

# **SEXUALIDAD EN EL TRASTORNO BIPOLAR**

Ana González-Pinto, Ana Aldama, Sonsoles Enjuto, Rubén Gonzalez Oliveros

Hospital Santiago Apostol. Servicio de Psiquiatría

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria

## ***INTRODUCCION***

La sexualidad es un concepto que va más allá de la mera función reproductora. En nuestra cultura ha adquirido importancia por sí misma, asociándose con las relaciones interpersonales, la autoestima, la propia identidad y desarrollo personal. Sin embargo, también se asocia con conductas de riesgo para la salud, lo que ha supuesto una gran preocupación social, en especial desde la aparición de enfermedades de transmisión sexual como el VIH y algunos tipos de hepatitis.

Es difícil determinar que es la normalidad dentro de la conducta sexual, sin embargo, podríamos decir que una sexualidad “anormal” es aquella en la que la conducta sexual es destructiva para uno mismo o para los demás, que va asociada a sentimientos de culpa y ansiedad intensos o es de naturaleza compulsiva (Kaplan, 1996).

El trastorno bipolar se caracteriza por la presentación de fases, de distinto polo (manía, hipomanía, depresión y trastornos mixtos), en los que las alteraciones del deseo y de la actividad sexual pueden estar presentes. Estas alteraciones son de una entidad suficiente como para ser incluídas dentro de los criterios diagnósticos (“indiscreciones sexuales” en el DSM IV para los episodios maníacos” y disminución del interés sexual “ en los episodios depresivos). Además, muchos de los tratamientos que se utilizan tanto durante las fases maníacas o depresivas, como los antipsicóticos típicos o atípicos, así como los

llamados estabilizadores del humor o eutimizantes (especialmente litio y antiepilépticos), pueden producir alteraciones en el deseo la actividad o la satisfacción sexual del paciente, lo que sin duda podrá tener implicaciones en el cumplimiento terapéutico y en la calidad de vida del sujeto.

Todo esto no ha sido suficiente para que la sexualidad haya focalizado la atención de la investigación en la patología afectiva bipolar. Si existen más estudios centrados en las alteraciones sexuales secundarias a los psicofármacos que utilizamos para tratar este trastorno. Sin embargo, a pesar de que los cambios en la sexualidad durante la depresión y la manía fueron descritos ya hace siglos (Areteo de Capodacia, 150 a.d.C), existen muy pocos estudios que se centren en profundidad en esta cuestión, a pesar de que puede acarrear serios problemas en la vida familiar y personal del paciente. La fase maníaca ha sido probablemente la menos estudiada en este sentido. Por ello, el objetivo de este capítulo es profundizar en el conocimiento de la conducta sexual de los pacientes bipolares, centrándonos en el estudio de la hipersexualidad durante los episodios de manía aguda, aunque analizaremos también la repercusión que esto tiene sobre la vida del paciente bipolar. Evitaremos el análisis de los efectos de los psicofármacos sobre la actividad sexual ya que serán analizados en otro capítulo.

## ***LA CONDUCTA SEXUAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR***

Ya hemos comentado que las alteraciones de la conducta sexual son una de las manifestaciones psicopatológicas de los trastornos bipolares. Clásicamente los episodios depresivos se asocian con una disminución del interés sexual mientras que los episodios de manía se caracterizan por la desinhibición sexual. Así, tal y como se recoge por Goodwin y Jamison (1990) en diferentes estudios ( tabla 1) la hipersexualidad se presenta en más de la mitad de pacientes maníacos ( media de 57%, tomada de 7 estudios, con un rango de valores de un 25 a un 80%). Sin embargo este incremento debe matizarse, ya que incluye diferentes aspectos de la conducta sexual.

Así Winokur y colegas (1969) encontraron una sexualidad incrementada en el 65% de episodios maníacos, pero el 32 % fue dentro del tipo socialmente aceptado, esto es, dentro del matrimonio o dentro de una relación de larga duración. En un 10% la sexualidad incrementada fue sólo en forma de pensamiento y un 11 % fue en conductas sociales desaprobadas. En este último grupo los pacientes fueron promiscuos homosexual, heterosexualmente o ambos pero en todos los casos la hipersexualidad estaba asociada al episodio agudo.

De igual manera al estudio de Allison,(1960) las mujeres (18%) tenían más probabilidades de tener un número incrementado de contactos sexuales (no coitales) que los hombres (3%); sin embargo ambos tenían la misma probabilidad de incrementar la frecuencia de sus relaciones sexuales (35 y 30% respectivamente). Este estudio realizado en los años 60 con una muestra de 24 pacientes consideró que las mujeres eran más provocativas sexualmente y seductoras que los hombres (58% y 0% respectivamente). Sin embargo, algunos aspectos culturales de la época, y probablemente, otros factores podrían explicar al menos parcialmente la abrumadora diferencia entre las conductas seductoras en uno y otro sexo.

También Akiskal y colaboradores (1977) señalaban que un 40% de sus pacientes ciclotímicos tuvieron “episódicos o inexplicables episodios de promiscuidad o experiencias extramatrimoniales”. Parece claro que las cifras son bastante similares en unos y otros estudios, lo que parece apuntar a que los tratamientos, a pesar de su eficacia para tratar la enfermedad, no consiguen eliminar este síntoma que aparece en estas muestras de pacientes habitualmente tratados con psicofármacos.

Otro aspecto que resulta interesante hace referencia al comportamiento sexual a lo largo de la vida. En este sentido, Spalt (1975) estudió el comportamiento sexual en 42 pacientes con depresión unipolar, 19 con enfermedad bipolar, 56 con un trastorno afectivo secundario y 38 con enfermedad no afectiva. Las experiencias extramatrimoniales fueron más frecuentes entre los pacientes bipolares (29 % tuvieron mas de 10 experiencias) que entre pacientes unipolares (12 %). Los pacientes bipolares (21 %) también tenían más

probabilidad que los unipolares de tener más de 10 parejas sexuales durante su vida. Esto refleja las diferencias conductuales entre los dos grupos incluyendo la hipersexualidad y las diferencias en el impulso sexual durante periodos de eutimia.

Con respecto al estudio de las diferentes fases en las que se produce una exaltación del estado de ánimo, Jamison (1980) estudió los cambios atribuidos a la enfermedad afectiva en 35 pacientes bipolares y 26 pacientes unipolares. El 41 % de las mujeres y el 20% de los hombres señalaban que la intensidad sexual estaba mucho más incrementada en la hipomanía que durante la manía. También esta autora encuentra que los pacientes bipolares sentían que la intensidad sexual era una característica duradera atribuible a su trastorno del humor, de forma más frecuente que los pacientes unipolares.

Pero no todos los estudios, ni todos los tipos de trastorno bipolar tienen el mismo comportamiento sexual. El trastorno maníaco-depresivo también puede ser asociado con un descenso del impulso sexual. Winokur y cols. (1969) señalaron que el 63 por ciento de los pacientes con psicosis maníaco-depresiva mixta informaban de una disminución del interés sexual. Además, aproximadamente  $\frac{3}{4}$  de los pacientes con depresiones bipolares experimentaban una pérdida de interés sexual, el 73% en la muestra de Winokur (1969) y 77% en la de Casper (1985).

Strakowski estudió también la recuperación funcional de 50 pacientes bipolares en cuatro áreas de funcionamiento descritas por Coryell (1993) como las de mayor deterioro en los pacientes bipolares: ejecución del rol, relaciones interpersonales, actividad sexual e implicaciones en actividades lúdicas. A través de un seguimiento de 8 meses tras la primera hospitalización psiquiátrica, hallaron que la actividad sexual adquiría una rápida normalización tras la hospitalización, algo que no ocurría en el resto de las áreas funcionales medidas.

Con respecto a la edad, en un interesante estudio Geller et al (2000) comparaban el funcionamiento psicosocial de 93 pacientes bipolares de comienzo precoz, encontrando que un 43% del grupo presentaba

hipersexualidad, apoyando que la hipersexualidad es una manifestación de la manía de inicio infantil.

## **HIPERSEXUALIDAD Y DIMENSIONES EN LA MANÍA**

De forma indirecta, la hipersexualidad también ha sido analizada en los estudios dimensionales de manía que representan una de las principales tendencias actuales en la investigación del trastorno bipolar. Estos estudios pretenden conocer de que forma se agrupan los síntomas durante una determinada enfermedad. Evidentemente los resultados dependen de las escalas utilizadas (no es posible encontrar una dimensión depresiva en un paciente maniaco si no utilizamos una escala de depresión en los análisis). Sin embargo, esta forma de investigación tiene un gran valor cuando está realizada de forma correcta, ya que permiten avanzar en el conocimiento y el tratamiento de la enfermedad. Así, la esquizofrenia hasta los años 80 sólo incluía una dimensión positiva y una negativa, habiéndose descrito gracias a los análisis factoriales factores tan importantes como el desorganizado o el depresivo. En la actualidad cualquier ensayo clínico con un antipsicótico nuevo debe demostrar su eficacia en cada uno de los factores. En la manía, parecía imposible que pudiera existir una dimensión depresiva, ya que aparentemente la mezcla de euforia y depresión solo ocurría en un porcentaje despreciable de pacientes. No obstante, las matemáticas aplicadas a la psiquiatría, han permitido conocer que esta dimensión aparece en un gran porcentaje de pacientes. De forma paralela a lo que ocurría en la esquizofrenia, los tratamientos para la manía estudian ya sistemáticamente también su eficacia en los síntomas depresivos que se dan durante la misma.

A grandes rasgos, el estudio factorial de la manía arranca con el trabajo de Beigel y Murphy (1971 y 1974) quienes proponen por primera vez una clasificación de la manía en subtipo "paranoide-destrutivo" o "eufórico grandioso". Aunque la tipología de Beigel y Murphy no ha podido ser confirmada, ha servido de punto de partida para posteriores estudios factoriales (Double, 1990; Cassidy et al., 1998; Serreti et al., 1999; Dilsaver et al., 1999; González-Pinto et al., en prensa) que han facilitado la comprensión de estos cuadros.

Así los modelos factoriales de manía propuestos hasta el momento coinciden al señalar la existencia de distintas dimensiones clínicas entre las que siempre aparece un componente de hedonismo junto a factores de activación maníaca, irritabilidad, psicosis y depresión. En todos ellos la dimensión de "hedonismo" representa el factor más puramente maníaco puesto que incluye síntomas clásicos y definitorios de manía como son el humor eufórico y expansivo, la grandiosidad, la disminución de la necesidad de sueño o la apariencia extravagante. En los modelos de Double (1990), Cassidy et al (1998) y González-Pinto et al (en prensa) la hipersexualidad aparece como un componente más de esta dimensión nuclear de manía (Ver tabla 2)

De alguna manera el estudio factorial de la manía demuestra que el aumento del interés sexual representa también uno de los síntomas claves para el diagnóstico de manía.

### ***LA HIPERSEXUALIDAD DURANTE LA MANÍA***

A pesar de que la hipersexualidad constituye uno de los síntomas definitorios de los cuadros maníacos, su estudio apenas ha despertado interés entre los principales investigadores del trastorno bipolar.

Por ello nos pareció interesante analizar en profundidad la conducta sexual de los pacientes bipolares durante los episodios de manía aguda para establecer la frecuencia de la hipersexualidad entre estos pacientes e identificar las posibles variables clínicas asociadas a ella. Asimismo, quisimos analizar la relevancia de este síntoma dentro de la clínica maníaca a través de la confirmación de un modelo factorial previo (González-Pinto et al., en prensa). Obtuvimos resultados reveladores que expondremos a continuación.

El estudio se llevó a cabo sobre una muestra de 166 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I, episodio actual maníaco o mixto según criterios DSM IV (APA, 1994). Los pacientes habían ingresado de forma consecutiva entre febrero de 1997 y junio de 2002. Se excluyeron del estudio los pacientes diagnosticados de trastorno esquizoafectivo, retraso mental, y trastorno orgánico. Todos los pacientes fueron incluidos después de que se obtuviera su consentimiento informado.

La muestra inicial fue dividida en dos submuestras de pacientes maníacos en base a la presencia o ausencia de hipersexualidad. La conducta hipersexual quedo a su vez definida a partir de puntuaciones iguales o mayores a 2 en el ítem 3 (interés sexual) de la Escala de Manía de Young, (Ver tabla 3)

Encontramos que el 51.8% de los pacientes maníacos presentaban conducta hipersexual según nuestra definición. La hipersexualidad se asociaba de manera significativa con el abuso de alcohol y con el diagnóstico de manía pura, así como con un curso clínico con mayor número de episodios. Sin embargo la adaptación previa fue mejor en los pacientes con hipersexualidad. Los pacientes con episodios mixtos tenían hipersexualidad con menor probabilidad.

Las conductas hipersexuales fueron más frecuentes en los pacientes más jóvenes y mejor adaptados. Esta conducta sexual no siempre es disruptiva. En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en el comportamiento sexual entre varones y mujeres.

Como conclusión del estudio es interesante señalar que más de la mitad de los pacientes bipolares ingresados por un episodio de manía aguda padecen una hipersexualidad clínicamente significativa, y aproximadamente la cuarta parte de ellos presenta una hipersexualidad muy importante. Este hecho es curioso ya que el estudio se realiza en un país culturalmente diferente a los de los estudios previos (la mayor parte de los estudios han sido realizados en USA y otros países anglosajones), y a pesar de que los años transcurridos entre los primeros estudios descritos en este capítulo (años 60) y nuestra época actual podrían hacernos suponer que se iban a presentar mayores diferencias con respecto a la conducta sexual. Probablemente esto puede apuntar al importante peso que la enfermedad tiene en este cambio, que no parece relacionarse tanto con factores culturales.

No existen diferencias en cuanto a la hipersexualidad entre varones y mujeres, ya que el comportamiento sexual está incrementado por igual en ambos sexos, aunque es posible que las mujeres encuentren una mayor diferencia con respecto a su comportamiento habitual. Sin embargo, aunque existen algunos

datos contradictorios, la mayor parte de los trabajos señalan que la conducta hipersexual es más probable entre los pacientes maníacos más jóvenes y se asocia a un mayor abuso de alcohol y a un mayor número de episodios por unidad de tiempo. Esto podría estar asociado a que todos estos síntomas están relacionados con la desinhibición.

## **CONCLUSIONES**

Los hallazgos que existen hasta la actualidad apuntan a que la conducta hipersexual durante la manía presenta una asociación clara con los episodios maníacos puros y que es más prominente entre aquellos pacientes que tienen un mejor funcionamiento psicológico, social y laboral previo al ingreso psiquiátrico. Por tanto, parece que la hipersexualidad se relaciona con factores de buen pronóstico como son el mejor funcionamiento premórbido y la menor presencia de síntomas depresivos durante la manía.

Además, los análisis factoriales demuestran una vez más que la hipersexualidad define la dimensión más clásica de manía junto a otros síntomas de aceleración y hedonismo. Por tanto, la hipersexualidad se asocia a un incremento de la capacidad hedonista del paciente maníaco, pero no a otros factores como la psicosis, la disforia o la depresión.

Sin embargo, más allá de las implicaciones psiquiátricas, la presencia de la desinhibición sexual y el aumento de las relaciones sexuales durante el episodio de manía convierte a estos pacientes en un grupo con comportamientos de riesgo. Esto tiene una importancia especial si tenemos en cuenta que los jóvenes son una población especialmente vulnerable durante las conductas de riesgo.

Con todo ello podemos considerar que a pesar de que la hipersexualidad es un síntoma asociado a algunos factores de buen pronóstico como los episodios puros y un mejor funcionamiento previo, supone un factor de riesgo, especialmente en jóvenes: se asocia al consumo de alcohol, y a un mayor número de episodios. Sin duda, un tema de especial interés de investigación es



conocer la relación entre hipersexualidad y cumplimiento terapéutico, ya que el factor hedonista es el que más añoran los pacientes bipolares durante los episodios de eutimia.

**Tabla 1. Revisión**

Estudios durante Manía	N	Hipersexualidad %
Allison & Wilson, 1960	24	70
Clayton et al, 1965	31	74
Winokur et al, 1969	100	65
Carlson & Goodwin, 1973	20	80
Leff et al, 1976	63	27
Loudon et al, 1977	16	25
Carlson & Strober, 1979	9	78

---

***Mod. Goodwin & Jamison (1990)***

**Tabla 2. Modelos dimensionales de manía: hedonismo**

<b>Autores</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Factor “hedonista”</b>	<b>Ítems</b>
<b>Beigel (1971 b) Murphy (1974)</b>	MSRS	Euforia/ grandiosidad	Aumento de la sociabilidad, apariencia y humor expansivo, grandiosidad, planes irreales
<b>Double (1990)</b>	MSRS	Expansividad irreal del humor	Grandiosidad, humor expansivo, delirios, pobreza de juicio, planes irreales
	YMRS	Elevación del humor y síntomas vegetativos	Sueño, interés sexual, incremento actividad motora, euforia, discurso
<b>Cassidy (1998)</b>	SMS	Hedonismo	Incremento de la sexualidad, humor, euforia, grandiosidad
<b>Dilsaver (1999)</b>	SADS	Activación maníaca	Incremento de energía, elevación del humor, grandiosidad, incremento de actividad
<b>Serreti (1999)</b>	OPCRIT	Excitación física y motora	Hiperactividad, disminución de necesidad del sueño, discurso acelerado, elevación del humor, distraibilidad, sociabilidad y autoestima aumentadas, agitación
<b>González-Pinto (En prensa)</b>	YMRS HRSD-5	Hedonismo	Apariencia, interés sexual, euforia, sueño

### **Tabla 3. Escala de manía de Young.**

---

#### Ítem 3.- Interés Sexual (YMRS)

---

0. Normal, no aumentado
  1. Aumento ligero o posible
  2. Definitivo incremento al preguntarle
  3. Interés sexual espontaneo; habla de temas sexuales
  4. Hipersexualidad expresada sin preguntarle.
-

## BIBLIOGRAFIA

- AKISKAL, HS; DJENDEREDJIAN, AH; ROSENTHAL RH; KHANI MK. **Cyclotomic** disorder: Validating Criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry* 1977;34: 1227-1233
- ALLISON JB; WILSON WPP: Sexual behaviors of manic patients: A preliminary report. **S Med J** 1960;53:870-874
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
- BEIGEL A, MURPHY DL, BUNNEY WE. The Manic-State Rating Scale: Scale construction, reliability, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 25: 256-262
- BEIGEL A, MURPHY DL. Assessing clinical characteristics of the manic state. *Am J Psychiatry* 1971; 128: 688-694
- BEIGEL A; MURPHY DL; BUNNEY WE. The Manic- State Rating Scale: Scale construction , reliability, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1971 25:256-262,
- CARLSON GA; GOODWIN FK: The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry* 1973 28: 221-228
- CARLSON GA; STROBER M: Affective disorders in adolescence. *Psychiatr Clin North Am* 2: 511-526,1979
- CASPER RC; REDMOND E JR; KATZ MM, SCHAFFER CB; DAVIS JM, KOSLOW SH. Somatic symptoms in primary affective disorder: Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42: 1098-1104.
- CASSIDY F, FOREST K, MURRY E, CARROL BJ. A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 27-32
- CLAYTON P; PITTS FN JR; WINOKUR G. Affective disorder: IV. Mania. **Compr Psychiat** 1965; 6: 313-322
- CORYELL W, SCHEFTNER W, KELLER M, ENDICOTT J, MASER J, KLERMAN GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150:720-727
- DILSAVER SC, CHEN YR, SHOAIB AM, SUSAN AC. Phenomenology of mania: Evidence for distinct depressed, dysphoric, and euphoric presentations. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 426-430
- DOUBLE DB. The factor structure of manic rating scales. *J Affect Disord* 1990; 18: 113-119
- GELLER, B; BOLHOFNER, K; CRANEY,J; WILLIAMS M; DELBELLO M; GUNDERSEN K. Psychosocial functioning in a prepubertal and early

adolescent bipolar disorder phenotype. *J Am Acad Child Adol Psy* 2000, 39:12, December

GELLER, B; ZIMMERMAN, B; WILLIAMS, M; DELBELLO, MP; FRAZIER, J; BERINGER L. Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002, Spring,; 12 (1): 3-9

GONZÁLEZ-PINTO A, BALLESTEROS J, ALDAMA A et al. Principal Components of Mania. *J. Affect. Disord* (in press).

GOODWIN FK, JAMISON KR (Eds). *Manic –Depressive Illness*. New York : Oxford University Press 1990, 36-37,

JAMISON KR, GERNER RH, HAMMEN C; PADESKY C: Clouds and silver linings : Positive experiences associated with primary affective disorders *Am J Psychiatry* 1980;137: 198-202

KAPLAN HI, SADOCK BJ, GREBB JA. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. *Psiquiatría Clínica*. 1996. 7ª Edición. Panamericana.

LEFF JP; FISCHER M, BERTELSEN AC: A cross national epidemiological study of mania. *Br J Psychiatry* 1976 129: 428-442

LOUDON JB; BLACKBURN IM; ASHWORTH CM: A study of the symptomatology and course of manic illness using a new scale. *Psychol Med* 1977;7: 723-729

MURPHY DL, BEIGEL A. Depression, elation and lithium carbonate responses in manic patient subgroups. *Arch Gen Psychiatry* 1974: 31: 643-648.

SERRETI A, RIETSCHER M, LATTUADA E, KRAUB H, NOTHEN MM, SMERALDI E. Factor analysis of mania. *Arch Gen Psychiatry* 1999: 56: 671-672

SPALT L . Sexual behavior and affective disorders. *Dis Nerv Syst* 1975: 36: 974-977.

STRAKOWSKI, SM; WILLIAMS, JR; FLECK , DE; DELBELLO, P. Eight month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. *J Psychiatr Res* 2000;34 :193-200

WINOKUR G; CLAYTON PJ, REICH T. *Manic Depressive Illness*. 1969. St. Louis: CV Mosby

YOUNG RC, BIGGS T, ZIEGLER E, MEYER DA. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensivity. *Br J Psychiatry* 1978: 133: 429-435