos

A todos los participantes se les aplicaron tres instrumentos de *screening* de la compulsividad sexual:

1. Adaptación española de la Escala de Compulsividad Sexual (SCS, Ballester, Gómez, Gil y Salmerón, 2013): instrumento compuesto por 10 ítems con formato de respuesta tipo likert (1=Nada característico de mí/ 4=Muy característico de mí), con una puntuación total que oscila entre 10 y 40 puntos.
Estudios psicométricos avalan una solución factorial en dos factores, si bien normalmente se toma la puntuación global como indicador general. La fiabilidad de la puntuación global es de 0.837 en muestra universitaria. Para determinar casos posiblemente clínicos hemos utilizado el criterio seguido por Cooper, Delmonico y Burg (2000): puntuar una desviación típica por encima de la media de la población donde se aplique (diferenciando entre la media de hombres y mujeres).
2. Traducción de la versión original del Inventario de Hipersexualidad (IH, Reid, Garos y Carpenter, 2011): instrumento de 19 ítems con formato de respuesta tipo Likert (1=Nunca / 5=Muchas veces). La puntuación mínima es 19 y la máxima 95.
La estructura factorial del cuestionario replica las tres dimensiones básicas de la hipersexualidad (Control, Afrontamiento y Consecuencias). La fiabilidad para cada escala así como para la puntuación global oscila entre 0,89 y 0,95. El punto de corte establecido por los autores a partir de muestra clínica es una puntuación igual o superior a 53 (tanto en chicas como en chicos).
3. Traducción de la versión original del Cuestionario de Adicción al Sexo (SAST, Carnes, 1989): Cuestionario de 25 ítems con formato de respuesta dicotómico (Sí / No) con una puntuación mínima de 0 y máxima de 25.
Si bien no se han publicado estudios acerca de las propiedades psicométricas de este instrumento, el autor informa de una fiabilidad de entre 0,77 y 0,90 dependiendo del

tipo de muestra sobre la que se aplique. El criterio para identificar un caso como posiblemente clínico es puntuar por encima o igual a 11.

Procedimiento

La investigación que presentamos corresponde a algunos de los resultados preliminares obtenidos durante la primera fase de una investigación más amplia sobre control de los impulsos sexuales. Esta investigación, financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación, se desarrolla en tres fases. Actualmente estamos finalizando la segunda fase del proyecto.

En la primera fase, se evaluó a un amplio grupo de jóvenes mediante los tres instrumentos de *screening* de la compulsividad sexual antes mencionados. Durante varios días, el personal de la Unidad de Investigación en Sexualidad y Sida (Unisexsida) montó mesas informativas sobre compulsividad sexual en el *hall* de las distintas facultades de la Universitat Jaume I. Los estudiantes que se interesaban, recibían información y se les ofrecía la posibilidad de colaborar altruistamente con nuestra investigación completando una batería de cuestionarios. Esta batería se administraba de forma completamente anónima y en formato de lápiz y papel. Un administrador experto se aseguraba de solucionar cualquier duda que pudiera surgir.

Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS Versión 22.0. Se utilizaron análisis de correlaciones bivariadas tipo Pearson para evaluar el grado de relación entre las puntuaciones en las distintas escalas. También se utilizaron estadísticos descriptivos y tablas de contingencia a la hora de la estimación de la prevalencia de compulsividad sexual y de la convergencia entre diagnósticos.

Resultados

Relación entre medidas

En primer lugar, se analizó la relación entre las puntuaciones en cada una de las escalas mediante correlaciones bivariadas tipo Pearson. Se obtuvieron en los tres casos correlaciones positivas, altas y significativas: la más alta se daba entre el SCS y el IH ($r=0,732^{***}$), seguida de la correlación entre el IH y el SAST ($r=0,629^{***}$) y finalmente entre el SCS y el SAST ($r=0,529^{***}$).

Prevalencia de cs

En la tabla 1 se presentan los porcentajes de casos de cs posiblemente clínicos obtenidos a partir de los puntos de corte para chicos y chicas en cada escala.

Tabla 1
Porcentaje de posibles casos clínicos según cada cuestionario

	CHICOS	CHICAS
SCS	14,5 %	13,6 %
IH	9,2 %	3,4 %
SAST	2,4 %	4,4 %

En chicos, el SCS aporta un porcentaje de prevalencia de posibles casos clínicos muy alto (14,5 %) y superior al obtenido mediante el IH y sobre todo mediante el SAST. Este último cuestionario tendría el criterio clínico más estricto, obteniendo una prevalencia del 2,4 % de CS.

En chicas, de nuevo el SCS sería el que tendría un criterio clínico más laxo, estimando como posiblemente clínicos el 13,6 % de los casos evaluados. A diferencia de lo que sucede en el SCS o el SAST, donde la prevalencia estimada en chicos y chicas es bastante similar, en el IH la prevalencia estimada para chicas (3,4 %) es muy inferior a la estimada para chicos (9,2 %).

Convergencia entre medidas de *screening*

Otra cuestión que deseábamos explorar era el grado de convergencia entre los distintos instrumentos de *screening* identificando casos posiblemente clínicos. En la tabla 2 se expone el porcentaje de casos que han sido señalados como clínicos en uno de los cuestionarios y que también lo han sido por otro de ellos o por los tres.

Tabla 2
Porcentaje de convergencia entre medidas

	CHICOS	CHICAS
Convergencia SCS-IH	46,3 %	13,5 %
Convergencia IH-SAST	26,9 %	40 %
Convergencia SCS-SAST	19,5 %	10,3 %
Convergencia SCS-IH-SAST	13,2 %	7,31 %

Tanto en chicas como en chicos el porcentaje de convergencia entre medidas es muy bajo, sobre todo si atendemos al bajo número de casos en el que los tres instrumentos coinciden.

En chicos, tan sólo un 46,3 % de los casos clínicos según el SCS también lo eran según el IH, y este porcentaje baja hasta el 26,9 % cuando contrastamos el IH y el SAST y hasta el 19,5 % entre el SCS y el SAST. Finalmente, tan sólo han coincidido en señalar como posible-

mente clínicos los tres instrumentos al 13,2 % de los casos posiblemente clínicos según alguno de ellos.

En chicas, el porcentaje de convergencia entre diagnósticos es si cabe menor. El mayor grado de acuerdo (40 %) se da entre el IH y el SAST, mientras que baja hasta el 13,5 % cuando se comparan SCS e IH y hasta el 10,3 % entre SCS y SAST. Tan sólo coincidirían los tres instrumentos en el 7,31 % de los casos.

Conclusiones

Este trabajo se ha planteado con el objetivo de establecer una primera estimación de la prevalencia de CS en población joven, cuestión que a nivel internacional suscita todavía mucho debate y que en nuestro país, no tenemos constancia de que se haya investigado. Además, hemos acompañado esta estimación de la prevalencia con un análisis crítico de la relación y convergencia diagnóstica entre los principales instrumentos de *screening* de la CS utilizados tanto en investigación como en la práctica clínica, obteniendo resultados que nos pueden ayudar a replantearnos la forma en la que utilizamos estas herramientas.

Al analizar la relación entre medidas mediante correlaciones, hemos podido comprobar cómo entre los tres instrumentos analizados existe una íntima relación, una relación que por su nivel y significación probablemente venga a señalar que en los tres casos se está midiendo el mismo constructo psicológico, la CS.

Según Womack y colaboradores (2013), tanto el SCS como el IH y el SAST serían instrumentos de *screening* centrados en los síntomas de la compulsividad, por lo que resulta coherente esperar una alta relación entre sus puntuaciones. Sin embargo, cada uno de ellos ha sido elaborado desde posturas teóricas bien diferenciadas: el SCS responde a una evaluación dimensional de la compulsividad sexual, mientras que el IH y el SAST han sido elaborados a partir de una concepción más bien categorial. Parece pues que el continuo debate acerca de la entidad nosológica y la etiología del trastorno que tanta literatura científica ha suscitado (McBride y cols., 2011) importa más a nivel teórico que a nivel práctico, donde nuestros resultados demuestran que las tres medidas vienen a evaluar el mismo constructo.

Otra cuestión bien distinta son los criterios que cada uno de estos cuestionarios utiliza para establecer qué casos resultan probablemente problemáticos y cuáles no. En este sentido, sí que encontramos importantes diferencias entre escalas que se traducen en estimaciones de prevalencia muy dispares y en una muy baja convergencia diagnóstica.

Con respecto a la estimación de la prevalencia, hemos constatado que por ejemplo el SCS tendría un criterio clínico extremadamente laxo, señalando como posiblemente patológicos al 14,5 % de chicos y al 13,6 % de chicas de la muestra. En el polo opuesto se encuentra el SAST, cuyo criterio sería el más restrictivo. El problema de este último cuestionario es que el autor no informa del criterio que ha seguido a la hora de estimar las puntuaciones de corte (Carnes, 1989), por lo que tampoco podemos considerarlo un indicador fiable. El cuestionario cuyo criterio clínico puede resultar más fiable es el IH, ya que los puntos de corte se elaboraron a partir de una muestra de 200 pacientes tratados por problemas de hipersexualidad (Reid y colaboradores, 2011). Según este cuestionario, la prevalencia de casos probablemente patológicos entre los jóvenes evaluados sería del 9,2 % entre los chicos y del 3,4 % entre las chicas, porcentaje que supera ampliamente al observado en los estudios clásicamente citados de prevalencia (Carnes, 1989; Greenfield, 1999) pero que se sitúa bastante cerca del obtenido en investigaciones más rigurosas (Langström y Hanson, 2006; Skegg y cols., 2010).

Lo que resulta más preocupante de la investigación realizada es la baja convergencia diagnóstica entre instrumentos, que estaría muy ligada al problema que ya hemos citado acer-

ca de los criterios para establecer casos posiblemente clínicos. En este sentido, hemos comprobado que en un porcentaje muy bajo de los casos los cuestionarios coincidirían a la hora de señalar posibles casos clínicos, tanto en chicos como en chicas. Destaca sobre todo que en tan sólo el 13,2 % y el 7,31 % de los casos en chicos y chicas respectivamente coincidirían los tres cuestionarios a la hora de señalar como posiblemente clínico al mismo sujeto. Este hecho, aparte de las evidentes implicaciones diagnósticas que supone, resta fiabilidad a las estimaciones que podemos realizar acerca de la prevalencia de CS.

Sin duda, reconocemos ciertas limitaciones metodológicas a este estudio que se deben subsanar en futuras investigaciones. Una de las más importantes está relacionada con la muestra estudiada. En este sentido, si lo que queremos es asegurar la generalizabilidad de los resultados deberíamos ampliar la muestra tanto en número de participantes como en naturaleza (no evaluar solamente a estudiantes universitarios). A pesar de que no tenemos constancia de que existan diferencias significativas en el comportamiento sexual de población joven universitaria y no universitaria, saber que estos resultados se pueden generalizar al conjunto de la población joven nos permitiría dirigir de forma más certera nuestras acciones de prevención o incluso de intervención sobre los colectivos más vulnerables.

A pesar de las limitaciones, este trabajo aporta evidencias que nos permiten conocer cuál es el estado de la cuestión de la CS en nuestro propio contexto y además en una parcela de población importante, los jóvenes. Partiendo de los resultados obtenidos en este trabajo, será necesario seguir investigando en cuestiones tales como los criterios clínicos que deberíamos utilizar para asegurar la fiabilidad y sobre todo la validez diagnóstica de nuestros resultados.

Referencias

- Ballester, R., Gómez, S., Gil, M. D. y Salmerón, P. (2013). Sexual Compulsivity Scale: Adaptation and Validation in the Spanish Population. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39 (6), 526-540.
- Carnes, P. (1989). *Contrary to love: Helping the sexual addict*. Minneapolis, M. N: CompCare
- Cooper, A., Delmonico, D. y Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers and compulsives: New findings and implications. En A. Cooper (Ed): *Cybersex: The dark side of the force* (pp.5-29). Philadelphia: Brunner-Routledge
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24 (4), 281-286.
- Finlayson, A. J., Sealy, J., y Martin, P. R. (2001). The differential diagnosis of problematic hypersexuality. *Sexual Addiction y Compulsivity*, 8, 241-251.1
- Goodman, A. (1992). Sexual addiction: designation and treatment. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 18, 303-314.
- Greenfield, D. (1999). Psychological characteristics of compulsive Internet use: a preliminary analysis. *CyberPsychology and Behavior*, 2, 403-412.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual Disorder: A proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400.
- Kafka, M. P. (2013). The Development and Evolution of the Criteria for a Newly Proposed Diagnosis for DSM-5: Hypersexual Disorder. *Sexual Addiction y Compulsivity*, 20, 19-26.
- Kalichman, S. C., y Cain, D. (2004). The relationship between indicator of sexual compulsivity and high-risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. *Journal of Sex Research*, 41, 235-241
- Langstrom, N., y Hanson, R. K. (2006). High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and predictor. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (1), 37-52.

- McBride, K., Reece, M., y Dodge, B. (2011). Sexual Behavior as an addictive or compulsive phenomenon. En B. Johnson (ed.), *Addiction Medicine* (págs. 661-676). New York: Springer.
- Moser, C. (2013). Hypersexual Disorder: Searching for Clarity. *Sexual Addiction y Compulsivity*, 20, 48-58.
- Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, y Paul C. (2010). Perceived "out of control" sexual behavior in a cohort of young adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 968-978.
- Walters, G. D., Knight, R. A., yLangström, N. (2011). Is hypersexuality dimensional? Evidence for the DSM-5 from general population and clinical samples. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 1309-1321.
- Womack, S. D., Hook, J. N., Ramos, M., Davis, D. E. y Penberthy, J. K. (2013). Measuring Hypersexual