

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Aplicación de técnicas de mindfulness para reducción de conductas  
impulsivas en personas que sufren de hipersexualidad**

Proyecto de investigación

**Roberto Andrés Herrera Llori**

**Licenciatura Psicología General**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de Licenciado en Psicología General

Quito, 24 de abril de 2019

Universidad San Francisco de Quito USFQ  
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Aplicación de técnicas de mindfulness para reducción de conductas  
impulsivas en personas que sufren de hipersexualidad**

**Roberto Andres Herrera LLori**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico: Teresa Borja, Ph.D.

Firma del profesor:

Quito, 24 de abril de 2019

## **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

**Firma del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombres y apellidos:** **Roberto Andres Herrera Llori**

**Código:** **00126649**

**Cédula de Identidad:** **17180736677**

**Lugar y fecha:** **Quito, 24 de abril de 2019**

## RESUMEN

La presente tesis de investigación se discute de manera clara en cómo funcionan las diferentes técnicas del mindfulness como por ejemplo: ejercicio, meditación y respiración. Además se discutirá cómo se presenta y afecta el trastorno de hipersexualidad en los individuos de sexo masculino entre la edad 20 y 30 años en la ciudad Quito sector norte. Posteriormente, en las siguientes páginas se realizará un análisis y evaluación de las conductas impulsivas que sufren las personas con trastorno de hipersexualidad y consecuentemente como el mindfulness influye en disminución.

**Palabras clave :** mindfulness, conductas impulsivas, hipersexualidad, conductas sexuales

## ABSTRACT

This research discussed how different mindfulness techniques such as: exercise, meditation and breathing helps to reduce levels of impulsivity in people with hipersexuality . The experiment will be applied in male individuals at the age of 20 and 30 years, residents in Quito in the northern sector. Subsequently, in the following pages there be the analysis and evaluation of how impulsive behaviors that will be maintained by people with hypersexuality disorder and consequently as mindfulness will be made.

Key words: mindfulness, impulsive behavior, hipersexuality, sexual behavior

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	6
PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	8
Planteamiento del problema	8
Objetivos y Pregunta de Investigación	12
Justificación	13
Marco Teórico	13
Historia del mindfulness / atención plena	14
Mindfulness	14
Primera generación de intervenciones basadas en mindfulness.	16
Tipos de intervenciones basadas en mindfulness para trastornos.	17
<b>Recuperación orientada a la atención plena.</b>	18
<b>Prevención de recaídas basada en la conciencia plena.</b>	18
<b>Conciencia plena en terapia orientada al cuerpo.</b>	19
<b>Tratamiento de adicciones basado en la conciencia plena.</b>	19
<b>Meditación vipassana.</b>	19
Síntesis de prácticas de atención plena / mindfulness: meditación, respiración.	19
<i>Mindfulness</i> : Impulsividad e hipersexualidad.	21
Impulsividad	21
<b>Variedades de impulsividad.</b>	25
Hipersexualidad	27
<b>Definición y diagnóstico.</b>	28
<b>Trastorno hipersexual.</b>	29
<b>Críticas de la hipersexualidad.</b>	30
Mindfulness y comportamiento hipersexual	32
Relación entre impulsividad e hipersexualidad.	33
Prácticas de mindfulness para ayudar a reducir la impulsividad e hipersexualidad	34
<b>Meditación sobre la composición corporal y descomposición.</b>	36
<b>Meditación de la compasión y la bondad amorosa.</b>	36
<b>Meditación analítica.</b>	36

	7
Sexo en contexto.	36
Análisis de datos	42
Consideraciones Éticas	43
Discusión	43
Fortalezas y Limitaciones	44
Recomendaciones para futuros estudios	44
REFERENCIAS	46
HDSI	56
ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	57

## **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**

### **APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE MINDFULNESS PARA REDUCCIÓN DE CONDUCTAS IMPULSIVAS EN PERSONAS QUE SUFREN DE HIPERSEXUALIDAD**

#### **Planteamiento del problema**

Hoy en día, existen un sin número de trastornos de diferentes tipos en las personas, los cuales generan gran preocupación en la población, pero no hasta hace muy poco el DSM-V (Chiclana, Contreras, Carriles & Rama, 2015) consideró poner la “hipersexualidad ” como un trastorno nuevo, ya que en la antigüedad la adicción al sexo o hipersexualidad era considerado únicamente como un síntoma o indicios de ciertos trastornos como por ejemplo en personas que sufren de TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo), borderline (trastorno límite de la personalidad) o bipolaridad. Sin embargo el DSM-V propuso la hipersexualidad como un nuevo diagnóstico con sus propios criterios y síntomas, el cual es caracterizado por el aumento repentino en la frecuencias, intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafílicas asociadas con impulsividad, que provocan malestar significativo, deterioro social u ocupacional (DSM-V). Es necesario saber que la hipersexualidad no tiene origen por consumo de fármacos o sustancias psicotrópicas, ni tampoco por episodios de depresión o manía, más bien es entendía por diversas perspectivas psicopatológicas como un comportamientos adictivo, impulsivo, compulsivo, aprendido o de dependencia. Según el DSM-V existen ciertos criterios que debe presentar el individuo para que pueda ser diagnosticado con hipersexualidad, en primer lugar, es importante mencionar que las persona debe tener al menos dieciocho años y el seguimiento debe durar al menos seis meses, en el cual el individuo debe presentar fantasías sexuales recurrentes e intensas,



impulsos sexuales y conducta sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes cinco criterios (DSM-V):

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 así mismo o a otros.

Es necesario que exista un malestar significativo en la persona, es decir un deterioro en diferentes áreas como por ejemplo: personal, social, profesional, entre otros; los cuales deben estar asociados a la intensidad y frecuencia de conductas, fantasías e impulsos sexuales. También, es importante saber que los impulsos, conductas y fantasías sexuales no son a causa de efectos fisiológicos directos como por ejemplo: abuso de sustancias o ingesta de medicación, entre otros. Por último, el paciente deberá saber que las conductas sexuales se puede presentar en forma de masturbación, consumo de pornografía, relaciones sexuales consentidas, cibersexo, llamadas telefónicas de contenido sexual y asistencia a prostíbulos o stripclub.

Existen varios tratamientos utilizados para la hipersexualidad, como por ejemplo la terapia cognitiva conductual que comúnmente es utilizado para la prevención de recaídas, la cual se enfoca en enseñar al individuo a cambiar sus comportamientos desadaptativos y en cómo anticipar y sobre llevar la recaída (Polo & Díaz, 2011). También se enfoca en el tratamiento de otras técnicas conductuales como desensibilización imaginada, la cual se enfoca en reducir los síntomas compulsivos.

La terapia psicodinámica pone énfasis en el significado que el paciente atribuye al comportamiento romántico y sexual y como este se relaciona a sus relaciones interpersonales (Kaplan & Krueger, 2010). Otra terapia de uso frecuente es la técnica de los doce pasos para tratamiento de adicción, la cual se caracteriza en ayudar al individuo en conseguir estrategias que le permitan a través del conocimiento de sus creencias centrales definir un nuevo estilo de vida y realizar un contrato de celibato (Kaplan & Krueger, 2010).

Actualmente, existe poca investigación acerca de los tratamientos efectivos para la adicción al sexo, ya que las anteriores investigaciones se han basado en las pautas para el tratamiento de otro tipo de adicciones. Sin embargo, esta tesis se va centrar específicamente en el mindfulness como tratamiento efectivo para la hipersexualidad, ya que ayuda a los individuos a aumentar no solo la distancia respectiva del deseo por los objetivos y experiencias, si no también existen técnicas del mindfulness como la “meditación” que tiene como objetivo socavar el apego al sexo o al cuerpo humano (Van Gordon, Shonin & Griffiths, 2016). Por esta razón, es sumamente importante darle la respectiva investigación a esta técnica del mindfulness como tratamiento efectivo para la adicción al sexo, ya que sin duda puede dar resultados beneficiosos.

El mindfulness o también conocido como “atención plena”, se refiere a la capacidad y técnicas para poner atención de manera intencional al momento presente (Davis & Hayes, 2011). Por tal motivo, cuando se realiza la correcta aplicación de sus técnicas puede ayudar y aportar una gran cantidad de beneficios a la salud emocional y física del individuo como por ejemplo puede ayudar con la regulación emocional, contribuye a la relajación y corrección de conductas que son dañinas para el individuo. Es importante mencionar que las técnicas y ejercicios del mindfulness provienen de antiguas técnicas orientales budistas la cual tiene como fin, liberar las influencias mentales que perjudican y perturban la vivencia de la persona. Esta técnica se enfoca en la regulación emocional el bienestar emocional de la persona, lo que consecuentemente tiene efectos positivos en la salud física de la persona. No importa si tienes un estilo de vida saludable o la dieta adecuada, si tienes barreras emocionales perjudica en su totalidad en el bienestar físico y emocional de la persona.

Las técnicas del mindfulness puede servir de gran ayuda a reducir ciertos problemas y síntomas que padecen las personas que sufren de hipersexualidad, ya que usando las técnicas como el ejercicio, meditación y respiración puede eliminar o reducir estrés, ansiedad, conductas impulsivas, problemas somáticos y trastornos de alimentación etc. Por esta razón, el mindfulness se considera una técnica eficaz e innovadora en cuanto a los trastornos de la actualidad ( Davis & Hayes, 2011)

El trastorno de hipersexualidad es caracterizado por una serie de conductas como preocupación excesiva sobre fantasías sexuales y la necesidad de comportamientos sexuales excesivos en respuesta a la obsesión sexual, lo cual causa un deterioro significativo en el área social, familiar, laboral y personal. Síntomas que evitan la funcionalidad de los pacientes con hipersexualidad son la rumiación, la cual se caracteriza por un excesivo patrón de

comportamiento. Conjuntamente con la rumiación se pueden presentar sentimientos de culpa dados por la autocrítica (Reid, Temko, Moghaddam & Fong, 2014).

Existen varios tratamientos que han sido investigados, los cuales ayudan a reducir los síntomas en personas que sufren de hipersexualidad, sin embargo se ha dado énfasis en el tratamiento psicofarmacológico, lo cual al largo plazo puede resultar contraproducente, dado que en los estados unidos la prescripción médica era “off label”, lo que significa que no se hizo un estudio controlado específico para este tratamiento, lo cual nos demuestra que existe poca evidencia (Kaplan & Krueger, 2010).

Los medicamentos de uso típico para el tratamiento de hipersexualidad son: inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS), naltrexone, nefazodone, ácido valproico y algunos estimulantes utilizados para TDAH usados en el periodo de ocho a cuarenta y dos semanas (Kaplan & Krueger, 2010).

### **Objetivos y Pregunta de Investigación**

¿Cómo y hasta qué punto las técnicas del mindfulness como ejercicio, meditación y respiración ayuda a la reducción de conductas ansiosas e impulsivas en persona que sufren de “hipersexualidad” ?.

Se busca a través de este estudio demostrar que las técnicas de mindfulness podrían ser eficaces para el tratamiento de hipersexualidad dado que la mayoría de intervenciones en los tratamientos mencionados anteriormente han sido farmacológicos o enfocadas en otros métodos. Es importante que la población con trastorno de hipersexualidad reciba un

tratamiento adecuado y eficaz para mejorar su calidad de vida a través del aprendizaje de estrategias que sean beneficiosas para la persona.

### **Justificación**

El trastorno de hipersexualidad no es un trastorno de diagnóstico común, sin embargo al presentar comorbilidad con otro tipo de trastornos comunes como ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, impulsividad. Las técnicas de mindfulness se podrían implementar en estos también ayudando a las personas a generar habilidades que permitan reducir estos síntomas que generan las personas que sufren con el trastorno de hipersexualidad.

### **Marco Teórico**

La presente revisión literaria ha sido construida en base a artículos científicos, documentos de investigación, libros y revistas relacionadas a la temática abordada en este estudio. Se utilizarán palabras clave tales como atención plena, conciencia plena, meditación, respiración, sensaciones corporales, ambiente circundante, para la fundamentación teórica que presenta la relación entre *mindfulness* o también conocida como atención plena o conciencia plena, y la impulsividad e hipersexualidad. Asimismo, los elementos literarios utilizados se encuentran en bases de datos de reconocidas escuelas de psicología de universidades y centros de investigación psiquiátrica y psicológica referenciadas en este estudio.

A continuación, se exponen las bases teóricas sobre *mindfulness*, como una práctica de meditación *vipassana* (meditación antigua de la India), es decir ver la situación o realidad tal como es. Por tanto, el estudio relaciona a esta práctica de meditación con la impulsividad

e hipersexualidad para posteriormente conocer cómo éstas técnicas ayudan a reducir dichos impulsos.

### **Historia del mindfulness / atención plena**

La atención plena se introdujo originalmente como medicina participativa y terapia complementaria en entornos hospitalarios a fines de 1970 (Llorente & Catalayud, 2016). Desde entonces, innumerables experimentos de investigación sobre intervenciones de atención plena han mostrado resultados positivos en las áreas de desafíos físicos y cognitivos con un fuerte impacto en este último. La conexión entre la rehabilitación en las áreas de adicción y atención plena también se ha convertido en una discusión popular desde el advenimiento de la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Consciente (TCBAC) y la Prevención de Recaída Basada en la Atención Consciente (PRBAC), que son variantes de las prácticas de atención plena. Sobre ello, la literatura sugiere efectos positivos en la prevención de recaídas para la adicción, impulsos y otros trastornos asociados (Bologni, 2017).

### **Mindfulness**

La atención plena o *mindfulness* consiste en prestar atención de una manera particular, a propósito, en el momento presente y sin juzgar el desarrollo de la experiencia momento a momento. Por lo tanto, se puede entender como un estado mental que aprecia el flujo de la conciencia en tiempo real y con aceptación, razón por lo que podrían involucrar dos componentes primarios que son atención enfocada y monitoreo abierto (Solé, 2015).

La atención enfocada es la práctica voluntaria en la que se pone atención en un objeto, así como el reconocimiento de las distracciones mentales mientras se está en la práctica. En las prácticas de atención plena, se utilizan diferentes partes del yo para prestar atención, como la respiración, las sensaciones corporales y las percepciones sensoriales, entre otras.

Una característica común entre las prácticas de atención plena es el uso reducido de dispositivos externos para prestar atención (Barajas & Palud, 2013).

El monitoreo abierto consiste en notar la experiencia del momento presente sin ningún juicio. Este segundo aspecto de la atención plena se relaciona con la capacidad de aceptación mientras se está en la práctica; por lo que, el entrenamiento de atención plena presenta dos componentes distintos que son mantener la atención y mantener una actitud de aceptación hacia la experiencia adquirida mientras se presta atención (Galván, 2018).

Si bien la conciencia es un estado final deseado de atención plena mediante la práctica de la atención y la aceptación, también puede ser una práctica de la metacognición. La práctica de la metacognición no es un tercer componente de la atención plena, sino un componente intrínseco de la atención enfocada y el monitoreo abierto.

Varios autores han sugerido otros elementos de la atención plena, tales como atención, intención y actitud, enfoque, exposición, desapego, mejor funcionamiento de la mente y el cuerpo y funcionamiento integrado que motiva a elementos como exposición, cambio cognitivo, autocontrol, relajación y aceptación para observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar la experiencia interna y la no reactividad a la experiencia interna (Moncada, Acero, & Ramírez, 2015).

La atención plena o *mindfulness* puede ser descrita como atención de estado y disposición. La atención plena disposicional también se denomina atención plena del rasgo, la cual se define como la tendencia sin esfuerzo a exhibir los elementos de atención plena y también como un rasgo innato en la población general (Merola, 2015). La atención plena del estado, sin embargo, es una condición momentánea y puede ser mejorada por las prácticas de reducción de estrés TCBAC y la terapia cognitiva PRBAC, estimando que el aumento de la

atención del estado sobre las sesiones de meditación repetidas puede contribuir a una disposición más consciente y menos angustiada (Ortuño, 2015).

***Primera generación de intervenciones basadas en mindfulness.***

Las intervenciones basadas en la atención plena han ido aumentando a lo largo de los años (Hernández, Jerez-Castiblanco, Padilla, & Perea-Gil, 2018). Las dos primeras generaciones y las más ampliamente empleadas y evaluadas son la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Consciente (TCBAC) y la Prevención de Recaída Basada en la Atención Consciente (PRBAC). El primer tipo de intervenciones basadas en *mindfulness* fue desarrollado en la Universidad de Massachusetts por Jon Kabat-Zinn durante la década de 1970. Se denominó *Mindfulness* basado en la reducción de estrés y se diseñó para aliviar el dolor, el estrés y los efectos de los problemas de salud crónicos (Calderón & Escribano, 2018).

En dicho estudio, se descubrió que tiene efectos positivos sobre el dolor, la ansiedad y el estrés en personas con trastornos crónicos. Otra intervención llamada terapia cognitiva basada en la atención fue desarrollado en 2002 y estaba dirigida a la depresión y recaída (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016). El TCBAC se desarrolló basándose en la premisa de la terapia cognitiva conductual, donde se encontró que tiene un efecto positivo sobre la depresión, la ansiedad y la fatiga en las enfermedades coronarias, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares y artritis (Barajas & Palud, 2013).

Tanto TCBAC como PRBAC emplearon prácticas de atención plena, como la meditación sentada, la conciencia de la meditación de la respiración, la exploración del cuerpo, el espacio para respirar, la meditación para caminar, la práctica de pasas y las consultas. Ambos se realizan para grupos de individuos y tienen una sesión semanal de 2 – 3



horas durante un período de 8 semanas con un maestro capacitado e incluyen prácticas diarias en el hogar (Maureira, 2018).

Tomados en conjunto, sobre la base de los fundamentos teóricos de las intervenciones basadas en *mindfulness* y los modelos de cómo funcionan, los posibles mecanismos que conectan TCBAC y PRBAC con sus efectos beneficiosos incluyen mejoras en varias variables, entre ellas la conciencia plena, el pensamiento negativo repetitivo, el aprendizaje, la reactividad, la falta de apego, no agresividad, autoconciencia, autorregulación, autotrascendencia, flexibilidad psicológica, clarificación de valores internos, exposición, control y regulación atencional, consciencia del cuerpo, mente – cuerpo y funcionamiento integrado, regulación emocional, autocompasión, compasión, intuición, aceptación, relajación y prácticas éticas (Aurrecochea, 2015).

Vale la pena señalar que estas intervenciones fueron diseñadas para abordar problemas físicos crónicos, que manejaban el dolor, el estado de ánimo bajo y/o impulsivo y la ansiedad relacionada con la salud (Freire, 2018). Por lo tanto, comparten componentes básicos y la intención de que se produzca la atención plena; sin embargo, la literatura también considera que las intervenciones basadas en la atención plena aplicadas actualmente muestran grandes diferencias en la manera en que se conceptualiza y se practica (Segal, Williams, & Teasdale, 2017).

### ***Tipos de intervenciones basadas en mindfulness para trastornos.***

El uso de intervenciones de atención plena para tratar trastornos tales como la impulsividad e hipersexualidad es un fenómeno reciente. La literatura sugiere que las intervenciones son efectivas para el tratamiento de trastornos y reducen la susceptibilidad a las recaídas, por lo que pueden ser eficaces en una amplia gama de propósitos. Por lo tanto,

varios tipos de intervenciones han sido diseñadas y utilizadas para la rehabilitación en trastornos (Ferré, Bach, & Solá, 2018).

Se estima que la terapia cognitiva basada en la atención consciente, la prevención de recaída basada en la atención consciente, recuperación orientada a la atención plena, conciencia plena en terapia orientada al cuerpo, tratamiento de adicciones basado en conciencia plena y *Vipassana*, entre otros; fueron modificados para satisfacer la necesidad de reducir impulsos y trastornos en general (Gómez, 2017).

Los TCBAC y PRBAC, al ser la primera generación, se han utilizado con personas con trastornos de conducta y adicción con eficacia. Por lo que las demás intervenciones, son consideradas de segunda generación, y también han visto resultados relativamente positivos en ejercicios relacionados al *mindfulness*, con prácticas de meditación y respiración que son consideradas apropiadas para el ejercicio de meditación en las prácticas de atención plena (Hernández, Jerez-Castiblanco, Padilla, & Perea-Gil, 2018).

#### ***Recuperación orientada a la atención plena.***

La mejora de la recuperación orientada a la atención plena es una intervención que fusiona las prácticas de atención plena, la terapia cognitiva de la tercera ola y la psicología positiva, consiste en un programa de 10 sesiones similar a las intervenciones de primera generación (Rodríguez, 2015).

#### ***Prevención de recaídas basada en la conciencia plena.***

La Prevención de recaídas basada en la conciencia plena, es un programa de 8 sesiones desarrollada como una fusión de las estrategias tradicionales de prevención de recaídas con el entrenamiento de atención plena. Fue diseñado como un programa de cuidados posteriores para trastornos por uso de sustancias; por lo que, utiliza un enfoque

similar de TCBAC y PRBAC para aprender habilidades de afrontamiento mental para notar y tolerar la incomodidad (Jiménez, Vieta, & Banaberre, 2014).

### ***Conciencia plena en terapia orientada al cuerpo.***

La conciencia consciente en la terapia orientada al cuerpo, es una intervención que desarrolla la conciencia de los estímulos corporales y su relación con las emociones y su regulación. Generalmente en la práctica, se entrega semanalmente como parte de prácticas constantes o programadas en talleres o cursos que tienen duraciones aproximadas de 90 minutos durante 8 semanas (Urrego, 2017).

### ***Tratamiento de adicciones basado en la conciencia plena.***

El tratamiento de adicciones basado en la conciencia plena, es una modificación de la conciencia plena en terapia orientada al cuerpo, con un enfoque especial en la dependencia de la nicotina en lugar de la depresión. Se sabe que la estructura de la intervención es similar a la prevención de recaída basada en la atención consciente, por lo que, el tratamiento de adicciones basado en conciencia plena o mindfulness se adecua a las necesidades e intereses de individuos que desean reducir dichas conductas ansiosas (Gavilán & Castel, 2017).

### ***Meditación vipassana.***

La meditación vipassana es quizás la única intervención que tiene fuertes inclinaciones budistas cuando investiga el mundo para ver su impermanencia. Se puede revisar sus raíces en la tradición budista *theravada* tailandesa y birmana. *Vipassana* se enseña generalmente como un curso residencial de 10 días (a veces más corto) con casi todo el período en silencio (Alvarez, 2014).

### ***Síntesis de prácticas de atención plena / mindfulness: meditación, respiración.***

En síntesis, la atención plena o *mindfulness*, consiste en el proceso de concienciación y aceptación sin prejuicios a la experiencia del momento presente de pensamientos,

emociones y sensaciones corporales (Suárez, Anchía, & Barrutieta, 2016). Al reconocer la necesidad de un consenso sobre una conceptualización unificada de la atención plena, los investigadores han propuesto un modelo de dos componentes como se ha observado en párrafos anteriores, sobre lo que, el primer componente implica la autorregulación de la atención, debido a que se dirige y mantiene en la experiencia inmediata, pensado en que enfocar la atención de esta manera mejora el reconocimiento de los eventos mentales de momento a momento.

El segundo componente implica adoptar una orientación hacia la experiencia presente, caracterizada por la apertura, la curiosidad y la aceptación (Bologni, 2017). Si bien una serie de técnicas de meditación pensadas para cultivar la atención plena tienen sus orígenes en las filosofías espirituales budistas, la psicología contemporánea se ha centrado en las aplicaciones clínicas basadas en la atención plena y han omitido la adhesión a cualquier religión, dogma o espiritualidad en particular (Badaracco, 2017).

Por tanto, se presentan varias formas de meditación en enfoques de tratamiento basados en la atención plena y cada uno tiene similitudes en sus procedimientos y objetivos. Un ejemplo de un ejercicio de meditación típico podría instruir a un paciente a la meditación, como sentarse en silencio, ya sea con las piernas cruzadas o en el suelo, y centrar la atención en las sensaciones somáticas de la respiración (Botella, Arredondo, Hurtado, & Sabate, 2016).

A medida que varios pensamientos compiten por la atención del individuo, se alienta a tomar nota de ellos (por ejemplo, un pensamiento de planificación, un pensamiento preocupante) y luego dejar de lado el pensamiento mientras devuelve el foco de atención a la respiración. A lo largo de este proceso, el individuo cultiva la capacidad de observar los

pensamientos entrantes sin identificarlos en exceso ni juzgarlos (por ejemplo, los pensamientos no son ni buenos ni malos) (Besora, 2017).

Además, cuando se produce un cambio en la autoconciencia, el individuo puede redirigir el enfoque a la respiración y alejarse de pensamientos o reflexiones angustiantes, por tanto, se alienta a aplicar los conceptos aprendidos en la meditación a las actividades de la vida diaria, como una técnica para la reducción de impulsos, trastornos y/o conductas erróneas (Quintana & Chavarren, 2015).

### ***Mindfulness*: Impulsividad e hipersexualidad.**

El estudio actual explora las relaciones entre atención plena y/o *mindfulness*, como un elemento de regulación emocional para la impulsividad, propensión al trastorno de hipersexualidad y controles saludables para evaluar si la atención plena atenúa dichos síntomas (Llorente & Catalayud, 2016).

### **Impulsividad**

La impulsividad es considerada un estilo cognitivo que predispone al individuo a una reacción rápida y/o desproporcionada ante una situación específica o de manera general en la actuación común. En psicología se ha estudiado principalmente con respecto al trastorno límite de la personalidad (TLP). La impulsividad se asocia con la desregulación de la emoción mediaría y los déficits de atención plena. La construcción de la impulsividad se ha abordado desde tres perspectivas diferentes, tales como cognitiva, conductual y caracterológica (Tovar-García & Campayo, 2017).

A partir de esto último, Eysenck concibió la impulsividad en relación con la toma de riesgos, la falta de planificación y la decisión rápida. Varias teorías sobre el uso de sustancias han incorporado esta definición eysenckiana del término con diferentes nombres, como

enfoque conductual, búsqueda de novedad, dependencia de la recompensa y búsqueda de sensación (Allen, 2017).

Las escuelas cognitivas y de comportamiento han intentado trazar sus fronteras entre sí, ofreciendo al lector diversas explicaciones del término (Besora, 2017). Dentro del primer grupo, la polémica teoría de Kagan causó un gran impacto durante los años 70 y 80 en las teorías del aprendizaje y, más adelante, del procesamiento de la información (Janeiro, Schmidt, & Squillace, 2018). Sobre ello, la literatura propuso la inhibición del comportamiento como un tipo de temperamento en el niño que presenta una combinación única de respuestas conductuales y fisiológicas a la novedad. Además, se creía que este temperamento estaba asociado con el desarrollo futuro de los trastornos de ansiedad en la edad adulta.

Desde una perspectiva conductual, la impulsividad puede definirse como una amplia gama de acciones mal concebidas, prematuramente expresadas, excesivamente arriesgadas o inadecuadas para las situaciones y que a menudo dan como resultado, resultados indeseables. Es decir, se describe como la incapacidad de demorar la gratificación o la inversa del autocontrol (Galí, 2017).

En el contexto de la ciencia conductual experimental, la impulsividad se ve comúnmente como un rasgo que muestran algunos sujetos que, cuando se presentan con una variedad de resultados, eligen recompensas inmediatas más pobres en lugar de mayores recompensas retrasadas (Moncada, Acero, & Ramírez, 2015). La selección de pequeñas ganancias inmediatas con preferencia a mayores ganancias retrasadas, o la selección de grandes penalizaciones retrasadas en presencia a menores sanciones inmediatas.

La literatura ha distinguido la impulsividad motora (o conductual) de la cognitiva (o elección). El primero generalmente se estudia en animales y es equivalente a la inhibición de

la respuesta. Este tipo de impulsividad se ha medido con una variedad de instrumentos, como el ir / no ir, tareas de aprendizaje de inversión, pruebas de rendimiento continuo o tareas de detención y se asocia con deficiencias en la corteza prefrontal dorsolateral (Llorente & Catalayud, 2016).

La impulsividad motora a menudo se estudia en experimentos mediante la participación de 5-hidroxitriptamina en la agresión, la adicción a las drogas y la ansiedad. La impulsividad cognitiva, por otro lado, se considera la incapacidad de sopesar las consecuencias de los eventos inmediatos y futuros y, en consecuencia, retrasar la gratificación. Esto se ha medido en tareas de toma de decisiones, sobre lo que, se ha sugerido que la corteza prefrontal ventromedial es el área principal involucrada en este tipo de impulsividad (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016).

Por ello, se distinguen aún más entre un acto impulsivo (comportamiento) y la impulsividad *per se* (proceso psicológico subyacente), debido a que se debe considerar a una persona que conoce la posibilidad de obtener una de las dos recompensas presentadas: una menor disponible de inmediato y una mayor pero no de inmediato. El individuo conoce la existencia de ambas opciones y elige la primera (acto impulsivo) porque no puede retrasar la gratificación (impulsividad) (Squillace, 2016).

La situación sería bastante diferente si en aquella ejemplificación, el individuo hubiera elegido la primera recompensa debido a una incapacidad para evaluar cada recompensa. En esta última circunstancia, el comportamiento aún sería impulsivo, pero el proceso psicológico que condujo al comportamiento es la incapacidad de discriminar las cantidades de recompensa en lugar de la capacidad de retrasar la gratificación (Firpo, Schmidt, Oliván, & Casella, 2013). En la actualidad el constructo de impulsividad puede ser entendido desde tres principales perspectivas. La reactividad emocional de los individuos,

poca concientización sobre las consecuencias a largo plazo y la poca sensibilidad a las consecuencias negativas (Merola, 2015).

Los autores Rueda y Pinto (2006) también mencionan en su investigación que el contexto de la psicopatología, la impulsividad se ha definido de tres maneras diferentes: (1) acción rápida sin premeditación o juicio consciente, (2) comportamiento sin pensamiento adecuado, y (3) la tendencia a actuar con menos previsión que la mayoría de los individuos de igual habilidad y conocimiento. Por lo tanto, la impulsividad se ha identificado como un sello distintivo de algunas discapacidades de conductuales y de aprendizaje, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en relación con la depresión y la ansiedad y los trastornos de personalidad como individuo antisocial y limítrofe.

Desde esta perspectiva, se define la impulsividad como la incapacidad de resistir un impulso, impulso o tentación de realizar un acto que es perjudicial para la persona o para otros (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Esta conceptualización clínica limitada solo incluye aquellos aspectos del constructo que son negativos o patológicos y no diferencia la impulsividad de la agresión, por ello, en un intento por proporcionar una visión algo optimista del constructo, la literatura actual describe la impulsividad funcional, que se refiere a un individuo lleno de vida, aventurero, arriesgado y rápido para tomar decisiones, que proporciona una visión más positiva, lejos de ser patológica de la impulsividad (Galván, 2018).

Desde estos enfoques que cubren los aspectos multidimensionales de la impulsividad, queda claro que una definición correcta no es trivial y debería incluir una gran variedad de aspectos para una comprensión real del constructo (Botella, Arredondo, Hurtado, & Sabate, 2016). Es decir, muchos procesos psicológicos pueden conducir a un comportamiento



impulsivo, como la incapacidad de retener en la memoria varias alternativas para ser evaluadas, o la incapacidad de prever las consecuencias de nuestras acciones.

En síntesis, el problema de encontrar una definición unitaria aún está pendiente; por tanto, la alternativa de dividir la impulsividad en dos componentes principales (motor y cognitivo) se ha utilizado en estudios para mejorar la validez de su medición (Hernández, Jerez-Castiblanco, Padilla, & Perea-Gil, 2018). Esta división también puede ayudar a separar los antecedentes (por ejemplo, capacidad de atención, distracción) y consecuencias (por ejemplo, comportamiento agresivo) de la impulsividad (Solé, 2015). Debido a las limitaciones de investigación en la temática, esta revisión limitó su alcance a los aspectos cognitivos y conductuales del constructo, estimando que la impulsividad como una construcción conductual abarca una amplia gama de lo que a menudo se consideran conductas inadaptadas.

#### ***Variedades de impulsividad.***

La impulsividad es un aspecto del comportamiento que agrega un color importante a la vida cotidiana. La mayoría de las personas, en algún momento u otro, se han involucrado en comportamientos impulsivos, como ejemplos banales como tomar una bebida más, comprar un extra en el supermercado o simplemente detenerse y conversar con un amigo que se encuentra inesperadamente en la calle (Maureira, 2018). Pero, incluso si es fácil identificar ejemplos de comportamiento impulsivo, existe una dificultad considerablemente mayor para definir la impulsividad precisamente y es probable que haya un gran desacuerdo en cuanto a qué diferencia el comportamiento impulsivo socialmente aceptable del inaceptable, que varía de una a otra cultura, de una época a otra, y depende de la edad de la persona involucrada.

Estas diferencias no suelen importar tanto para la vida cotidiana (excepto quizás cuando las culturas se enfrentan), pero sí plantean problemas para el estudio científico de la

impulsividad, y especialmente para el estudio de las bases biológicas de ese fenómeno (Quintana & Chavarren, 2015). Es decir, que no haya una impulsividad unitaria o solo un tipo de comportamiento impulsivo; en cambio, existen varios fenómenos relacionados que generalmente se clasifican como impulsividad, los cuales se denominan en variedades de impulsividad y que conducen a diferentes formas de comportamiento impulsivo los cuales se pueden determinar impulsividad disfuncional y impulsividad funcional, en enfoques de comportamiento.

Más importante aún, estos pueden estar influenciados por diferentes mecanismos biológicos, lo que hace infructuosa la búsqueda de una única base biológica de impulsividad. El apoyo a esta posición proviene de diversos estudios psicológicos sobre los rasgos de la personalidad humana que proporcionan evidencia de que la impulsividad se compone de varios factores independientes acoplados a aspectos cualitativamente diferentes de la conducta (Hernández, Jerez-Castiblanco, Padilla, & Perea-Gil, 2018). Sobre ello, las variedades de impulsividad se han distinguido dos tipos diferentes de impulsividad: la impulsividad disfuncional que se define como la tendencia a actuar con menos previsión que la mayoría de las personas, lo que lleva al sujeto a dificultades, y la impulsividad funcional, es decir, la tendencia a actuar con poca previsión cuando la situación es óptima (sé bueno aprovechando oportunidades inesperadas donde se tiene que hacer algo de inmediato o perder la oportunidad) (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016).

De hecho, en dichos aspectos se podría preguntar cómo los patrones de comportamiento obviamente impulsivos han permanecido intactos a lo largo de la historia evolutiva, si son tan patológicos como a veces se supone, lo que vislumbra que la impulsividad puede ser una conducta tratada desde el uso de intervenciones de atención plena para tratar trastornos tales como la impulsividad e hipersexualidad.

## **Hipersexualidad**

La sexualidad depende de muchos factores, incluidas las variables individuales y de relación, los valores sociales, las costumbres culturales y las creencias étnicas y religiosas. Al discutir la hipersexualidad, estos contextos deben ser considerados, por ello, la sociedad ha intentado durante mucho tiempo controlar el comportamiento sexual de los individuos mediante el estigma de las prácticas sexuales; sobre lo cual se afirma que los individuos que tienen una conducta sexual frecuente a menudo son etiquetados y patologizados porque sus conductas no siguen las normas de su sociedad (Quintana & Chavarren, 2015).

El trastorno de hipersexualidad es un diagnóstico propuesto para las personas que practican el sexo o piensan sobre el sexo a través de fantasías e impulsan más de lo normal. Estas personas pueden participar en actividades como pornografía, masturbación, sexo por pago y múltiples parejas, entre otras. Como resultado, estas personas pueden sentir angustia en áreas de la vida, incluyendo el trabajo y las relaciones (Ferré, Bach, & Solá, 2018).

Un comportamiento sexual que se considera excesivo por un individuo o grupo puede no ser visto como excesivo por otro. Por lo tanto, en cualquier discusión sobre si un comportamiento sexual es problemático o no, es fundamental tratar de definir qué constituye un comportamiento sexual excesivo y si es un problema para uno mismo o para otros, por lo que, la existencia de la hipersexualidad está bajo un acalorado debate (Alvarez, 2014). Sin embargo, en una decisión controvertida, el trastorno de conducta sexual compulsiva se agregó a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Algunos investigadores ven esta tendencia como un problema de regulación del comportamiento, mientras que otros expertos se preguntan si este comportamiento se deriva de un impulso sexual más alto o si se debe a problemas de control de impulsos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Otros expertos creen que las causas reales de la conducta incluyen estados emocionales, como ansiedad, depresión o conflicto de relaciones. Para algunos individuos, la vergüenza y la moralidad también pueden estar involucradas, ya sea que exista o no la condición, la psicoterapia puede ser útil para las personas que buscan regular las emociones y obtener información sobre su sexualidad (Firpo, Schmidt, Oliván, & Casella, 2013). La hipersexualidad no está incluida en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Anteriormente, estaba incluido en el DSM-4 como un trastorno sexual, no especificado de otra manera, con la definición de angustia sobre un patrón de relaciones sexuales repetidas que involucra una sucesión de amantes experimentados por el individuo solo como cosas para usar.

La propuesta de 2010 para la adición del trastorno hipersexual al DSM-5 incluía los criterios de comportamiento sexual incontrolable. Los partidarios de la inclusión del comportamiento argumentaron que las personas que se involucran en este exceso sufren de gran angustia; y en los criterios propuestos, el trastorno hipersexual se concibió como un trastorno del deseo sexual no parasitario con un componente de impulsividad. Por ello, el diagnóstico propuesto no fue agregado al DSM-5; razón por lo que, los expertos señalan que no hay suficiente evidencia empírica para apoyar el diagnóstico. Muchos investigadores en psicología no lo ven como una adicción y creen que no tiene similitudes con otras adicciones (Cedrés, 2018).

### **Definición y diagnóstico.**

No existe un diagnóstico específico actual, separado y con nombre para la hipersexualidad, por lo que, algunos médicos usan la categoría de trastorno sexual no especificado de otra manera, para diagnosticar la conducta hipersexual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). El Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos

mentales indicó que, esta categoría se incluye para codificar un trastorno sexual que no cumple con los criterios para ningún trastorno sexual específico y no es un problema sexual de disfunción ni una parafilia (Villalobos & Cuesta, 2017).

Actualmente, el manual está siendo revisado, y el Subgrupo de Parafilia del Grupo de Trabajo DSM-5 sobre Trastornos de Identidad Sexual y de Género ha considerado el comportamiento hipersexual como un problema, y ha propuesto el término trastorno hipersexual como una categoría distinta con los siguientes criterios de diagnóstico para su inclusión, modificación o rechazado para su uso en el DSM-5 (Botella, Arredondo, Hurtado, & Sabate, 2016).

***Trastorno hipersexual.***

Se puede clasificar al trastorno de hipersexualidad dentro de lo siguiente (Llorente & Catalayud, 2016):

- a. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes e intensas, impulsos sexuales o conductas sexuales en asociación con tres o más de los siguientes cinco criterios:
  - El tiempo consumido por fantasías sexuales, impulsos o comportamientos interfiere repetidamente con otros objetivos, actividades y obligaciones importantes (no sexuales).
  - Participar repetidamente en fantasías, impulsos o conductas sexuales en respuesta a estados de humor disfóricos (por ejemplo, ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).
  - Participar repetidamente en fantasías sexuales, impulsos o conductas en respuesta a eventos estresantes de la vida.

- Esfuerzos repetitivos pero no exitosos para controlar o reducir significativamente estas fantasías, impulsos o conductas sexuales.
  - Participar repetidamente en conductas sexuales sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional para sí mismo o para otros.
- b. Existencia de un malestar o deterioro personal clínicamente significativo en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento asociadas con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos o conductas sexuales.
- c. Estas fantasías, impulsos o conductas sexuales no se deben al efecto fisiológico directo de una sustancia exógena (por ejemplo, una droga de abuso o un medicamento).

Es importante tener en cuenta que el comportamiento sexual es una parte normal y saludable de la vida, y muchas personas disfrutan estar activas con múltiples parejas sexuales o buscar diferentes tipos de experiencias sexuales. La hipersexualidad se vuelve problemática cuando causa una angustia significativa a una persona, o la pone en riesgo de hacerse daño a sí misma o a otra persona (Llorente & Catalayud, 2016). Por lo tanto, sobre tales premisas, la hipersexualidad también puede estar vinculada a la depresión y la ansiedad; algunas personas pueden evitar emociones difíciles, como la tristeza o la vergüenza, y buscar un alivio temporal al participar en el comportamiento sexual. Los antojos sexuales, por lo tanto, pueden enmascarar otros problemas como la depresión, la ansiedad y el estrés (Tovar-García & Campayo, 2017).

### ***Críticas de la hipersexualidad.***

Numerosas críticas han advertido contra el mal uso del concepto de hipersexualidad, que podría calificar el comportamiento normativo como patológico. Por ello, la literatura ha

discutido la relatividad cultural e histórica de la conducta sexual, utilizando el término guiones sexuales para referirse a las conductas sexuales que proporcionan estándares reconocidos por los grupos sociales (Botella, Arredondo, Hurtado, & Sabate, 2016).

Siendo así, el significado de la normalidad sexual, advierte que el problema es que la existencia misma de estándares de normalidad genera consecuencias psicológicas negativas para quienes se desvían, lo que se conoce como la función de control social de las normas. Y una vez que las normas se convierten en estándares clínicos, es muy difícil identificar aquellos problemas psicológicos que podrían no existir si la conformidad social no fuera tan importante (Cedrés, 2018).

Las críticas al concepto de compulsividad sexual desde la perspectiva sociológica del construccionismo social, se enfatiza en la escritura que en cualquier sociedad dada, los guiones sexuales proporcionan los estándares que determinan el control erótico y la normalidad. Lo que una sociedad considera sexualmente fuera de control o desviado puede o no ser visto como tal en otra (Merola, 2015). Por ello, la literatura de la hipersexualidad refleja un entorno negativo para el sexo en el que es demasiado fácil estigmatizar a quienes evocan una ambivalencia acerca de las altas tasas de actividad sexual.

Además, cualquier nueva taxonomía sería aconsejable para evitar acusaciones de terapeuta y prejuicios culturales incorporados. Los proponentes de tales cambios en las categorías de diagnóstico a menudo también tienen programas de tratamiento para promover; si bien cualquier cambio merece ser considerado seriamente, estos programas (por ejemplo, para el tratamiento de la adicción sexual) no han mostrado criterios diagnósticos claros ni datos de resultados a largo plazo (Andión & Brugué, 2013).

Por tal razón, comportamiento sexual compulsivo, advierte la sobre patologización de este trastorno como un peligro siempre presente. Los profesionales con actitudes

conservadoras o restrictivas sobre la sexualidad pueden imponer una etiqueta patológica en el comportamiento sexual normativo; por lo que, en estudios psicológicos de evaluación de la hipersexualidad, se ha propuesto que las etiquetas como la adicción sexual y la compulsividad sexual son peligrosas para el diagnóstico (Alvarez, 2014).

Con ello, se ha afirmado que el verdadero peligro al etiquetar la hipersexualidad es no saber qué constituye un comportamiento sexual excesivo y, sin embargo, se está aplicando una etiqueta que puede tener síntomas patológicos asociados de manera inapropiada, presentando construcciones vinculadas con la hipersexualidad, como la ansiedad, la compulsividad y la impulsividad (Suárez, Anchía, & Barrutieta, 2016). Por lo tanto, la definición literaria de hipersexualidad ha sido, y sigue siendo, controvertida hasta la actualidad.

### **Mindfulness y comportamiento hipersexual**

Se han aplicado intervenciones de atención plena a una constelación de problemas en el campo de la salud mental en un esfuerzo por reducir la angustia psicológica y el sufrimiento emocional (Squillace, 2016). Desde una perspectiva clínica, la eficacia de las intervenciones de atención plena se ha demostrado en trastornos en los que la regulación de la conducta está comprometida. Por otra parte, la atención plena o *mindfulness* parece atenuar las características problemáticas que a menudo están implicadas en diversos trastornos psiquiátricos, incluidos aquellos que involucran déficits en el autocontrol, impulsividad, y desregulación emocional (Tovar-García & Campayo, 2017).

Siendo así, debido a que la conducta impulsiva, la desregulación emocional y la propensión al estrés también son comunes en los individuos que buscan ayuda para la conducta hipersexual que es motivada por la relación con la impulsividad, presenta los



enfoques de atención plena que pueden tener un potencial para beneficiar a esta población (Badaracco, 2017).

Como precursor de un estudio de resultados con uso intensivo de recursos, es conveniente investigar qué relaciones existen, si las hay, entre la atención plena, la impulsividad y la hipersexualidad. Por lo que, esta investigación pretende aportar al desarrollo de la literatura, al examinar cómo y hasta qué punto las técnicas de *mindfulness* como practica de meditación, ayuda a la reducción de conductas ansiosas e impulsivas en personas que padecen de hipersexualidad (Rueda & Pinto, 2016). Además, este estudio evalúa si existen relaciones significativas entre la atención plena y la hipersexualidad más allá de las asociaciones que comúnmente se encuentran con la desregulación emocional y la impulsividad.

#### ***Relación entre impulsividad e hipersexualidad.***

Los criterios diagnósticos propuestos que se consideraron para el Manual diagnóstico y estadístico del trastorno mental (DSM-5), caracterizan el trastorno hipersexual como un fenómeno que involucra la preocupación repetitiva e intensa por las fantasías, impulsos y conductas sexuales a las consecuencias adversas y al deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los individuos que buscan ayuda para este trastorno, generalmente experimentan múltiples intentos fallidos de controlar o disminuir la cantidad de tiempo dedicado a participar en fantasías, impulsos y comportamientos sexuales en respuesta a estados de ánimo disfóricos o eventos estresantes de la vida (Bologni, 2017). Estos síntomas deben persistir por un período de al menos 6 meses y deben ocurrir independientemente del uso de drogas o la

manía para que se establezca un diagnóstico que relaciona la impulsividad conductual con la hipersexualidad.

Las personas que presentan hipersexualidad a menudo presentan altos niveles de psicopatología comórbida, incluidos el estado de ánimo, la ansiedad, déficit de atención y trastornos relacionados con sustancias. Estas características de la personalidad como propensión al aburrimiento, impulsividad y vergüenza, sensibilidad interpersonal, alexitimia, soledad y baja autoestima también se han observado en asociación con el comportamiento hipersexual. En conjunto, estas condiciones y características comórbidas crean desafíos significativos para los individuos hipersexuales (Cedrés, 2018).

La importancia de encontrar tratamientos efectivos para el trastorno hipersexual no se puede subestimar dada la gravedad de sus consecuencias, por ello, las personas que sufren de hipersexualidad tienen un mayor riesgo de pérdida de empleo, problemas legales, aislamiento social, mayores tasas de divorcio e infecciones de transmisión sexual. Por ello, este campo necesita tratamientos innovadores con respaldo empírico, tal como se integra a la práctica de *mindfulness* (Merola, 2015). Esto plantea la premisa de que personas que sufren de este trastorno podrían ser abordados de manera efectiva mediante intervenciones de atención plena que se refieran a un mejor conocimiento y control cognitivo.

### **Prácticas de mindfulness para ayudar a reducir la impulsividad e hipersexualidad**

Las prácticas de mindfulness para ayudar a reducir la impulsividad e hipersexualidad tienen sus bases literarias en la definición del proceso de concienciar y aceptar la experiencia de los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales en un momento dado. Aunque varias técnicas de meditación utilizadas para cultivar la atención plena se han originado en las filosofías espirituales budistas, la psicología contemporánea se ha centrado

más en las aplicaciones clínicas para la práctica de la atención plena y ha omitido la adhesión a cualquier dogma espiritual o religioso en particular (Urrego, 2017).

Dada la superposición entre la atención plena de rasgos y tantos otros procesos mentales, no es de extrañar que los enfoques de atención plena se hayan utilizado con éxito para tratar una amplia variedad de trastornos psiquiátricos y conductas desadaptativas (Freire, 2018). Por ejemplo, los estudios han demostrado fuertes asociaciones entre la atención plena y la reducción de los síntomas en los trastornos del estado de ánimo / ansiedad, propensión al estrés, obesidad, y trastornos por déficit de atención e impulsividad.

Por tanto, la literatura también ha vinculado la práctica de la atención plena con resultados positivos en poblaciones con trastornos relacionados con sustancias. Particularmente interesantes son los hallazgos de un pequeño estudio piloto que usó la terapia de aceptación y compromiso (que comparte algunos puntos en común con la atención plena) para reducir el 85% del consumo excesivo de pornografía problemático en una muestra de hombres (Suárez, Anchía, & Barrutieta, 2016). Como se señaló anteriormente, las personas que buscan ayuda para el comportamiento hipersexual con frecuencia se presentan con psicopatología comórbida, estimando deficiencias en la regulación emocional, control de impulsos, y estrategias efectivas para enfrentar su impulsividad (Badaracco, 2017).

Es plausible que la atención plena pueda atenuar la psicopatología y otras deficiencias encontradas entre quienes sufren de trastorno de hipersexualidad; si bien es probable que la literatura actual vincula la atención plena con la impulsividad como una desregulación emocional que propende al trastorno de hipersexualidad, no está claro si la variación única será atribuible a ello o a más trastornos, pero sí es claro que el ejercicio de atención plena o *mindfulness* constituye un elemento que motiva a la reducción de conductas ansiosas e

impulsivas en personas que padecen el trastorno de hipersexualidad, con prácticas tales como intervenciones con duración de 3 – 8 semanas, con ejercicios:

***Meditación sobre la composición corporal y descomposición.***

este aspecto de la práctica se basa en *sutras* budistas que incluyen meditaciones detalladas sobre la composición del cuerpo y su descomposición después de la muerte. El objetivo es ayudar a comprender mejor la verdadera naturaleza del objeto de su deseo (es decir, el cuerpo) (Andión & Brugué, 2013). Por ejemplo, una de las meditaciones guiadas debe involucrar la construcción mental del cuerpo y la identificación de sus partes constituyentes que en sí mismas no son particularmente deseables (por ejemplo, uñas, cabello, moco, heces, orina, pus, vómito, sangre, tendones, piel, huesos, etc.). Otra meditación guiada debe consistir en visualizar el proceso de decadencia que sufre el cuerpo después de la muerte (es decir, como parte de la comprensión de la verdadera naturaleza del cuerpo y el futuro inevitable que lo espera) (Galván, 2018).

***Meditación de la compasión y la bondad amorosa.***

La persona se presenta a la meditación de la compasión y la bondad amorosa por varias razones, pero el propósito principal es crear conciencia del sufrimiento de los demás, incluidas las personas utilizadas para tener relaciones sexuales (Villalobos & Cuesta, 2017). Con ello, se alienta a ver a tales individuos como seres humanos (es decir, con problemas y esperanzas propios) y no solo como objetos para satisfacer sus necesidades sexuales.

***Meditación analítica.***

La persona debe ser guiada utilizando meditaciones destinadas a socavar la creencia de que el yo (o, para el caso, cualquier fenómeno) existe intrínsecamente que le ayuden a la deconstrucción de los impulsos que lo llevan a la hipersexualidad (Cedrés, 2018).

***Sexo en contexto.***

Este aspecto de las prácticas se basa principalmente en la discusión de la relación entre impulsividad e hipersexualidad y se enfoca en ayudar a la persona a contextualizar algunas de sus ideas y experiencias meditativas. Técnicas como el descubrimiento guiado, el razonamiento lógico y el cuestionamiento socrático se pueden emplear para ayudar al individuo a probar la validez de sus suposiciones con respecto al sexo (Llorente & Catalayud, 2016). Por ejemplo, la persona puede ser guiada a aceptar que:

- El deseo de tener relaciones sexuales es normal y biológico,
- No hay una cantidad correcta de relaciones sexuales (es decir, todos somos diferentes),
- Las relaciones sexuales son una parte importante de la vida , pero hay muchos otros aspectos (posiblemente más) importantes,
- Aceptación del contacto sexual, generalmente es su estado de ánimo (es decir, en lugar del tipo de acto sexual realizado) lo que determine si el encuentro es saludable o degradante.

Por lo tanto, la atención plena o *mindfulness* trata de estar presente en el momento con lo que surja, incluidas las experiencias incómodas o estresantes (Calderón & Escribano, 2018). Dados los preceptos revisados en este estudio, un enfoque de atención plena para reducir las fantasías, impulsos y conductas sexuales problemáticas parece plausible y está respaldado por la literatura.

## **Diseño y Metodología**

### **Diseño**

Se realizará un estudio pre –post experimental con dos grupos de estudio, un grupo experimental el cual recibe las intervenciones de mindfulness y el control que no. Se

aplicarán dos encuestas para obtener los resultados del experimento, la escala de impulsividad de Barratt y la escala para medir hipersexualidad "Hypersexuality behavior inventory" antes y después de la intervención. Para la selección de los sujetos se aplicará el cuestionario "The Hypersexual Disorder Screening Inventory" (HDSI) (Chiclana, 2013). Para medir la hipersexualidad, se elegirán los sujetos que presenten niveles leves de hipersexualidad. A través de la investigación se busca probar, ¿Cómo y hasta qué punto las técnicas del mindfulness como ejercicio, meditación y respiración ayuda a la reducción de conductas impulsivas en persona que sufren de "hipersexualidad"? La hipótesis planteada busca probar que las prácticas de mindfulness reducen la impulsividad y por lo tanto disminuye también las conductas hipersexuales. A continuación las variables a medir son las siguientes: la variable dependiente en este caso es la impulsividad y las conductas de hipersexualidad y la variable independiente es la intervención con técnicas de mindfulness como ejercicio, respiración y meditación. adicionalmente se mide lo niveles de impulsividad dado que se busca determinar si estas influyen en las conductas hipersexuales o no, las variables dependientes se medirán a través del test "Barratt" versión 11 (BIS-11) el cual ha sido aplicado a poblaciones latinas demostrando validez y HBI hypersexual behaviour inventory. Además es importante mencionar que el grupo se dividirá en grupo dos grupos; grupo experimental el cual recibirá la terapia de mindfulness y el grupo control el cual no recibe la terapia, los grupos constaran de 15 participantes cada grupo. Las intervenciones en mindfulness se realizarán una vez por semana en la instalación de un gimnasio del norte de la ciudad de Quito.

### **Población**

El estudio se enfocará en una población de hombres entre veinte y treinta años (N=30), 15 para grupo control, 15 grupo experimental deberían ser hombres con diagnóstico

de hipersexualidad. residentes de la ciudad de Quito sector norte de la provincia de pichincha, se consideran únicamente hombres dado que los índices muestran mayor incidencia de THS (trastorno de hipersexualidad) en este sexo (Chiclana, 2013). Los criterios de inclusión son hombres solteros entre veinte y treinta años de edad, quienes han recibido tratamiento psicológico y un diagnóstico psicológico previo en los últimos cinco años con nivel leve de hipersexualidad.

En cuanto a criterios de exclusión, se excluye la participación de mujeres, niños, adolescentes, dado a que a las conductas sexuales compulsivas pueden deberse a la etapa que están atravesando. Se excluirán dentro de la población personas que hayan realizado meditación de manera constante en los últimos tres meses dado que se busca participantes que no hayan realizado actividades de mindfulness para medir esta variable control en relación al trastorno.

### **Instrumentos**

#### ***“Barratt” versión 11 (BIS-11)***

Uno de los instrumentos usados dentro de la propuesta de investigación será la escala de medición llamada “Barratt” versión 11 (BIS-11). La cual comúnmente ha sido usada por psicólogos y psiquiatras dentro de diferentes áreas como estudios académicos y postulaciones clínicas (Spinella, 2007). Esta escala es comúnmente usada para medir el constructo de impulsividad, la cual se divide en tres dimensiones específicas; motora, cognitiva y no planeada. La escala ha sido adaptada a la población latinoamericana demostrando una calidad psicométrica moderada, dado que el coeficiente de alfa de Cronbach es 0.77 en su versión traducida al español, Sin embargo su versión original presenta un alfa de Cronbach de 0.80. (Lilian & Andrea, 2013).

En la actualidad, el test consta con 30 ítems, los cuales son evaluados por medio de la escala de Likert, en donde existen 4 opciones de respuesta, es decir (0 nunca, 1 raramente, 2 ocasionalmente, 3 a menudo, 4 siempre o casi siempre). Además es importante mencionar que las tres dimensiones del test son procesadas de la siguiente manera: impulsividad cognitiva (8 preguntas; 4,7,10,13,16,19,24 y 27), impulsividad motora (10 preguntas; 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29), impulsividad no planeada (12 preguntas; 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Posteriormente se obtiene la puntuación final por medio de la suma de todos los ítems. (Salvo, 2013).

### ***HBI (hipersexual behaviour inventory)***

El test HBI busca medir los mecanismos emocionales como respuesta a la disconformidad, ansiedad a través del sexo. A través de este se mide el control de pensamientos sexuales, deseos sexuales, sentimientos y comportamientos sexuales que podrían derivar en consecuencias negativas para la persona. consiste en una escala de likert de 0 a 5. Y consta de 19 de ítems, se mide a partir de tres factores: factor de afrontamiento, factor de control y factor de consecuencia. Los cuales se relacionan a comportamientos sexuales a partir de estrés, tristeza o preocupaciones como medida de regulación emocional, también a la falta de control y conductas sexuales que puedan influir en su desempeño laboral y educativo. está relacionado al número de pareja sexuales, la frecuencia de relaciones sexuales con parejas casuales y la frecuencia de masturbación, al igual que recurrir al uso de pornografía, video online, sexo en línea, etc.(Bothe.,et al, 2018).

El respectivo test, consta con una validez por medio del alfa de Cronbach, en la cual se ve expresada de la siguiente manera; factor de afrontamiento (0.91), factor de control (0.89) y factor de consecuencia (0.84). a través de los estudios en el tiempo se ha podido demostrar que la HVI es un instrumento válido para determinar hipersexualidad (adicción al



sexo), y puede ser usado en un contexto clínico o no clínico en diferentes poblaciones. Sin embargo, el comportamiento adictivo con respecto a la sexualidad tiene una baja prevalencia. (Bothe.,et al, 2018).

### **Procedimientos de recolección de datos**

La recolección de datos comenzará a partir del reclutamiento de los participantes que seguirán los siguientes pasos: en primer lugar, se contactará a pacientes ambulatorios de clínicas de salud mental ubicados en el ciudad de Quito sector norte y sur de la provincia de pichincha donde se solicitará realizar el experimento. Para constatar que cumplan los criterios diagnósticos acore del DSM V se les aplicará el test HDSI " The hypersexual screening inventory " y se invitará a participar aquellos que tengas niveles leves de hipersexualidad .En segundo lugar se realizara una plataforma electrónica donde los participantes puedan encontrar datos y publicaciones científicas sobre mindfulness, impulsividad e hipersexualidad. En esta misma plataforma se realizará una invitación para que las personas interesadas puedan acceder a registrar sus datos para el futuro contacto. Para asegurar la confidencialidad de los participantes, estos deberán introducir únicamente su número telefónico para proceder al contacto y detallar el experimento, tras esto los participantes que aún estén interesados en continuar dentro del estudio serán citados en un aula del gimnasio al que asisten para firmar el consentimiento informado. Únicamente los participantes que procedan a firmar dicho consentimiento formarán parte del estudio y se les citará durante el periodo de 12 semanas, una vez por semana donde se realizará la intervención dependiendo si los participantes son miembros del grupo experimental en un gimnasio localizado en la parte norte de Quito. Por último, los participantes deberán realizar el test de impulsividad "Barrat" y el inventario de hipersexualidad "HBI" para que de esta manera se considere su estado antes y después de la intervención en habilidades mindfulness.

A Partir de constar con el número definitivo de participantes se procederá a dividir los participantes de forma aleatoria, 30 participantes en el grupo control y 30 participantes en el grupo experimental. El tratamiento será realizado por un estudiante que está atravesando por sus último años de la carrera de psicología o psicología clínica de la universidad San Francisco de Quito, la recolección de datos se realizará a través de la aplicación del test pre y post intervención, finalmente se agradecerá a los participantes por su colaboración y se les dará los resultados obtenidos, únicamente si ellos desean.

### **Análisis de datos**

La interpretación de los datos se realizará a través del programa estadístico SPSS donde se realizará un análisis estadístico a través de T-test para medidas independientes el cual nos permitirá identificar si la terapia tuvo influencia significativa o no en los niveles de impulsividad, además se busca a través de la interpretación rechazar la hipótesis nula con un valor  $p > 0.05$ . Se busca comparar un variables entre los dos grupos, en este caso niveles de impulsividad e hipersexualidad comparando el grupo control con el grupo experimental. De tal manera, se busca encontrar la diferencia de las medias de los dos grupos. Esto se realizará a través del programa SPSS. A través de un t –test para medias independientes o muestras independientes se busca comparar la media de cada muestra, comparando la relación significativa entre la variable dependiente e independiente. Este método nos permite contrastar las hipótesis planteadas. Por ejemplo cuanto influye la aplicación de mindfulness para reducir o no niveles de impulsividad en personas con hipersexualidad ( Salazar & Castillo, 2018).

## **Consideraciones Éticas**

La universidad San Francisco de Quito se enfoca en que los trabajos e investigaciones realizados por los estudiantes, profesores y miembros de la de comunidad USFQ, sigan las normas establecidas por el comité de ética a nivel internacional y nacional, se buscará a través de este estudio que los sujetos reciban mayor beneficio como la intervención en habilidades de mindfulness que mejoran la calidad de vida de los participantes dentro del estudio, no existirán riesgos por las intervenciones si embargo los participantes pueden presentar cansancio durante la hora de intervención. Se busca seguir de forma rígida todas las consideraciones éticas acorde al comité, es decir que se realice de forma adecuada los procedimientos del tratamiento para asegurar el bienestar y evitar posibles daños a los sujetos involucrados en el trabajo o investigación. Se buscará guardar total confidencialidad de la información obtenida a través de la aplicación de las herramientas psicométricas. Los beneficios obtenidos serán de gran impacto en la vida de cada participante dado a que mejoraran su calidad de vida a través de la implementación de habilidades como mindfulness. Los participantes podrán salir del experimento voluntariamente en el momento que ellos decidan, para que de esta manera, no se sientan obligados, ya que esto perjudica en el momento de obtención de datos.

Los resultados obtenidos serán manipulados únicamente por el investigador, para que no exista incomodidad ni desconfianza con los resultados.

## **Discusión**

A través de este estudio se espera constatar que la aplicación de técnicas de mindfulness reduzcan los niveles de impulsividad en personas con niveles leves de hipersexualidad. Las practicas que se enseñaran permiten mejorar la atención, generar

autocontrol y reducir impulsividad dado a que se ha podido evidenciar que el mindfulness es una intervención efectiva para el control de impulsos (Vallejo, 2006). La efectividad del mindfulness ha sido demostrada para reducir de forma significativas conductas impulsivas y hostiles por lo que se considera que la hipótesis planteada presenta relación con estudios y artículos previamente mencionados en este trabajo. (Franco, et al. 2016).

### **Fortalezas y Limitaciones**

Una de las principales limitaciones encontradas dentro del estudio fue la infraestructura dado que los espacios donde se realizará la intervención dado que pueden influir factores como el ruido y el ambiente. claramente la muestra no es significativa por lo que se sugiere aumentar el número de sujetos. Considero que otra limitación fue la fluctuación de los participantes dentro de las sesiones ya que no todos asistieron regularmente.

Las fortalezas para esta investigación fue que el tema escogido es amplio, por lo cual se puede desarrollar diferentes intervenciones y tratamientos para reducir niveles de impulsividad en personas que sufren hipersexualidad. claramente, otra fortaleza es que existe evidencia científica que sustenta que el mindfulness tiene efectos significativos en la reducción de síntomas de impulsividad en personas con hipersexualidad

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Se puede realizar diferentes recomendaciones como realizar una comparación entre sexos con personas que presentan niveles de hipersexualidad, considerar también el grupo de mujeres para desmitificar la idea que este tipo de trastorno solo se presenta en hombres ha pesar de que su prevalencia sea así. Otra de las recomendaciones es realizar un seguimiento a los resultados a largo plazo para conocer en que áreas de la vida de los participantes el

tratamiento de hipersexualidad a través del mindfulness pudo mejorar como relaciones sexuales a través de los resultados que se obtengan a partir de la investigación. Se recomienda analizar otro tipo de estudios por ejemplo la relación entre creencias religiosas e hipersexualidad o prácticas deportivas y reducción de hipersexualidad, Se recomienda que en el Ecuador se realizar investigación de tipo longitudinal sobre este tema. Otra recomendación importante es realizar psicoeducación de carácter sexual desde los primeros años de la infancia, para que de esta manera la sexualidad se viva de manera segura y placentera.

## REFERENCIAS

- Allen, J. G. (Julio de 2017). La teoría de la Personalidad de Eysenck: El modelo PEN. *Revista Psicología y Mente de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*(5), 21.
- Alvarez, R. G. (2014). *Mindfulness para el mundo: Vivir en el presente sin juzgar* (Tercera ed.). Santo Domingo, República Dominicana: Editora Buho.
- American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of DSM-5. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).  
doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053
- Andión, O., & Brugué, M. C. (2013). *Trastorno Límite de la Personalidad: Diferentes manifestaciones de un mismo trastorno*. Investigación científica, Universidad Autónoma de Barcelona , Programa de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Clínica, Barcelona.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Nueva York, Estados Unidos: APA-DSM-5.
- Aurrecochea, N. (Junio de 2015). Intervenciones psicoterapéuticas en el seguimiento psiquiátrico: acerca de un caso clínico de trastorno bipolar y consumo de sustancias. *Revista Psiquiátrica Uruguaya*, 2(79), 123-125.
- Badaracco, P. G. (2017). *Mindfulness y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Humanas. Lima: PUCP.
- Barajas, S., & Palud, L. G. (2013). *Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión*. Universidad de Castilla-La Mancha, Departamento de Psicología. Ciudad Real: UCLM.

- Besora, M. V. (2 de Mayo de 2017). Mindfulness y Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, XVI(66/67), 53.
- Bologni, A. F. (2017). *Tratamiento basado en Mindfulness para pacientes con Adicción al alcohol y cocaína*. Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: UAM.
- Botella, L., Arredondo, M., Hurtado, P., & Sabate, M. (Marzo de 2016). Programa de Entrenamiento en Mindfulness basado en prácticas breves e integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 134-136.
- Bóthe, B., Kovács, M., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Orosz, G., & Demetrovics, Z. (2018). The Psychometric Properties of the Hypersexual Behavior Inventory Using a Large-Scale Nonclinical Sample. *The Journal of Sex Research*, 1–11. doi:10.1080/00224499.2018.1494262
- Calderón, R., & Escribano, C. C. (7 de Agosto de 2018). Revisión sistemática sobre la aplicación y efectividad de tratamientos basados en mindfulness en personas con discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidades*, 6(1), 52-54.
- Cedrés, S. (2018). *Hipersexualidad*. Sociedad Uruguaya de Sexología, Centro Médico Sexológico. Montevideo: PLENUS.
- Chiclana, C. (2013). Hipersexualidad, trastorno hipersexual y comorbilidad en el eje i.
- Chiclana, C., Contreras, M., Rama, D., Carriles, S. (2015). Adicción al sexo: patología independiente o sintoma comorbido?. Recuperado de file:///Users/robertoandresherrerallori/Downloads/Sexualaddiction-independententityorcomorbidsympton.pdf

Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198–208.

doi:10.1037/a0022062

Julie Déziel, Natacha Godbout & Martine Hébert (2018) Anxiety, Dispositional Mindfulness, and Sexual Desire in Men Consulting in Clinical Sexology: A Mediation Model, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44:5, 513-520, DOI: [10.1080/0092623X.2017.1405308](https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405308)

Ferré, J., Bach, G. M., & Solá, I. T. (2018). *Psiquiatría y Sexualidad* (Segunda ed.). Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.

Firpo, L., Schmidt, V., Oliván, D. D., & Casella, E. (Julio de 2013). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck. *Revista Internacional de Psicología*, 11(02), 11.

Franco, C., Amutio, A., López-González, L., Oriol, X., & Martínez-Taboada, C. (2016). *Effect of a Mindfulness Training Program on the Impulsivity and Aggression Levels of Adolescents with Behavioral Problems in the Classroom. Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.01385

Freire, H. (2018). *¡Estate quieto! Ambientes más saludables para prevenir el déficit de atención y la hiperactividad* (Primera ed., Vol. 1). Barcelona, España: Herder Editorial S.L., Barcelona.

Galí, A. F. (2017). *Difusión, Mindfulness y Valores Personales*. Investigación científica, Universidad Autónoma de Barcelona, Programa de Doctorado en Psiquiatría, Barcelona.



- Galván, V. F. (2018). *Relación entre Inteligencia Emocional, Impulsividad y ciberbullying*. Universidad Internacional de la Rioja, Máster Universitario en Neuropsicología y Educación. París: UNIR.
- Gavilán, R. T., & Castel, J. C. (2017). *La atención plena o mindfulness en la educación emocional*. Investigación científica, Universidad de Barcelona, Posgrado en Educación Emocional y Bienestar, Barcelona.
- Gómez, S. D. (2017). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Inteligencia emocional y salud en estudiantes universitarios*. Investigación científica, Universidad Católica de Murcia, Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Murcia.
- Hernández, S. Z., Jerez-Castiblanco, J. C., Padilla, G. L., & Perea-Gil, L. F. (2 de Septiembre de 2018). Análisis bibliométrico de intervenciones basadas en terapia de tercera generación. *Revista Perspectiva Psicológica de la Universidad Católica de Colombia*, 14(1), 6-10.
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (6 de Octubre de 2016). Intervenciones Psicológicas basadas en Mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Revista Clínica y Salud: Universidad Complutense de Madrid*, 27(3), 115-117.
- Janeiro, J. P., Schmidt, V., & Squillace, M. (Agosto de 2018). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 11.
- Jiménez, E., Vieta, E., & Banaberre, A. (2014). *Marcadores de vulnerabilidad para la conducta suicida en el trastorno bipolar*. Investigación científica, Universidad de Barcelona, Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica, Barcelona.

- Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, Assessment, and Treatment of Hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 181–198.  
doi:10.1080/00224491003592863
- Lazaridou, A., & Kalogianni, C. (2013). Mindfulness and sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 29–38. doi:10.1080/14681994.2013.773398
- Lilian, S.G. & Andrea, C.S.. (2013). Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. 51. 245-254.
- Llorente, I. M., & Catalayud, D. P. (2016). *Mindfulness y agresividad*. Artículo científico, Universitat Jaume, Grado en Psicología, Castellón de la Plana.
- Maureira, F. (2018). *Principios de Neuroeducación Física* (Segunda ed., Vol. II). Madrid, España: Bubok Publishing SL.
- Merola, J. L. (2015). *Bases teóricas y clínicas del comportamiento impulsivo* (Primera ed., Vol. I). Madrid, España: Ediciones San Juan de Dios.
- Moncada, L., Acero, L., & Ramírez, A. (2015). *Psicoterapia corporal: Revisión de los aportes teóricos y clínicos de Wilhelm Reich, en el análisis bioenergético de Alexander Lowen y la biosíntesis de David Boadella*. Investigación científica, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales: Carrera de Psicología, Santiago .
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. Clasificación de Enfermedades, OMS, París.
- Ortuño, J. L. (2015). *Estudio Descriptivo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH: Perfil psicoeducativo y Comorbilidad en los diferentes subtipos*. Investigación científica, Universidad de Murcia, Departamento de Psicología Evolutiva , Murcia.

- Polo, J. V. P., & Díaz, D. E. P. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Quintana, J. A., & Chavarren, J. (2015). *Estado Emocional, Mindfulness y Rendimiento*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Departamento de Educación. Las Palmas: AEMIND.
- Rodríguez, F. M. (2015). *Yoga y Meditación Mindfulness: Psiconeuroinmunoendocrinología e implicaciones clínicas*. Investigación científica, Universidad de Málaga, Facultad de Psicología, Málaga.
- Rueda, F. J., & Pinto, L. P. (Julio de 2016). Impulsividad y facetas de la personalidad: Relación entre instrumentos de medida. *Revista Ciencias Psicológicas de la Universidad Católica del Uruguay*, 10(1).
- Salazar, C., & Castillo., P. (2018). Fundamentos básicos de estadística. Obtenido el 19 de febrero del 2019 de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13720/3/Fundamentos%20B%20C3%A1s%20de%20Estad%20C3%ADstica-Libro.pdf>
- Salvo G, L., & Castro S, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2017). *Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness* (Primera ed.). Madrid, España: Editorial Kairós.
- Solé, S. (2015). *Corrección del estrés emocional a través del Mindfulness: aplicaciones en la lesión deportiva*. Investigación científica, Universitat de Lleida, Departamento de Psicología, Lérida.

- Spinella, M. (2007). Normative data and a short form of the Barratt Impulsiveness scale *International Journal of Neuroscience*, 117(3), 359–368. doi:10.1080/00207450600588881
- Squillace, M. (2016). *Tres tipos de impulsividad: El corazón del modelo de personalidad de Eysenck*. Artículo científico, Universidad de Buenos Aires, VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires.
- Suárez, E. L., Anchía, R. J., & Barrutieta, L. H. (2016). *Estados de Consciencia durante la Práctica Meditativa: Un estudio neurofenomenológico*. Universidad Pontificia de Comillas, Departamento de Psicología. Madrid: ICADE.
- Tovar-García, R., & Campayo, J. (2017). *El impacto de Mindfulness en el mundo*. Investigación científica, Universidad Complutense de Madrid, Escuela de Psicología, Madrid.
- Urrego, S. J. (2017). *Mindfulness, espacio favorecedor de autoconocimiento*. Investigación científica, Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Especialización en Desarrollo Humano con Énfasis en Procesos Afectivos y Creatividad, Bogotá.
- Vallejo P. (2006). Mindfulness. *papeles del psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2016). Meditation Awareness Training for the Treatment of Sex Addiction: A Case Study. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 363–372. doi:10.1556/2006.5.2016.034
- Villalobos, O. S., & Cuesta, V. (7 de Noviembre de 2017). Tecno-Adicción al Sexo en la población juvenil: Propuesta del diseño de una escala de detección temprana. *Revista de Comunicación y Salud de la Universidad Complutense de Madrid*, 7, 121-125

## ANEXO A: INSTRUMENTOS

### BIS 11

	Rara mente o Nunca (0)	Ocasio- nalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				

14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Esta Escala se ha imprimido con la autorización del Dr. Matthew S. Stanford. Validada en Chile por: Salvo L, Castro A. 2013.

## HIPERSEXUALITY BEHAVIOR INVENTORY

Ítem	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
1. Uso el sexo para olvidarme de las preocupaciones cotidianas.	1	2	3	4	5
2. Aunque me prometo no repetir ciertas conductas sexuales, las hago nuevamente.	1	2	3	4	5
3. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a sentirme menos solo/a.	1	2	3	4	5
4. Participo en actividades sexuales sabiendo que luego me arrepentiré.	1	2	3	4	5
5. Sacrifico cosas que realmente quiero en mi vida por el sexo.	1	2	3	4	5
6. Recorro al sexo cuando experimento sentimientos desagradables.	1	2	3	4	5
7. Fracaso en mis intentos por cambiar mi conducta sexual.	1	2	3	4	5

8. Cuando me siento inquieto, recorro al sexo para calmarme.	1	2	3	4	5
9. Mis pensamientos y fantasías sexuales me distraen de cumplir tareas.	1	2	3	4	5
10. Practico actividades sexuales que están en contra de mis valores y creencias.	1	2	3	4	5
11. Aunque mi conducta sexual sea irresponsable, tengo dificultades para detenerla.	1	2	3	4	5
12. Siento que mi conducta sexual me lleva en una dirección a la que no quiero ir.	1	2	3	4	5
13. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a manejar mi estrés.	1	2	3	4	5
14. Mi conducta sexual controla mi vida.	1	2	3	4	5
15. Siento que mis ansias y deseos sexuales son más fuertes que mi autodisciplina.	1	2	3	4	5

Ítem	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
16. El sexo es para mí una forma de manejar el malestar emocional que siento.	1	2	3	4	5
17. Sexualmente, me comporto de formas que creo que están mal.	1	2	3	4	5
18. Uso el sexo como una forma de ayudarme a afrontar mis problemas.	1	2	3	4	5
19. Mis actividades sexuales interfieren en algunos aspectos de mi vida.	1	2	3	4	5

## HDSI

Tabla 2. Inventario de detección del Trastorno Hipersexual.

0 = Falso 1 = Raramente verdad 2 = A veces verdad 3 = A menudo verdad 4 = Casi siempre verdad

**A.1.** Durante los últimos 6 meses, he gastado una gran cantidad de tiempo en fantasías e impulsos sexuales así como planificando y participando en comportamiento sexual.

**A.2.** Durante los últimos 6 meses, he utilizado las fantasías sexuales y la conducta sexual para hacer frente a sentimientos difíciles (por ej.: preocupación, tristeza, aburrimiento, frustración, culpa o vergüenza.)

**A.3.** Durante los últimos 6 meses, he utilizado las fantasías sexuales y la conducta sexual para evitar, aplazar o hacer frente a tensiones y otros problemas difíciles o responsabilidades en mi vida.

**A.4.** Durante los últimos 6 meses, he tratado de reducir o controlar la frecuencia de las fantasías, impulsos y comportamientos sexuales, pero no he tenido mucho éxito.

**A.5.** Durante los últimos 6 meses, he seguido participando en el comportamiento sexual de riesgo que podría o ha causado lesiones, enfermedad o daño emocional a mí mismo, mi pareja(s) o a una relación significativa.

**B.1.** Durante los últimos 6 meses, frecuentes e intensas fantasías, impulsos y comportamientos sexuales han hecho que me sienta molesto o mal conmigo mismo (por ejemplo, sentimientos de vergüenza, culpa, tristeza, preocupación o disgusto) o he tratado de mantener en secreto mi comportamiento sexual.

**B.2.** Durante los últimos 6 meses, frecuentes e intensas fantasías sexuales, impulsos y comportamientos sexuales han causado problemas significativos para mí en el plano personal, social, laboral u otras áreas importantes de mi vida.

**Puntuación Total** \_\_\_\_\_

**C.1.** Marque con una "X" en la línea de la izquierda en cada tipo diferente de comportamiento sexual que usted piensa que le ha afectado para tener problemas (como en el apartado B.1.) y/o ha tenido consecuencias significativas (como en el apartado B.2.) durante los últimos 6 meses.

\_\_\_ Masturbación: por sí misma o en otras actividades sexuales.

\_\_\_ Pornografía (algunos ejemplos incluidos: videos de Internet, imágenes y webcasts, revistas porno, DVDs/videos, Tv y películas de clasificación X.)

\_\_\_ Comportamientos sexuales con el consentimiento de adultos (contacto directo). Algunos ejemplos incluidos: utilización de servicios de acompañamiento, prostitutas, repetidos "one-night stands", anónimos y breves encuentros sexuales, affairs repetidos, visitas a salas de masaje que incluyen sexo.)

\_\_\_ Actividades de Cibersexo (algunos ejemplos incluidos: charlar por internet relacionadas con el sexo, comportamientos sexuales con web-cams, otros comportamientos sexuales virtuales.)

\_\_\_ Sexo Telefónico.

\_\_\_ Clubs de striptease.

\_\_\_ Otros comportamientos sexuales: (especificar \_\_\_\_\_)

Nº Total de los diferentes comportamientos sexuales reportados \_\_\_\_\_ (0-7)



**ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**

**Universidad San Francisco de Quito**

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

**Formulario Consentimiento Informado**

**Título de la investigación:** ¿Cómo y hasta qué punto las técnicas del mindfulness como ejercicio, meditación y respiración ayuda a la reducción de conductas impulsivas en persona que sufren de hipersexualidad ?

**Organización del investigador** *Universidad San Francisco de Quito*

**Nombre del investigador principal** *Roberto Andres Herrera Llori*

**Datos de localización del investigador principal:** 0996860227

**Co-investigadores** *(nombres completos)*

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

**Introducción**

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre cómo las técnicas de mindfulness influyen en las conductas impulsivas en personas que sufren hipersexualidad. El estudio se enfoca en medir si las técnicas de mindfulness como respiración, ejercicio y meditación pueden reducir dichas conductas a través de intervenciones psicoterapéuticas dentro del periodo de tres meses una vez por semana.

**Propósito del estudio** (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El propósito del estudio es medir cuán eficaz es la implementación de mindfulness para reducir conductas impulsivas en personas que presenten rasgos de hipersexualidad. El estudio se dará dentro de la instalación del gimnasio al que asista una vez por semana donde se trabajarán temas de ejercicio, respiración y meditación. Buscamos participantes hombres entre 20 y 30 años. Para seleccionar nuestra muestra se aplicarán primero dos pruebas tanto para la impulsividad como para la agresividad.

**Descripción de los procedimientos** (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

1. Contactar con los establecimientos deportivos
2. Generar una plataforma electrónica psicoeducativa
3. reclutar los sujetos
4. Aplicar los test HBI y Barratt para discernir nuestros participantes
5. Comenzar el tratamiento
6. Re aplicar los test para medir cambio
7. Agradecimiento

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

No existen riesgos potenciales dentro del tratamiento debido a que es de poco impacto físico y tampoco se presentan intervenciones psicoterapéuticas sino psicoeducativas. Los beneficios son mayores dado que se dará el aprendizaje de habilidades que permitan mejorar la calidad de vida en lo personal y otros aspectos

**Confidencialidad de los datos** (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante** (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono \_\_0996860227\_\_ que pertenece a \_\_Roberto Herrera\_\_\_\_\_, o envíe un correo electrónico a \_\_\_\_\_rherreral@estud.usfq.edu.ec\_\_\_\_\_

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

**Consentimiento informado** (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Fecha

Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

