



UNIVERSITAT
JAUME•I

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
ONLINE PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL
CIBERSEXO

Marta García Barba

Directores.

Rafael Ballester Arnal y Jesús Castro Calvo

Septiembre 2022



Programa de Doctorado en Psicología
Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ONLINE
PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL CIBERSEXO**

**Memoria presentada por Marta García Barba para optar al grado de doctora
por la Universitat Jaume I**

Marta García Barba

Rafael Ballester Arnal

Jesús Castro Calvo

Esta tesis doctoral se ha realizado gracias a una ayuda predoctoral para la formación de personal investigador concedida por la Consellería D'educació, Investigació, Cultura i Esport de la Comunidad Valenciana (ACIF/2018/24) y a un proyecto financiado por la Universitat Jaume I (P1·1B2015-82)



Agradecimientos

Me gustaría que estas líneas fueran un pequeño reconocimiento a todas las personas que han estado a mi lado durante estos años y han hecho posible que todo este trabajo haya dado sus frutos.

De todas las personas que han formado parte de este recorrido quisiera expresar mi especial agradecimiento a Rafael Ballester. Por toda la dedicación y el cariño con el que me ha guiado desde mis inicios; por confiar en mí y ofrecerme la oportunidad de formar parte de este equipo y, sobre todo, por el gran privilegio que supone aprender tanto personal como profesionalmente a su lado.

En segundo lugar, quisiera mostrar mis agradecimientos a Jesús Castro, otra de las piezas fundamentales de este proceso de aprendizaje, que me ha acompañado durante todos estos años, y al que siempre tendré un especial cariño y admiración.

A mis padres, por el amor y apoyo incondicional que me han brindado siempre, por darme las alas cuando necesitaba volar y recogerme cuando todavía no me había caído. A mi hermano, por acompañarme desde siempre en todos mis aciertos y mis errores, por enseñarme y transmitirme buenos valores y cuidar siempre de mí. Sin vuestro sacrificio no podría haber llegado hasta aquí. Gracias por creer en mí.

También quiero agradecer a las personas que forman parte del equipo Salusex con las que he podido compartir muchas experiencias y aprendizajes. Sobre todo, me gustaría destacar el apoyo y cariño que he sentido todos estos años por parte de mis compañeros, quienes día tras día han estado en los buenos y malos momentos. Me gustaría reconocer especialmente la labor de Cristina, las buenas cualidades personales y profesionales que posee hacen que trabajar y aprender a su lado sea un auténtico placer.

Gracias también a todos y cada uno de mis amigos y amigas, muchos de ellos a los que podría llamar familia, por escucharme, aconsejarme y acompañarme siempre, y por ser una gran vía de escape. Gracias por hacerme disfrutar y valorar cada momento.

No quisiera terminar estas líneas sin mostrar mi profundo agradecimiento a todas las personas que han participado en este estudio a las que a lo largo de estas líneas nos referimos como pacientes o participantes, pero de las que me llevo un grandísimo aprendizaje.

En definitiva, quisiera dar las gracias a todas las personas que se han cruzado en mi camino durante todo este tiempo y que han aportado su pequeño grano de arena.

¿Has tenido realmente alguna vez un maestro? ¿Un maestro que te viera como algo en bruto pero precioso, como una joya que, con sabiduría, podía pulirse para darle un brillo imponente? Si tienes la suerte suficiente para encontrar el camino que conduce a maestros así, siempre encontrarás el camino para volver a ellos.

Martes con mi viejo profesor, Mitch Albom, 2008.

RESUMEN

La adicción al cibersexo es un trastorno relativamente desconocido en lo que respecta a aspectos como los criterios diagnósticos, la sintomatología comórbida, así como la eficacia de intervenciones específicas. Este estudio pretende conocer el perfil de las personas adictas al cibersexo y analizar la eficacia de un programa de intervención específico para este trastorno. Para ello, 59 personas con un perfil de riesgo/adicción fueron evaluadas, 25 de las cuales completaron la intervención (GE). Estas personas fueron evaluadas tras la intervención y 1, 3, 6 y 12 meses tras su finalización. Estos datos se compararon con los obtenidos en un grupo control (n=22). Los resultados revelan un perfil de personas adictas al cibersexo compuesto por determinadas características sociodemográficas y clínicas. Además, este es el único estudio controlado realizado hasta la fecha para analizar la eficacia de un programa estructurado cognitivo-conductual específico para este trastorno con un seguimiento de un año.

ABSTRACT

Cybersex addiction is a relatively unknown disorder regarding aspects such as diagnostic criteria, comorbid symptomatology, as well as the efficacy of specific interventions. This study aims to know the profile of people with cybersex addiction, as well as to analyze the efficacy of a specific intervention program for this disorder. For this purpose, 59 individuals with a risk/addiction profile were assessed, 25 of whom completed the intervention (GE). These individuals were evaluated after the intervention and 1, 3, 6 and 12 months after its conclusion. These data were compared with those obtained by a control group (n=22). The results reveal a profile of people with cybersex addiction composed of particular sociodemographic and clinical characteristics. In addition, this is the only controlled study conducted to date to analyze the efficacy of a structured cognitive-behavioral program specific for this disorder with a one-year follow-up.

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN	19
II. MARCO TEÓRICO	23
Capítulo 1. Introducción a las Actividades Sexuales <i>Online</i>	24
1. Concepto y definición de las actividades sexuales <i>online</i>	24
2. Prevalencia de consumo de ASOs y factores moduladores	25
2.1 Diferencias de género.....	25
2.2 Edad.....	27
2.3 Orientación sexual.....	28
2.4 Contextos culturales.....	29
2. 5 Tipos concretos de actividad sexual <i>online</i>	31
3. Motivaciones vinculadas al uso de internet con fines sexuales	33
4. Consecuencias de las actividades sexuales <i>online</i>	35
5. Tipos de perfiles de consumo de internet con fines sexuales.....	37
6. Resumen.....	38
Capítulo 2. Adicción al cibersexo: descripción del cuadro clínico, prevalencia, desarrollo, mantenimiento y consecuencias.....	39
1. Adicción al cibersexo: definición y criterios diagnósticos	39
2. Prevalencia del uso problemático y/o adictivo del cibersexo	42
3. Desarrollo y mantenimiento de la adicción al cibersexo	44
3.1. Predisponentes, precipitantes y/o mantenedores.....	44
3.1.1 Características del cibersexo	45
3.1.2 Características individuales.....	45
3.2 Origen y mantenimiento de la adicción al cibersexo	51
3.2.1 Modelos generales de la adicción al sexo	51
3.2.2 Modelos específicos de la adicción al cibersexo.....	55
3.2.3 Modelos específicos de las adicciones vinculadas a internet.....	58
3.2.4 Modelos biológicos que explican la adicción al sexo y al cibersexo	59
4. Consecuencias relacionadas con la adicción al cibersexo.....	60
4.1 Consecuencias emocionales	60
4.2 Consecuencias en la sexualidad	60
4.3 Consecuencias en las relaciones interpersonales	62
4.4 Consecuencias económicas y laborales.....	62

4.5 Consecuencias legales.....	63
5. Resumen.....	63
Capítulo 3. Evaluación de la adicción al cibersexo	65
1. Introducción a la evaluación de la adicción al cibersexo.....	65
2. Evaluación de los criterios diagnósticos de la adicción al cibersexo.....	65
3. Instrumentos de evaluación específicos de la adicción al sexo y cibersexo	70
3.1 Escalas diseñadas para evaluar la adicción al sexo.....	70
3.2 Escalas diseñadas para evaluar el consumo problemático/adictivo de las ASO.....	76
4. Evaluación de la sintomatología del cuadro clínico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y otra información relevante	83
4.1 Presencia de sintomatología o trastornos comórbidos	83
4.2 Diagnóstico diferencial	85
4.3 Obtención de otra información relevante	86
5. Resumen.....	88
Capítulo 4. El tratamiento de la adicción al cibersexo.....	90
1. Consideraciones previas.....	90
1.1 Factores a tener en cuenta en las intervenciones.....	90
1.1.1 Diversidad de las manifestaciones clínicas	90
1.1.2 Diversidad de mantenedores, motivaciones y consecuencias	91
1.1.3 Comorbilidades (sintomatología clínica ansioso-depresiva, parafilias, disfunciones sexuales, etc.) y diagnóstico diferencial.....	94
2. Tipos de intervenciones.....	95
2.1 Intervenciones farmacológicas.....	96
2.1.1 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	96
2.1.2 Antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo	97
2.1.3 Antagonistas de opioides.....	97
2.1.4 Tratamientos hormonales	98
2.2 Intervenciones no farmacológicas.....	98
2.2.1 Grupos de auto-ayuda.....	98
2.2.2 Programas Cognitivo-Conductuales.....	101
2.2.2.1 El programa de Carnes (1991, 1992, 2000, 2001).	102
2.2.2.2 El programa de Delmonico et al. (2002) para la adicción al cibersexo.	104
2.2.2.3 El manual de Skinner (2005) para la adicción a la pornografía	105
2.2.2.4 El programa de Ballester (2006) para el tratamiento de la adicción al cibersexo.....	107

2.2.2.5 El programa de Edwards et al. (2011) para la adicción al cibersexo	110
2.2.2.6 El programa de Becker (2015) para la adicción al sexo.....	111
2.2.2.7 El programa de Weiss (2015, 2016) para la adicción al sexo	113
2.2.3 Eficacia de los Programas Cognitivo-Conductuales	115
2.2.4. Otros enfoques terapéuticos	119
2.2.4.1 Terapias humanistas	119
2.2.4.2 Terapia de aceptación y compromiso (ACT)	120
2.2.4.3. Terapia basada en Mindfulness	121
2.2.4.4 Terapia Cognitiva Analítica (TCA).....	122
3. Resumen.....	128
III. ESTUDIO EMPÍRICO	129
Capítulo 5. Objetivos e hipótesis	130
Capítulo 6. Método	135
1. Diseño del estudio.....	135
2. Participantes	136
2.1 Participantes que solicitaron tratamiento	136
2.2 Participantes propuestos para recibir tratamiento	140
2.3 Participantes que abandonaron o no iniciaron el tratamiento	141
2.4 Grupo control-lista de espera	142
2.5 Grupo experimental.....	143
3. Instrumentos.....	146
3.1 Instrumentos administrados a los participantes.....	146
3.2. Información sobre el proceso terapéutico proporcionada por parte del terapeuta	158
4. Programa de intervención	159
5. Procedimiento	167
5.1 Fases previas al presente estudio.....	168
5.2 Obtención de la muestra y aplicación del tratamiento	168
6. Análisis estadísticos	171
7. Aspectos éticos.....	172
Capítulo 7. Resultados	174
1. Análisis del perfil general de las personas que presentan un perfil problemático del uso de cibersexo	174
1.1 Perfil sociodemográfico	174
1.2 Perfil sexual general no clínico	175

1.3 Variables no clínicas relacionadas con la sexualidad <i>online</i>	176
1.4 Perfil clínico no sexual y comorbilidades	178
1.5 Variables clínicas y disposicionales relacionadas con la sexualidad general	180
1.6 Variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo	180
2. Eficacia de un programa de tratamiento estructurado cognitivo-conductual <i>online</i> para la adicción al cibersexo	185
2.1 Diferencias en las variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo	185
2.2 Diferencias en la hipersexualidad y conductas sexuales <i>offline</i>	198
2.3 Perfil clínico no sexual y disposicional.....	202
2.4 Evaluación del proceso de tratamiento	205
3. Predictores del cambio tras la aplicación de un tratamiento <i>online</i> para la adicción al cibersexo	209
4. Análisis de las diferencias en el estado clínico de un grupo experimental antes de iniciar el tratamiento y al finalizarlo con respecto a un grupo control.....	217
4.1 Diferencias en las variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo.....	217
4.2 Diferencias en las variables relacionadas con la sexualidad general	224
4.3 Diferencias en el perfil clínico no sexual y disposicional.....	227
5. Análisis de la tasa de abandono del tratamiento y perfil y factores asociados.	229
5.1 Diferencias en el perfil sexual general no clínico.....	230
5.2 Diferencias en las variables no clínicas relacionadas con la sexualidad <i>online</i>	232
5.3 Diferencias en las variables clínicas relacionadas con la sexualidad en general	234
5.4 Diferencias en las variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo.....	234
5.5 Diferencias en el perfil clínico no sexual y disposicional.....	240
5.6 Diferencias en el curso clínico y la evolución de la adicción al cibersexo	243
5.7 Diferencias en los factores relacionados con el proceso terapéutico	246
5.8 Análisis de los predictores de abandono	247
IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	250
Capítulo 8. Discusión.....	251
1. Características de las personas que presentan un perfil problemático/adictivo del uso de cibersexo	252
1.1 Características sociodemográficas	252
1.2 Perfil sexual general.....	255
1.3 Perfil clínico no sexual y presencia de comorbilidades	259
1.4 Perfil clínico de adicción al cibersexo	263

2. Eficacia de un programa estructurado de intervención individual <i>online</i> para el tratamiento psicológico de la adicción al cibersexo.....	268
2.1 El cambio experimentado tras la intervención y su mantenimiento en el tiempo.....	268
2.2 Variables predictoras del cambio	275
3. Eficacia de nuestro programa de intervención frente a un grupo control de personas con adicción al cibersexo sin tratamiento.	282
3.1 El cambio en las variables clínicas sexuales <i>online</i> y <i>offline</i>	282
3.2. El cambio en las variables clínicas no sexuales	285
4. Tasa de abandono y factores asociados.....	285
5. Limitaciones y futuras líneas de investigación.	289
Capítulo 9. Conclusiones	293
1. Perfil de las personas adictas al cibersexo que buscaron ayuda psicológica	293
2. Eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual <i>online</i> para el tratamiento de la adicción al cibersexo	294
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	299
VI. ANEXOS	366

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la adicción al sexo, hipersexualidad y compulsividad sexual recogidos en cada una de las propuestas existentes.....	66
Tabla 2. Escalas diseñadas para evaluar la adicción al sexo (hipersexualidad, compulsividad sexual, etc.).....	71
Tabla 3. Escalas diseñadas para evaluar el consumo problemático/adictivo de las ASO.....	77
Tabla 4. Tipos de intervenciones y existencia o no de validaciones empíricas sobre su eficacia	96
Tabla 5. Estudios existentes sobre la eficacia de diferentes intervenciones para la adicción al sexo/cibersexo.....	123
Tabla 6. Datos sociodemográficos de las personas que solicitaron tratamiento.....	138
Tabla 7. Variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo entre los que solicitaron tratamiento.....	140
Tabla 8. Cumplimiento de criterios diagnósticos en los pacientes seleccionados para recibir tratamiento según las diferentes herramientas empleadas	141
Tabla 9. Diferencias entre el GC y el GE en el perfil sociodemográfico	144
Tabla 10. Diferencias entre el GC y el GE en las variables no clínicas relacionadas con la sexualidad general.....	145
Tabla 11. Cuadro resumen de los diferentes instrumentos de evaluación empleados en los distintos momentos.....	146
Tabla 12. Síntomas y criterios explorados en la entrevista CISEX	150
Tabla 13. Variables sociodemográficas de las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo	174
Tabla 14. Variables sexuales generales de las personas con un perfil de uso problemático de cibersexo.....	176
Tabla 15. Variables no clínicas relacionadas con la sexualidad online en personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo	177
Tabla 16. Variables clínicas no sexuales en personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo	179
Tabla 17. Presencia de síntomas asociados a problemas comórbidos en las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo	179
Tabla 18. Variables clínicas y disposicionales relacionadas con la sexualidad general en las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo	180
Tabla 19. Severidad del consumo de cibersexo en personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo	183
Tabla 20. Prevalencia de síntomas propios del cuadro clínico de adicción al cibersexo en personas con un perfil de uso problemático.....	184

Tabla 21. Diferencias entre el Pretest y el Postest y los diferentes seguimientos en la severidad del consumo de cibersexo a través del tiempo invertido en las ASO en general y de las puntuaciones obtenidas en el ISST	187
Tabla 22. Diferencias entre el Pretest y el Postest y los diferentes seguimientos en la realización de diferentes Actividades Sexuales Online.....	190
Tabla 23. Diferencias entre el Pretest, Postest y los diferentes seguimientos en los criterios diagnósticos de adicción al cibersexo	195
Tabla 24. Diferencias entre el Pretest, Postest y los diferentes seguimientos en la hipersexualidad y actividades sexuales offline	200
Tabla 25. Diferencias entre el pretest, el postest y los diferentes seguimientos en las variables clínicas no sexuales.....	204
Tabla 26. Análisis de la satisfacción con el tratamiento	205
Tabla 27. Diferencias entre el GE-Post y los diferentes seguimientos en las variables subjetivas de mejora.....	207
Tabla 28. Análisis de algunos factores relevantes durante el tratamiento	208
Tabla 29. Variables sociodemográficas incluidas en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST	209
Tabla 30. Variables sociodemográficas incluidas en relación con el cambio en los síntomas de adicción al cibersexo	210
Tabla 31. Preferencias sexuales parafilicas incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST.....	211
Tabla 32. Variables sexuales generales incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en los síntomas de adicción al cibersexo.....	211
Tabla 33. Preferencias sexuales parafilicas incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en los síntomas de adicción al cibersexo.....	212
Tabla 34. Variables sobre preferencias de contenido pornográfico incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST	213
Tabla 35. Tipo de ASO incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST	213
Tabla 36. Variables sexuales online incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST.....	214
Tabla 37. Variables sexuales clínicas online incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en la presencia de sintomatología clínica	214
Tabla 38. Variables clínicas no sexuales incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST.....	215
Tabla 39. Comorbilidades incluidas como VI en el modelo de regresión en relación con el cambio en la presencia de sintomatología clínica	215
Tabla 40. Variables incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones en el ISST.....	216

Tabla 41. Variables incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en la sintomatología clínica.....	217
Tabla 42. Diferencias entre el GE y el GC en la severidad del consumo de cibersexo antes de la intervención y después de la intervención (GE) o tras 3 meses sin intervención (GC)	220
Tabla 43. Diferencias entre el GE y el GC en los criterios diagnósticos de adicción al cibersexo antes de la intervención y después de la intervención (GE) o tras 3 meses sin intervención (GC)	222
Tabla 44. Diferencias entre el GE y el GC en hipersexualidad y en las actividades sexuales offline	225
Tabla 45. Diferencias en las variables clínicas no sexuales entre el CE y el GC antes de la intervención y después de la intervención (GE) o tras 3 meses sin intervención (GC).....	228
Tabla 46. Descripción de los momentos de abandono y los motivos	229
Tabla 47. Variables no clínicas relacionadas con la sexualidad general en personas que finalizaron el tratamiento vs personas que abandonaron el proceso.	231
Tabla 48. Variables no clínicas relacionadas con la sexualidad online en personas que abandonaron el tratamiento vs personas que lo finalizaron	233
Tabla 49. Diferencias en las variables clínicas relacionadas con la sexualidad entre el grupo que finalizó el tratamiento y el grupo de abandono	234
Tabla 50. Diferencias en la severidad del consumo de cibersexo entre las personas que finalizaron el tratamiento vs personas que abandonaron el proceso	237
Tabla 51. Diferencias en el cumplimiento de criterios diagnósticos entre las personas que finalizaron el tratamiento vs personas que abandonaron el proceso.....	238
Tabla 52. Diferencias en las variables clínicas no sexuales entre las personas que finalizaron el tratamiento y las personas que abandonaron la intervención.....	242
Tabla 53. Diferencias en la presencia de sintomatología comórbida entre las personas que finalizaron el tratamiento y las personas que abandonaron la intervención.....	243
Tabla 54. Diferencias en el inicio, evolución, curso clínico y búsqueda de ayuda terapéutica entre las personas que finalizaron el tratamiento y las personas que abandonaron la intervención	245
Tabla 55. Diferencias en el análisis de la adherencia al tratamiento entre las personas que finalizaron el tratamiento y las personas que abandonaron la intervención	247

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Adaptación al castellano del modelo del sistema adictivo de Carnes (2001).....	53
Figura 2. Adaptación al castellano del modelo Sexhavior Cycle de Walton (2017)	54
Figura 3. Adaptación al castellano del modelo integrado de incongruencia moral de Grubbs, Perry et al. (2019).....	57
Figura 4. Adaptación al castellano del modelo I-PACE de inicio y mantenimiento de la adicción al cibersexo de Brand, Young et al. (2016)	59
Figura 5. Esquema del diseño del estudio.....	136
Figura 6. Diagrama de flujo de los participantes desde la evaluación inicial hasta los que finalizan el programa de tratamiento.....	137
Figura 7. Ciclo de la adicción al cibersexo	160
Figura 8. Cambios en el cumplimiento de criterios diagnósticos tras la intervención y en los seguimientos posteriores.....	194

I. PRESENTACIÓN

El estudio de las adicciones conductuales, entendidas como la incapacidad para controlar o resistir el impulso de realizar cierta conducta a pesar de las consecuencias que puede provocar tanto a la propia persona como a los demás (American Psychiatric Association [APA], 2000), ha aumentado notablemente durante las últimas décadas. Este creciente interés ha permitido conseguir importantes hitos como la inclusión de las mismas en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Sin embargo, todavía existe cierta controversia en cuanto a la consideración de estos problemas dentro del término “adicciones”. Algunos de los críticos pretenden evitar que se patologicen problemas o comportamientos que pueden entrar dentro de la norma, mientras que los que apoyan la inclusión de estos problemas como adicciones pretenden que su reconocimiento sirva para crear estrategias preventivas y de intervención que permitan abordar estos problemas y el malestar que les causa a las personas que lo sufren (Petry et al., 2018; Yau & Potenza, 2015). A pesar de estas discrepancias, las investigaciones al respecto identifican varias similitudes entre las adicciones a sustancias y las conductuales que apoyarían la inclusión de este término. Entre estas características se encuentran la presencia de síntomas de tolerancia, abstinencia, urgencia o craving, entre otros, e incluso la activación de mecanismos neuronales similares (Grant et al., 2010; Griffiths, 2005; Karim & Chaudhri, 2012).

La incapacidad para controlar o resistir los impulsos sexuales, asociada a consecuencias negativas, ha sido descrita por algunos autores como una adicción conductual. Sin embargo, existen discrepancias en cuanto a su conceptualización que no solo afectan a su terminología (adicción sexual, compulsividad sexual, hipersexualidad, etc.), sino también a la definición e identificación de sus criterios diagnósticos. Actualmente no existe consenso en cuanto a los criterios diagnósticos que componen este cuadro clínico, lo que dificulta su diagnóstico. No obstante, contamos con diferentes propuestas diagnósticas como la de Carnes, (1991; Rosenberg et al., 2014), Goodman (1992; 1998), Kafka (2010; 2013) e incluso la propuesta incluida en la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) que nos permiten acotar las características clínicas de este trastorno. Una de las particularidades que presenta la adicción al sexo es la diversidad de manifestaciones que pueden incluirse dentro de este trastorno, entre las que se encuentran las actividades sexuales *online* (ASO). La adicción al cibersexo o al sexo en internet sería el término escogido para identificar a las personas cuya adicción sexual se acota a las actividades sexuales que se realizan en internet. Este término tampoco está exento de críticas ya que, aunque algunos autores lo incluirían como un subtipo de adicción sexual, otros autores como Young et al. (2000) identifican este problema como un subtipo de adicción a internet. Estas discrepancias dificultan el estudio de esta patología a todos los niveles, traduciéndose en una falta de conocimiento en cuanto al perfil clínico de las personas que presentan esta patología, lo que supone un gran obstáculo a la hora de elaborar estrategias preventivas, y la

ausencia de estudios empíricos que evalúen la eficacia de intervenciones en este tipo de patologías, siendo ésta una importante barrera en el tratamiento de personas con adicción al sexo y, específicamente al cibersexo.

Partiendo de esta gran carencia, la presente tesis doctoral pretende ahondar en el estudio de esta problemática y arrojar algo de luz sobre las cuestiones que nos plantea el abordaje de la adicción al cibersexo. Específicamente, los grandes objetivos que persigue este estudio son analizar e identificar el perfil de las personas que buscan ayuda terapéutica por un problema de adicción al cibersexo, así como evaluar la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para el tratamiento de esta adicción. A tal fin, esta tesis doctoral se divide en tres grandes bloques. El *primer bloque* hace referencia al marco teórico y se compone de un total de cuatro capítulos teóricos que pretenden profundizar en diferentes aspectos de la adicción al cibersexo. El primer capítulo se trata de un capítulo introductorio que pretende acotar el término *Actividades sexuales online*, así como profundizar en el consumo del mismo en función de diferentes factores. Este capítulo también aborda algunos aspectos importantes que suponen la base para comprender el desarrollo de la adicción al cibersexo, como pueden ser las motivaciones, las consecuencias (tanto positivas como negativas), así como los tipos de perfiles de consumo. El segundo capítulo se centra principalmente en la conceptualización de la adicción al cibersexo. Concretamente, en estas líneas se ahonda en las diferentes propuestas diagnósticas, identificando los criterios y síntomas más comunes; se profundiza en el estudio de su prevalencia en función de variables relevantes como el género o la edad; además de esclarecer lo que conocemos hasta la fecha sobre el desarrollo de esta adicción, el mantenimiento de la misma y los tipos de consecuencias que experimentan las personas que padecen esta adicción. El tercer capítulo se dedica plenamente a la evaluación de la adicción al cibersexo. En él se identifican los instrumentos, disponibles hasta la fecha, diseñados para evaluar esta patología tanto de forma general como los centrados específicamente en la adicción al cibersexo. También se aborda la evaluación de los diferentes criterios y síntomas diagnósticos, la presencia de comorbilidades y los trastornos a tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial. Finalmente, el último capítulo resume los tratamientos disponibles hasta la fecha para el tratamiento de esta patología, así como la evidencia científica que apoya el empleo de cada uno de ellos.

El *segundo bloque* de esta tesis doctoral incluye tres capítulos en los que se describen las diferentes fases y aspectos del estudio empírico. En el quinto capítulo (primero de este bloque) se exponen los objetivos que persigue este estudio y las hipótesis planteadas en base a la revisión de la literatura disponible. El diseño del estudio, la muestra empleada, los instrumentos, el procedimiento del estudio, los aspectos éticos y las diferentes fases de evaluación y tratamiento que llevamos a cabo

en el mismo y que pretenden dar respuesta a los objetivos planteados, se detallan en el sexto capítulo de esta tesis doctoral. El último capítulo de este bloque (séptimo capítulo) se exponen los resultados obtenidos siguiendo, de forma ordenada, los objetivos e hipótesis planteados en este bloque.

En el *tercer bloque* se discuten los hallazgos obtenidos en el estudio empírico, comparándolos con la literatura científica previa. En esta sección también se destacan las limitaciones de este estudio y líneas de investigación futuras y finaliza con un resumen de las principales conclusiones extraídas de este estudio.

II. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Introducción a las Actividades Sexuales *Online*

1. Concepto y definición de las actividades sexuales *online*

Durante las últimas décadas internet ha impactado en nuestra sociedad cambiando muchos aspectos de nuestra vida, entre ellos, nuestra forma de comunicarnos y relacionarnos con los demás. Actualmente, alrededor del 95% de los hogares españoles dispone de conexión a internet y algo más de un 85% de personas de entre 16 y 74 años lo utiliza a diario, siendo el uso de servicios de mensajería instantánea una de las actividades más frecuentes (Instituto nacional de estadística [INE], 2021). Además, este uso generalizado de internet y, concretamente, de la mensajería instantánea ha supuesto un gran cambio en las relaciones actuales no solo entre los más jóvenes (Anderson et al., 2017), sino también entre las personas mayores (Hogeboom et al., 2010).

En relación con el uso de internet, uno de los fenómenos emergentes relacionado son las actividades sexuales *online* (ASOs) o cibersexo. El cibersexo, entendido como el uso de internet con el objetivo de lograr una gratificación sexual, comprende una gran cantidad de actividades. Este conjunto de prácticas engloba desde aquellas actividades sexuales *online* que se realizan en solitario (visionado de imágenes y videos pornográficos, lectura de relatos eróticos, etc.) hasta las que implican a otras personas, es decir, que requieren la intervención de otro usuario como por ejemplo el uso de chats, videollamadas, etc. (Cooper et al., 2004; Cooper & Griffin-Shelley, 2002). Algunos autores discrepan en cuanto a las actividades involucradas, excluyendo de su definición de cibersexo las actividades sexuales *online* no excitadoras (por ejemplo, compra de material sexual *online*, búsqueda de información sobre sexualidad) e incluso aquellas que se realizan en solitario (por ejemplo, búsqueda de material sexual para estimularse) por lo que, para estos autores, el término cibersexo englobaría solo las actividades sexuales *online* en interacción con otras personas (Boies, 2002; Carvalheira & Gomes, 2003; Daneback et al., 2005; Mileham, 2007).

Siguiendo la definición más amplia y teniendo en cuenta la discrepancia en cuanto a conductas incluidas en el término cibersexo, algunos autores sugieren denominarlas “actividades sexuales *online*” y agruparlas en función de si hay o no activación sexual, además de si se realizan en solitario o en conexión con otras personas. En esta línea, Shaughnessy et al. (2011) clasificaron las actividades sexuales *online* en tres grupos bien delimitados. El primer grupo corresponde a las actividades sexuales *online* excitadoras en solitario, en las que se incluyen conductas como el visionado de imágenes o películas pornográficas. El segundo grupo incluye aquellas actividades sexuales excitadoras que requieren la interacción con otras personas (por ejemplo, uso de chats sexuales, uso de webcams, etc.). El último grupo lo componen las actividades sexuales no excitadoras

donde se encuentra la búsqueda de información sexual o la compra de material sexual *online*, entre otras. Aunque todavía sigue siendo un tema controvertido, esta clasificación ha sido validada posteriormente por otros autores y empleada en diversos estudios sobre las conductas sexuales realizadas en internet (Wéry & Billieux, 2016).

2. Prevalencia de consumo de ASOs y factores moduladores

En el transcurso de las últimas décadas el uso de internet con propósitos sexuales ha aumentado drásticamente (Klein & Cooper, 2019; Regnerus et al., 2015), incrementándose también el número de estudios centrados en conocer más sobre este comportamiento sexual. Los grandes esfuerzos llevados a cabo con el objetivo de determinar la prevalencia real de las distintas conductas sexuales *online* determinan que existen diferentes variables a tener en cuenta. Estas variables son principalmente el género (Morgan, 2011; Shaughnessy et al., 2011; Shaughnessy et al., 2017), la edad (Daneback, et al., 2005; Price et al., 2016), el contexto cultural (Velezmoro et al., 2012; Wright et al., 2013; Zheng & Zheng, 2014), las relaciones de pareja (Albright, 2008, Ballester-Arnal et al., 2014), la orientación sexual (Studer et al., 2019; Træen & Daneback, 2013), el tipo de actividad sexual explorada (Döring et al., 2017; Subrahmanyam & Šmahel, 2011) e incluso las creencias religiosas (Nelson et al., 2010; Short et al., 2015).

2.1 Diferencias de género

Las diferencias de género en el comportamiento sexual *online* se ven reflejadas de una forma diferencial en cada una de las ASOs. Partiendo del visionado de pornografía, actividad excitadora que se realiza con mayor frecuencia con independencia del género (Döring et al., 2017), encontramos que son los hombres quienes consumen más pornografía en comparación a las mujeres. Sin embargo, los porcentajes varían según el estudio situándose esta prevalencia entre el 60-98% en hombres y el 30-90% en mujeres (Grubbs et al., 2017; Rissel et al., 2016; Solano et al. 2018). Estas diferencias de género van más allá de la simple prevalencia. Hald (2006) en su estudio realizado con 688 personas danesas observó que, aunque los hombres consumían más pornografía que las mujeres, las mujeres lo utilizaban con sus parejas con más frecuencia mientras que los hombres que consumían pornografía lo hacían mayoritariamente en solitario. En el estudio de Emmers-Sommer et al., (2013) con una muestra de 846 jóvenes estadounidenses encontraron que, aunque los hombres consumían más pornografía que las mujeres, los consumidores de ambos géneros por separado eran más abiertos sexualmente y más desinhibidos que los que no lo hacían. Además, las mujeres consumidoras de pornografía también mostraban mayor apertura sexual que los hombres no consumidores de pornografía, dejando ver así que la apertura y probablemente la búsqueda de sensaciones sexuales

también están vinculadas con esta diferenciación en el consumo de pornografía. Otro de los motivos que puede estar detrás de estas diferencias de género en el consumo de pornografía tiene que ver con el material en sí y es que, tal y como apuntan algunos estudios, la mayoría de material sexual disponible *online* suele estar orientado principalmente a la población masculina por lo que puede que las mujeres se sientan menos atraídas hacia estos estímulos sexuales, y eso explicaría que consumieran pornografía en menor frecuencia que los hombres (Petersen & Hyde, 2010; Traeen et al., 2004; Weber et al., 2012).

Esta brecha de género varía cuando hablamos de las conductas sexuales *online* sociales, es decir, aquellas que requieren la interacción con otras personas, siendo estas diferencias de género mucho más sutiles (Barrada et al., 2019). La prevalencia de estas conductas suele situarse en torno al 9.4% y el 30% en hombres y entre el 14.9% y el 34% en mujeres (Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2016; Daneback et al., 2005; Goodson et al., 2000; Shaughnessy et al., 2011). En este caso, se evidencia cómo las mujeres prefieren una mayor interacción a la hora de utilizar internet con fines sexuales lo que, sumado a las características de la pornografía en sí, podría justificar que efectivamente las mujeres prefieran este tipo de ASOs ante otras cuyo contenido no represente sus intereses sexuales (Wright et al., 2013). Por otro lado, parece que las relaciones sexuales *online* con la propia pareja son más frecuentes en mujeres que en hombres (Shaughnessy & Byers, 2014).

Finalmente, encontramos discrepancias sobre las diferencias de género en el uso de internet como medio de información sobre sexualidad, actividad frecuente sobre todo entre los adolescentes. Por un lado, algunos estudios evidencian que son los hombres quienes utilizan internet como medio de información sexual en mayor medida que las mujeres (González-Ortega et al., 2015), mientras que otros estudios muestran que estas diferencias parecen no estar tan claras (Lejars et al., 2020), sugiriendo que, aunque efectivamente esta actividad es más frecuente en adolescentes que en adultos, tanto hombres como mujeres lo realizarían de forma similar.

A pesar de estas evidencias científicas, los últimos estudios muestran una cierta tendencia a la reducción de esta brecha de género en el comportamiento sexual *online*, especialmente en las nuevas generaciones (Ballester-Arnal et al., 2021; Lejars et al., 2020), lo que podría explicar que, en las actividades más frecuentes en adolescentes como la búsqueda de información sobre sexualidad, apenas se encuentren diferencias de género.

2.2 Edad

Como hemos mencionado a lo largo de estas líneas, el uso de internet, y específicamente su uso con propósitos sexuales, ha crecido exponencialmente durante los últimos años (Lewczuk et al., 2022; Zheng et al., 2017) por lo que resulta inevitable pensar que las últimas generaciones, nombradas por algunos autores como "generación XXX" o "generación porno", al estar expuestas a estos medios durante prácticamente toda su vida son más propensas a realizar este tipo de actividades sexuales *online* (Carroll et al., 2008; Shapiro, 2005). Este hecho, sumado a las implicaciones que pueden tener estos contenidos en el desarrollo sexual (mayor permisividad sexual, adquisición de estereotipos, agresividad en las relaciones sexuales, ausencia de medidas de protección en las prácticas sexuales, etc.) (O'Sullivan, 2014; Peter & Valkenburg, 2016), ha provocado un gran interés entre los científicos expertos en el tema, lo que supone que la mayoría de investigaciones existentes se centren en explorar las conductas sexuales *online* en estos grupos de edad. Concretamente, sabemos que aproximadamente entre un 30-90% de los más jóvenes realiza actividades sexuales *online*; que, además, los chicos consumen más pornografía que las chicas, mientras que las chicas suelen utilizarlo en pareja con mayor frecuencia que los chicos; conocemos también que una de las principales motivaciones para el uso de cibersexo en estos rangos de edad es encontrar un contexto en el que experimentar con la sexualidad, además de la masturbación y, sobre todo, somos conocedores de algunas posibles repercusiones de su uso expuestas en los próximos apartados (Andrie et al., 2021; Ballester-Arnal, Giménez-García et al., 2016; Beyens & Eggermont, 2014; Efrati & Amichai-Hamburger, 2020; O'Sullivan, 2014; Shaughnessy & Byers, 2014; Ševčíková, Vazsonyi et al., 2013).

Sin embargo, teniendo en cuenta la generalización del uso de internet en prácticamente todas las edades, resulta necesario ampliar las poblaciones a estudio por lo que los investigadores más recientes persiguen el objetivo de analizar el consumo de cibersexo con muestras mucho más amplias, abarcando en algunas ocasiones hasta los 90 años (Anisimowicz & O'Sullivan, 2016; Ballester-Arnal, Gil-Llario & Giménez-García, 2019; Döring & Mohseni, 2019). Este nuevo enfoque comprende dos retos importantes. Uno de ellos es analizar concretamente el uso de internet con fines sexuales en adultos y mayores, mientras que el otro se centra en comparar la evolución del consumo del cibersexo a lo largo del ciclo vital. Estas dos vertientes, aunque todavía cuentan con poco respaldo científico, confirman que no solo los jóvenes realizan estas conductas sexuales.

Los pocos datos con los que contamos centrados en analizar específicamente el consumo de sexo en internet en mayores indican que ciertos cambios vitales característicos de este grupo poblacional (pérdida de trabajo, reducción del grupo social, pérdida de la pareja, aparición de disfunciones sexuales, etc.) podrían favorecer la realización de este tipo de conductas sexuales *online*,

sobre todo las que se realizan en interacción con otras personas (McWilliams & Barrett, 2014; Ševčíková et al., 2020). No obstante, en estas edades también es frecuente el consumo de pornografía, aunque en aquellos estudios comparativos su prevalencia resulta menor que en los adultos más jóvenes (Træen et al., 2018). Se identifica así una relación indirecta entre la edad y el consumo de cibersexo, siendo este más frecuente en jóvenes (Döring & Mohseni, 2019), aunque prácticamente inapreciable en edades más tempranas donde también disminuye el consumo de cibersexo. En definitiva, podríamos decir que el uso de internet con objetivos sexuales sigue una tendencia en forma de U invertida, alcanzando su mayor prevalencia en los adultos más jóvenes y decreciendo en ambos extremos: niños y adolescentes y mayores (Ballester-Arnal et al., 2021; Cabecinha et al., 2017; Price et al., 2016).

2.3 Orientación sexual

La orientación sexual, en la cual se engloban aspectos como la atracción, los impulsos y los comportamientos sexuales, es una variable a tener en cuenta cuando analizamos las conductas sexuales *online* de la población. La mayoría de los estudios sugieren que las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual consumen cibersexo con mayor frecuencia (Seal et al., 2015). Desde la adolescencia y/o en edades muy tempranas podemos evidenciar cómo hay patrones bien diferenciados en función de esta variable en cuanto al uso de internet con fines sexuales. Se identifica que las personas LGBQ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Queer) utilizan internet en mayor medida que las personas heterosexuales para buscar información sobre sexualidad y sexo, probablemente con el objetivo de encontrar información no disponible en su entorno más inmediato, de una forma anónima y sin estar sesgadas por una visión más heteronormativa, permitiendo explorar con su sexualidad además de encontrar referentes (Charest et al., 2016; Flanders et al., 2017; Mitchell et al., 2013; Mustanski et al., 2011). Estas carencias también se ven reflejadas en el uso de pornografía, a veces utilizada como medio de información sobre sexualidad y sexo. Muchos de los estudios que persiguen el objetivo de analizar cómo es el consumo de pornografía de los jóvenes, identifican que las personas LGBQ son más propensas a visualizar pornografía que las personas heterosexuales (Böthe, Bartók et al., 2018; Downing et al., 2017; Lim et al., 2017), mientras que otros estudios apenas encuentran diferencias o consideran que más bien se trataría de patrones de uso diferenciados y no tanto de la frecuencia en sí. Concretamente, Böthe, Vaillancourt-Morel et al. (2020) identificaron diferencias en el uso de pornografía sobre todo entre las mujeres. Por ejemplo, la edad de inicio en el consumo de pornografía es mucho más temprana en las mujeres LGBQ que en las heterosexuales. O las motivaciones de uso donde se evidencia que los y las adolescentes LGBQ utilizan la pornografía sobre todo para aprender cómo realizar diferentes

prácticas sexuales o confirmar su orientación sexual. Estas diferencias no solo se ven reflejadas en los más jóvenes, sino también en otras edades más avanzadas. En España, las mujeres adultas lesbianas y bisexuales consumen más pornografía que las mujeres heterosexuales (Giménez-García et al., 2021). Curiosamente, Træen & Daneback (2013) encontraron que los hombres gays/bisexuales adultos (de entre 18 y 59 años) utilizan pornografía en mayor medida para masturbarse y mientras mantienen relaciones sexuales con otras personas que los hombres heterosexuales y las mujeres; siendo concretamente las mujeres heterosexuales las que menos realizan este uso.

Centrándonos en otras ASOs la literatura es escasa, sobre todo si intentamos encontrar investigaciones que no se centren en un uso patológico del cibersexo. En este sentido, estudios como el de Courtice & Shaughnessy (2018) encuentran que aproximadamente un 60% de hombres y mujeres pertenecientes a minorías sexuales utiliza cibersexo en interacción con otras personas, siendo más frecuentes los contactos sexuales *online* con la pareja principal en mujeres, mientras que en hombres son más frecuentes los contactos sexuales *online* con personas fuera de la pareja (Courtice & Shaughnessy, 2018). Esta prevalencia es mayor si la comparamos con la mayoría de los estudios centrados en población heterosexual (Shaughnessy & Byers, 2014). Otras investigaciones también señalan que las personas con una orientación sexual no heterosexual tienen mayor predisposición a utilizar cibersexo social que las personas heterosexuales (Studer et al., 2019), en gran medida por las mismas razones que llevan a consumir pornografía o utilizar internet como medio para obtener información sexual: poder experimentar con la sexualidad sin temor a ser juzgados o a ser rechazados por otras personas (Seal et al., 2015).

En definitiva, aunque resulte difícil determinar si realmente están tan marcadas estas diferencias en el consumo de cibersexo, es inevitable destacar la diferenciación en los patrones de uso, resaltando sobre todo el papel de las motivaciones y cómo una sociedad heteronormativa sigue marcando todavía estos patrones sexuales.

2.4 Contextos culturales

Sin duda alguna la sexualidad, tanto *online* como *offline*, se vive de forma diferente en función del contexto cultural en el que nos situemos. Actualmente conviven una gran diversidad de culturas, algunas más permisivas con la sexualidad donde se presupone que habrá una mayor frecuencia en el consumo de pornografía y otras ASOs, mientras que otras culturas son mucho más restrictivas con el sexo lo que podría modular la prevalencia de estas conductas e incluso acrecentar la brecha de género en el uso de cibersexo. En este sentido, cuando comparamos datos de distintos estudios con muestras de diferentes países, teniendo en cuenta otros factores como la edad de la muestra, el género, etc.,

podemos apreciar ciertas diferencias en la prevalencia de estos consumos. En población española, los datos más relevantes sitúan la prevalencia de las ASOs entre un 3.1% y un 60.6% entre los chicos de entre 13 y 17 años y entre un 0% y un 11.5% en las chicas, en función de los distintos tipos de ASOs exploradas (Ballester-Arnal, Giménez-García et al., 2016). Otros estudios con población española sostienen que, concretamente con el visionado de pornografía estos porcentajes podrían ascender hasta un 98.2% y un 86.6% respectivamente en adolescentes de la misma edad, mientras que los porcentajes en otras ASOs también serían mayores tanto en adolescentes como en adultos y mayores oscilando, por ejemplo, en las ASOs en interacción con otras personas, entre el 22%-60% en hombres y el 5%-55% en mujeres (Ballester-Arnal et al., 2021). Wolak et al. (2007) por su parte, exploraron el consumo de pornografía en adolescentes americanos obteniendo porcentajes considerablemente inferiores en cuanto a su prevalencia (40% en chicos, 8% en chicas), mientras que datos más recientes, como los hallados por Anisimowicz & O'Sullivan (2016) con población adulta de esta misma nacionalidad, reflejarían un consumo similar a la población española: casi el 90% de los hombres y el 67% de las mujeres consumen pornografía. Otros países como Canadá o Suiza reflejan un consumo similar entre sus jóvenes y adolescentes, aunque con pequeñas variaciones en su prevalencia (Shaughnessy et al., 2011; Studer et al., 2019). No obstante, estas variaciones también pueden ser debidas a diferencias metodológicas y así lo demuestran los estudios comparativos en los que se emplea la misma metodología para la obtención y análisis de los datos como el de Döring et al. (2017) con jóvenes de nacionalidad canadiense, suiza, alemana y estadounidense, en el que se reflejan unas diferencias más bien sutiles en las ASOs de los jóvenes entre los países occidentales, lo que podría deberse a las similitudes que guardan estos países a nivel cultural, sobre todo en lo referente a la sexualidad y a la aceptación social del consumo de cibersexo, generalizado entre las generaciones más recientes. Las diferencias más marcadas quizás se dan al comparar países culturalmente diferenciados como puede ser el caso de Perú y Estados Unidos (Velezmoro et al., 2012). Perú cuenta con una cultura más restrictiva con la sexualidad si lo comparamos con Estados Unidos, lo que podría sugerir que fueran más reacios a practicar este tipo de actividades. Sin embargo, los resultados de este estudio muestran que precisamente son las personas peruanas quienes empleaban internet en mayor medida que los estadounidenses para realizar actividades como buscar material sexual *online*, encontrar parejas sexuales y buscar información sexual. En este caso, los autores sugieren que esta restricción en cuanto a la sexualidad puede ser un arma de doble filo, favoreciendo el uso de internet con fines sexuales como medio privado, anónimo y confidencial mediante el cual explorar con la sexualidad. Este llamativo resultado es similar al que encontraron Eljawad et al. (2021) en países árabes en los que, pese a ser regiones muy marcadas por la religión/conservadurismo, el consumo de pornografía en jóvenes resulta muy similar al de los jóvenes europeos, excepto por algunas

diferencias. Por ejemplo, la mayoría de los participantes de este estudio identificaba su consumo de pornografía como accidental o influido por otras personas, lo que podría ir asociado a una reticencia, marcada por la religión y el conservadurismo, a la hora de reportar este tipo de conductas. Mientras que el anonimato que proporciona internet facilitaría, a su vez, su uso con fines sexuales. Además, se encontraron grandes diferencias de género, entre las que se destaca cómo muy pocas mujeres afirman consumir pornografía regularmente en estos países.

Del mismo modo, en México, país más cercano a Perú en cuanto a su cultura, las diferencias de género en el consumo de pornografía se encuentran mucho más marcadas que las que podemos encontrar en países occidentales como España (Ballester-Arnal et al., 2017). Otras poblaciones como la coreana también son un reflejo de cómo los factores culturales pueden influir no solo en la prevalencia del consumo de cibersexo sino también en las consecuencias y motivaciones que pueden estar detrás de estas actividades. En esta cultura, mucho más conservadora que la estadounidense, las relaciones sexuales fuera de la pareja son valoradas de forma negativa por la sociedad por lo que la edad de inicio de las prácticas sexuales *offline* es mucho más tardía. Esto hace que en este contexto las personas sean más susceptibles a los efectos negativos de la pornografía que tienen que ver con los aspectos más educativos, favoreciendo así la aparición de expectativas irreales, el modelado de conductas sexuales de riesgo o la aparición de conductas sexistas (Kim & Lee, 2012; Sun et al., 2015).

Estos datos evidencian la importancia de las normas culturales y sociales sobre la vivencia de la sexualidad, resaltando así la necesidad de tener en cuenta estas variables a la hora de realizar intervenciones preventivas o de tratamiento.

2. 5 Tipos concretos de actividad sexual online

Como hemos podido comprobar a lo largo de estas líneas, las prevalencias en el consumo de cibersexo varían notablemente en función de las actividades sexuales *online* que estemos valorando, en las que las variables mediadoras exploradas también influyen de forma diferenciada. Volviendo a la clasificación inicial, recordamos que las ASOs se dividen en tres grandes grupos en función de su grado de excitabilidad y si se realizan o no en solitario (Shaughnessy et al., 2011). Empezando por las actividades sexuales no excitadoras, la búsqueda de información sobre sexualidad es la más común de estas actividades. El fácil acceso a este medio, la carencia de información sobre sexualidad en los centros educativos, así como el estigma asociado a ciertos comportamientos sexuales o el tabú que todavía suponen las cuestiones relacionadas con el sexo son solo algunas de las razones por las que los más jóvenes encuentran en internet un medio con el que adquirir este tipo de información (Cornelius & Appiah, 2016; Kendall, 2012). Pero no solo entre los más jóvenes. Lo cierto es que esta actividad es bastante frecuente en todos los rangos de edad (Ballester-Arnal et al., 2021; Döring & Mosheni,

2019; Schick et al., 2010), evidenciando así que estas carencias a nivel educativo persisten a lo largo de todo el ciclo vital. Esto nos lleva al reto de promover el desarrollo del pensamiento crítico con la información y materiales sexuales *online* y la promoción de un uso saludable de los mismos.

Si bien la búsqueda de información sobre sexualidad es la actividad no excitadora que se realiza con mayor frecuencia, la pornografía es sin duda la ASO excitadora más popular. Los últimos datos apuntan a que su frecuencia de uso se encuentra entre un 30-98 % (Ballester-Arnal et al., 2021; Grubbs et al., 2017; Rissel et al., 2016; Solano et al., 2018). La pornografía disponible *online*, también denominada como material sexual explícito *online*, ha experimentado un gran incremento en los últimos años tanto en cantidad como en contenido (Lewczuk et al., 2022). Podemos observar en páginas pornográficas usuales como *PornHub* que los términos de búsqueda empleados por los usuarios pueden llegar a ser incontables, siendo muchos de ellos extremadamente específicos, lo que es solo un pequeño ejemplo de la diversidad de material sexual disponible *online* (PornHub, 2019).

Esta diversidad de contenido supone un gran reto a la hora de evaluar las preferencias pornográficas de la población. Para subsanar estas limitaciones, algunos de los estudios existentes suelen evaluar estas preferencias presentando, en general, un listado de tipos de contenidos pornográficos mientras que otros investigadores se centran en clasificar los contenidos en función de sus características (por ejemplo, parafilico vs no parafilico), obteniendo así una visión más global del contenido pornográfico más consumido (Hald, 2006; Hald & Štulhofer, 2016; Sun et al., 2015). A pesar de las dificultades metodológicas, la evidencia científica muestra que el visionado de contenidos parafilicos, entre los que se incluirían los contenidos violentos, cronofilias (relaciones sexuales con niños, adolescentes, etc.), relaciones sexuales con animales, etc., son relativamente infrecuentes en la sociedad, aunque es cierto que algunos contenidos clasificados como inusuales (por ejemplo, relaciones sexuales con más de dos personas) presentan una notable popularidad (Baer et al., 2015; Hald & Štulhofer, 2016; Shor & Seida, 2019).

Finalmente, la actividad menos frecuente siguiendo esta clasificación es el contacto sexual con otros usuarios. Su prevalencia, también modulada por los diferentes factores expuestos anteriormente, oscila entre el 9-60% en hombres y el 15-55% en mujeres (Ballester-Arnal et al., 2021; Daneback et al., 2005; Goodson et al., 2000; Shaughnessy et al., 2011). Dentro de esta actividad tan amplia hay un factor fundamental a tener en cuenta y es el anonimato, es decir, cuán anónimo/a es la/s persona/s con las que se mantienen relaciones sexuales *online*. A grandes rasgos, se distinguen así tres tipos de perfiles: personas desconocidas, conocidas con las que no hay una relación sentimental/afectiva y personas con las que sí hay una relación sentimental/afectiva. Las principales investigaciones indican que el uso de cibersexo con la pareja principal es la actividad más frecuente,

en comparación con el resto de actividades (Courtice & Shaughnessy, 2017; Shaughnessy & Byers, 2014). No obstante, esta afirmación puede variar en función de algunas variables como las vistas anteriormente o el tipo de conducta que se realice en pareja a través de internet (envío de mensajes de texto, el uso de webcam, video chats, entre otros). En general, encontramos pocos estudios que especifiquen los contextos en los que se realizan estas actividades. En el caso del uso de chats sexuales, la escasa literatura muestra que no hay grandes diferencias en cuanto al nivel de excitación o respuesta afectiva en función de si se chatea con un ser humano o con un chat automático (Banks & Van Ouytsel, 2020). Otro aspecto llamativo tiene que ver con el uso de *sexting*. Esta práctica, asociada principalmente a los jóvenes, también se realiza entre los adultos, sobre todo en las relaciones de pareja o como parte del inicio de la misma (Van Ouytsel et al., 2020; Weisskirch & Delevi, 2011).

Como podemos observar, las investigaciones sobre el uso del cibersexo todavía son algo escasas, sobre todo cuando hablamos de algunas variables determinadas (por ejemplo, edad, actividades sexuales *online* con otros usuarios, etc.). A pesar de estas limitaciones y de lo relativamente novedoso que resultan todas las cuestiones relacionadas con el sexo *online*, la información de la que disponemos nos proporciona una visión general de la problemática en cuestión y remarca la necesidad de ahondar en algunos aspectos menos explorados, pero de gran importancia.

3. Motivaciones vinculadas al uso de internet con fines sexuales

A la hora de explorar cualquier comportamiento es fundamental conocer las motivaciones que llevan a iniciar estas conductas y a repetirlas en el tiempo. A pesar de esta premisa, las investigaciones enfocadas en identificar y analizar las motivaciones del uso del cibersexo son relativamente escasas. Una de las revisiones más recientes al respecto identifica siete categorías en las que podemos clasificar las motivaciones que se esconden detrás del uso de internet con propósitos sexuales (Castro-Calvo, Giménez-García et al., 2018). Estas motivaciones son: (1) motivaciones relacionadas con las características propias del cibersexo (como lo son el anonimato, la accesibilidad, el bajo coste, etc.); (2) curiosidad y educación sexual; (3) motivaciones sociales (por ejemplo, mejora en las relaciones sociales, presión social, etc.); (4) excitación y búsqueda de placer sexual; (5) mejora en la sexualidad *online/offline*; (6) crear y satisfacer fantasías sexuales y; (7) regulación del estado de ánimo. Estos hallazgos evidencian una gran diversidad en cuanto a motivaciones para el uso de cibersexo que evidentemente también pueden ser diferentes en función de variables como la edad, el género o el consumo problemático/no problemático, entre otras. Bóthe, Tóth-Király, Bella et al. (2021) en su trabajo encontraron motivaciones similares relacionadas con el consumo de pornografía. Sus hallazgos especifican que motivaciones como la

búsqueda de placer sexual, la evitación del aburrimiento y la reducción del estrés se asociaban positivamente con la frecuencia del uso de pornografía. Estas y otras motivaciones como la distracción o supresión emocional o el cumplimiento de fantasías sexuales se relacionan también con un consumo problemático de pornografía.

En estudios anteriores, también se evidencia cómo algunas motivaciones son más frecuentes que otras. Así, Anisimowicz & O'Sullivan (2016) en su estudio con 815 estadounidenses de entre 18 y 66 años, encontraron que las motivaciones principales para el consumo de material sexual explícito eran la excitación sexual (83%) y la masturbación (80.7%), mientras otras como fantasear posteriormente durante la masturbación (29.9%) o con una pareja (23.6%) no tenían tanto peso en este sector poblacional. Otros estudios también indican que la excitación sexual o mantener relaciones sexuales *online*, sobre todo en solitario (masturbación), y la regulación emocional son las motivaciones principales para el uso del cibersexo (Brown et al., 2017; Grubbs, Wright et al., 2019; Kohut et al., 2019; Ucar et al., 2016). No obstante, tal y como sugieren algunos autores, también encontramos diferencias en cuanto a las motivaciones en función de las variables expuestas anteriormente como el sexo, la edad, la orientación sexual, etc. Dependiendo del género, algunos estudios muestran que las motivaciones principales de los hombres tienen que ver con el placer sexual en sí (tales como excitarse, llegar al orgasmo, masturbarse,...), mientras que en las mujeres, aunque también predominan las motivaciones hedónicas, tienen una alta frecuencia otras como la mejora en las prácticas sexuales *offline* o experimentar con la sexualidad en pareja (Bolshinsky & Gelkopf, 2019; Solano et al., 2018; Weinstein, Zolek et al., 2015; Wéry & Billieux, 2016). Respecto a las edades, sabemos que la búsqueda de información sobre sexualidad es una de las principales razones por las que los más jóvenes inician su consumo de cibersexo, por motivos como la privacidad, el fácil acceso, el anonimato y la carencia de educación sexual (Doornwaard et al., 2017; Mitchell et al., 2013). Además, tal y como sugieren los últimos avances, esta principal motivación va disminuyendo poco a poco con la edad, aunque sigue presente a lo largo de todo el ciclo vital (Castro-Calvo, Giménez-García et al., 2018). La estimulación sexual, la curiosidad o combatir el aburrimiento se destacan también como otras de las principales motivaciones en adolescentes (Doornwaard et al., 2017; Romito & Beltramini, 2012; Ševčíková & Daneback, 2014). Por otro lado, en las personas más mayores, aunque las principales motivaciones en general tienen que ver con la excitación sexual, en los estudios más actuales se evidencia cómo algunos motivos más sociales (por ejemplo, conocer a otras personas con las que quedar y/o mantener relaciones sexuales) favorecen el uso de cibersexo (Ballester-Arnal et al., 2021). Esta motivación parece ser frecuente también en las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual, debido principalmente a la posibilidad de encontrar gente que comparta sus mismos intereses sexuales y de mostrar sus preferencias sexuales en un

ambiente seguro lo que, a su vez, potenciaría el uso de internet con otros propósitos sexuales como la búsqueda de información sobre sexualidad (Courtice & Shaughnessy, 2018; Mitchell et al., 2013).

Como podemos apreciar, las razones que llevan a una persona a realizar este tipo de conductas sexuales son muy diversas y pueden variar a lo largo del ciclo vital, por lo que resulta imprescindible tener en cuenta todos estos factores si se desea realizar cualquier tipo de prevención o de intervención clínica.

4. Consecuencias de las actividades sexuales *online*

Para muchas personas que realizan ASOs, esta actividad puede resultar beneficiosa en diversos aspectos. Uno de estos beneficios, comentado en líneas anteriores, es la compensación de la carencia de conocimiento sobre sexualidad que todavía prevalece en la sociedad y que se evidencia en todas las etapas vitales (Mitchell et al., 2013; Von Rosen et al., 2017). No obstante, este no es el único beneficio. A nivel sexual, encontramos que las ASOs son una vía no solo para lograr la satisfacción sexual (Carvalho et al., 2015; Doornwaard et al., 2017), sino también para realizar prácticas sexuales sin exponerse a ciertos riesgos, como es el caso de las infecciones de transmisión sexual (Courtice & Shaughnessy, 2018), encontrar parejas sexuales afines, sobre todo en aquellas personas que pertenecen a determinados colectivos (por ejemplo, gente mayor, personas LGBTQ...) (Blunt-Vinti et al., 2016; Daneback et al., 2007; Hull et al., 2016; Ševčíková et al., 2020) y satisfacer fantasías sexuales (Daneback et al., 2013; Martyniuk et al., 2019), entre otras. En cuanto a las relaciones de pareja, el cibersexo puede ser un medio con el que experimentar a nivel sexual en pareja, generando nuevas fantasías o como complemento en las relaciones sexuales (Bridges & Morokoff, 2011; Miller, McBain et al., 2019; Richters et al., 2014). Sin embargo, en algunas ocasiones su uso se asocia a una insatisfacción sexual con la pareja (Muusses et al., 2015; Vaillancourt-Morel et al., 2019). Además, el consumo de cibersexo también puede ser beneficioso a nivel emocional siendo un distractor de los problemas diarios o de los estados emocionales negativos (Böthe, Tóth-Király, Bella et al., 2021; Laier & Brand, 2017).

A pesar de todos estos beneficios, el uso de cibersexo entraña ciertos riesgos y consecuencias negativas, sobre todo si se realiza un mal uso de este (por ejemplo, uso excesivo, uso no crítico, uso a una edad muy temprana, etc.). Una de las consecuencias que más preocupación genera en la sociedad es el modelado de determinadas conductas y actitudes sexuales (por ejemplo, conductas violentas, sexistas, modelado de prácticas de riesgo de contraer alguna ITS...). En este sentido, diferentes estudios evidencian la relación del consumo de cibersexo y las prácticas sexuales de riesgo, sobre todo en determinados colectivos (adolescentes, personas pertenecientes al colectivo LGBTQ...)

(Koletić, Štulhofer et al., 2019; Rasmussen & Bierman, 2018). A pesar de estas evidencias, investigaciones recientes sugieren que la influencia que ejercen estas actividades en las prácticas sexuales de riesgo se desarrolla gradualmente, por lo que su efecto podría ser superior en edades un poco más avanzadas (Hald et al., 2010; Harkness et al., 2015; Koletić, Kohut & Štulhofer, 2019). Respecto a las conductas sexistas y violentas, si bien algunos estudios encuentran relación entre el visionado de contenido pornográfico, concretamente el violento, y las conductas sexuales violentas (Brem et al., 2018; Rostad et al., 2019), lo cierto es que, a pesar de la creciente disponibilidad *online* de contenido de estas características (Lykke & Cohen, 2015), el visionado de este tipo de material es, en general, poco buscado o poco frecuente (Baer et al., 2015; Ballester-Arnal et al., 2021; Shor & Seida, 2019).

A nivel sexual, no solo nos encontramos con estos problemas. También puede darse la aparición de disfunciones sexuales, sobre todo en hombres (Grubbs & Gola, 2019; Pizzol et al., 2016). Aunque esta asociación ha sido cuestionada por diversos autores (Landripet & Štulhofer, 2015; Park et al., 2016), las evidencias científicas apuntan que factores que pueden indicar un uso excesivo/problemático (como puede ser el tiempo invertido) podrían ser moduladores de este efecto negativo (Blais-Lecours et al., 2016; Dwulit & Rzymiski, 2019).

Otras de las posibles consecuencias son el acoso, ciberacoso o chantaje (Mitchell et al., 2011; Starcevic & Aboujaoude, 2015), la exposición a material sexual no deseado (Madigan et al., 2018; Ševčíková, Šerek et al., 2013) o la recepción de solicitudes sexuales no deseadas (Kerstens & Stol, 2014). Este tipo de consecuencias, aunque parecen ser más frecuente en jóvenes o adolescentes, pueden presentarse en todas las edades y causar un gran malestar (Baumgartner et al., 2010; Gámez-Guadix et al., 2015; Gopalan, 2019; Scarduzio et al., 2018).

Finalmente, el consumo de cibersexo puede generar problemas emocionales, no solo en relación al posible padecimiento de acoso *online*, sino también en su uso como regulador emocional. Sabemos que una de las motivaciones más frecuentes para el uso del cibersexo es regular estados de ánimo negativos (por ejemplo, evitación de emociones negativas, gestión del estrés, etc.). El problema surge cuando su uso se convierte en uno de los pocos recursos (o el único) para la gestión de estas emociones (Laiyer et al., 2015; Varfi et al., 2019). Estas y otras de las consecuencias negativas no solo suponen un perjuicio para la calidad de vida, sino que también pueden actuar como predisponentes, precipitantes y/o mantenedores en el desarrollo de la adicción al cibersexo, una de las consecuencias negativas más destacables (Brahim et al., 2019; Daspe et al., 2018; Wéry & Billieux, 2017).

5. Tipos de perfiles de consumo de internet con fines sexuales

Teniendo en cuenta la posibilidad de experimentar estas consecuencias, surge la necesidad de diferenciar a los usuarios en función del uso que realicen de esta herramienta y de las consecuencias experimentadas. Una de las principales propuestas de clasificación de estos perfiles la realizaron Cooper, Putnam et al. (1999) quienes, dependiendo de factores como la frecuencia de uso, el tiempo invertido y las consecuencias experimentadas diferenciaban tres perfiles: perfil de uso recreativo, perfil de riesgo de adicción al cibersexo y perfil de adicción. Las personas cuyo consumo de cibersexo se identifica dentro de un perfil recreativo utilizan estas actividades como medio para obtener placer sexual, buscar información sobre sexualidad, etc. Además, disfrutan de estas actividades sin ningún perjuicio ni interferencia en su calidad de vida. Los usuarios incluidos dentro del grupo de riesgo de adicción no presentan estrictamente un consumo compulsivo; sin embargo, ya empiezan a experimentar algunos síntomas alarmantes como la inversión temporal excesiva. Estas personas todavía tienen cierto control sobre su conducta sexual *online*, pero, si no se interviene en su consumo, podrían desarrollar una adicción. Dentro de este grupo se identifican dos subtipos de personas en riesgo de adicción: (a) subtipo ansioso-depresivo, para quienes el cibersexo funciona como una estrategia de regulación de estos síntomas; (b) subtipo reactivo al estrés, cuyo uso se caracteriza por una tendencia a aumentar el consumo de cibersexo durante las épocas de mayor estrés. Finalmente, las personas con un perfil adictivo presentan un cuadro clínico de compulsividad sexual *online* caracterizado por un deseo persistente y recurrente de realizar estas conductas acompañado de esfuerzos infructuosos a la hora de detener, controlar o reducir esta conducta sexual. También experimentarían síntomas cognitivos como pensamientos intrusivos, presencia de consecuencias negativas, así como síntomas de tolerancia y abstinencia entre otros (Carnes, 1991; Goodman, 1998; Kafka, 2013). Se estima que la prevalencia de estos perfiles se encuentra en torno al 75-90% en el caso de los usuarios recreativos, mientras que las personas con un perfil de riesgo de adicción se situarían entre un 8-20% (Ballester-Arnal, Giménez-García et al, 2016; Giordano & Cashwell, 2017; Vaillancourt-Morel et al., 2017). En cuanto a las personas con adicción al cibersexo, un estudio reciente estima que, dependiendo de la edad, entre un 0-1.8% de las mujeres y un 0-8% de los hombres cumpliría criterios de adicción (Ballester-Arnal et al., 2022). Otras investigaciones como las realizadas por Ross et al. (2012) o Rosser et al. (2014) encontraron datos similares utilizando muestras mucho más reducidas y en rangos de edades más acotados.

Aunque esta clasificación ha sido validada por diversos estudios (Rosser et al., 2014; Wetterneck et al., 2012), los nuevos hallazgos destacan la heterogeneidad en el consumo problemático y no problemático de cibersexo y consideran más adecuado hablar de un continuo que de categorías estrictamente diferenciadas. Este continuo abarcaría desde el uso recreativo al

compulsivo, dependiendo tanto de las características de consumo en sí como de las propias consecuencias experimentadas (Vaillancourt-Morel et al., 2017). Estas nuevas evidencias muestran la necesidad de realizar una evaluación exhaustiva a la hora de determinar la presencia de este tipo de problemas con el consumo de cibersexo. Sin embargo, como veremos más adelante, esta tarea no resulta sencilla debido a la ausencia de consenso en cuanto a criterios diagnósticos e instrumentos de evaluación que permitan discriminar a aquellas personas que realmente presentan un problema con el consumo de cibersexo.

6. Resumen

Las actividades sexuales *online* (ASO) son un concepto muy extenso que engloba cualquier actividad sexual que se realice a través de internet, ya sean actividades excitadoras (actividades en solitario como el visionado de imágenes y videos pornográficos, lectura de relatos eróticos, etc. o bien actividades que implican a otras personas como el uso de chats sexuales, webcam, etc.) o no excitadoras (búsqueda de información sexual, compra de material sexual *online*, etc.). Aunque es una actividad relativamente extendida en todas las sectores poblaciones, su prevalencia varía en función de distintas variables como el género (más frecuente en hombres, sobre todo en las ASO en solitario); la edad (mayor prevalencia entre jóvenes); la orientación sexual (práctica más común entre personas no heterosexuales); los contextos culturales; y las ASO en sí (por ejemplo, el visionado de pornografía como ASO más prevalente), entre otros.

Otros de los aspectos a tener en cuenta a la hora de analizar el uso de internet con fines sexuales son las motivaciones que se encuentran detrás de su uso. Entre estas motivaciones no solo encontramos las hedónicas; también son frecuentes otras vinculadas a los estados de ánimo (regulación del estado de ánimo, evadirse del estrés o de las emociones negativas, etc.), las relaciones interpersonales (mejora en las relaciones sociales, presión social, etc.) e incluso el aprendizaje y educación sexual (mejorar en la sexualidad *online/offline*, aprender sobre sexualidad y sexo, etc.). Cubrir estas necesidades son algunos de los beneficios que podemos obtener con el uso de cibersexo. Sin embargo, las personas que utilizan internet con fines sexuales también pueden experimentar consecuencias negativas, sobre todo los que presentan un uso problemático, descontrolado, adictivo, etc. Entre estas consecuencias se encuentran el modelo de prácticas sexuales de riesgo, conductas violentas o sexistas, problemas emocionales, acoso, etc. Teniendo en cuenta la cantidad de factores que intervienen en su prevalencia, las motivaciones que promueven su uso e incluso el incremento de su uso, así como las consecuencias negativas que puede generar un uso problemático, resulta necesario ahondar en este tema tan actual, así como desarrollar estrategias preventivas a todos los niveles que eviten la experimentación de dichas consecuencias negativas y garanticen un uso responsable.

Capítulo 2. Adicción al cibersexo: descripción del cuadro clínico, prevalencia, desarrollo, mantenimiento y consecuencias.

1. Adicción al cibersexo: definición y criterios diagnósticos

La adicción al cibersexo, definida como “*un patrón de comportamiento sexual desadaptativo, que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos*” (Dhuffar & Griffiths, 2015; p. 8), es un trastorno que todavía carece de consenso en cuanto a su clasificación y criterios diagnósticos. Una de las primeras discrepancias en torno a este concepto es si se trata de un subtipo de adicción a internet, como defienden autores como Griffiths (2001) o Young (1999), o si más bien se trata de un subtipo de adicción sexual (Cooper, Putnam et al., 1999). Dentro de este segundo posicionamiento también encontramos diferentes modelos explicativos de las adicciones sexuales que han llevado a emplear diversos términos para este mismo problema como el de “adicción sexual”, para aquellos autores que sostienen que esta adicción es similar a otras adicciones conductuales y adicciones a sustancias (Cooper et al., 2004; Wéry & Billieux, 2017); “compulsividad sexual” para aquellos autores que entienden la adicción sexual desde una perspectiva obsesivo-compulsiva, siendo estos comportamientos el resultado de la imposibilidad de controlar los impulsos sexuales (Coleman, 1992; Giugliano, 2006; Kraus et al., 2018); e incluso el término de “hipersexualidad” haciendo uso del prefijo “hiper” para destacar los comportamientos que se realizan en exceso como, en este caso, el sexo. Este último término fue el escogido dentro de la propuesta de inclusión de este trastorno en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) que finalmente fue descartada (Kafka, 2010; Krafft-Ebing, 1965), mientras que la inclusión del diagnóstico del “trastorno de conducta sexual compulsiva” dentro de la CIE-11 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades) fue aprobada recientemente en esta última actualización (Kraus et al., 2018; World Health Organization [WHO], 2019), donde podría incluirse el uso problemático de internet con fines sexuales como un subtipo de este trastorno de conducta sexual compulsiva (Gola et al., 2020). Los síntomas compatibles con este diagnóstico podrían agruparse en diferentes criterios diagnósticos entre los que se encuentran la pérdida de control, la negligencia (actividades sexuales repetitivas que se convierten en el foco central de la vida de la persona, desatendiendo otras áreas de la vida), la incapacidad de detener la conducta sexual y la persistencia en la conducta sexual a pesar de la interferencia en diferentes áreas (Castro-Calvo, Gil-Llario et al., 2020; WHO, 2019).

Estas diferentes conceptualizaciones han marcado sin duda el debate en cuanto a criterios diagnósticos de esta adicción desde sus inicios. Uno de los primeros planteamientos es el realizado por Young et al. (2000) quienes, en su propuesta inicial desde una perspectiva en la que se concibe la adicción al cibersexo como un subtipo de adicción a internet, exponían un listado con una serie de

síntomas que podrían indicar un posible problema de adicción al cibersexo. Entre estos síntomas se destaca la dedicación temporal excesiva, disminución de otras actividades sexuales *offline*, preocupación por encontrar parejas sexuales en internet, sentirse culpable o avergonzado por el uso de internet con fines sexuales, e incluso la anticipación de la excitación sexual, entre otras. Otra propuesta, esta vez desde la clasificación como adicción sexual (Cooper et al., 2002; Cooper, Putnam et al., 1999; Cooper, Boies et al., 1999), destaca cinco características definitorias de aquellos que padecen adicción al cibersexo. Estas características son: (a) la subestimación de la gravedad de la conducta sexual, (b) los intentos infructuosos de interrumpir la conducta sexual, (c) la dedicación temporal excesiva, (d) la presencia de consecuencias negativas y (e) la reiteración en el comportamiento sexual a pesar de estas consecuencias.

Dentro de las propuestas más formales en cuanto a criterios diagnósticos de la adicción al sexo destacan las de tres autores: Carnes (Carnes, 1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014); Goodman (1992; 1998) y Kafka (2010; 2013). Los puntos comunes de estas tres propuestas incluyen aspectos como la inversión exagerada de esfuerzo y tiempo en estas actividades sexuales, la pérdida de control, la presencia de consecuencias negativas importantes en la vida diaria y la persistencia en la actividad a pesar de estas consecuencias. Sin embargo, estos autores proponen otros criterios entre los que no existe tal consenso. Por ejemplo, Kafka (2010; 2013) es el único autor que hace hincapié en el uso de la conducta sexual como regulador emocional e incluye el criterio de edad (tener al menos 18 años o más) y la necesidad de descartar que la sintomatología pueda ser explicada por otro problema (diagnóstico diferencial); mientras que los síntomas de tolerancia y abstinencia solo aparecen en las propuestas de Goodman (1992; 1998) y Carnes (1991) (Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014). Incluso dentro de estas clasificaciones preliminares surge la duda de si es necesario distinguir entre las diferentes actividades que conforman el sexo *online*, como específicamente la adicción a la pornografía, o bastaría con incluirlas como uno de los síntomas del propio trastorno en sí (Kafka, 2010). Las propuestas focalizadas en distinguir entre distintas prácticas surgen, sobre todo, enfocadas en la pornografía donde también nos encontramos diferentes conceptos para este trastorno como puede ser el de “frecuencia del consumo de pornografía”, centrado en las características cuantitativas del consumo de pornografía (por ejemplo, tiempo invertido); o “uso problemático de pornografía”, concepto que engloba las características más cualitativas del consumo de pornografía (como la experimentación de consecuencias negativas, la pérdida de control, etc.) (Bóthe, Tóth-Király, Griffiths et al., 2021; Gola, Lewczuk, & Skorko, 2016).

En definitiva, tal y como afirman Varfi et al. (2019) a partir del análisis de diferentes estudios como el de Wéry & Billieux (2017), Bancroft & Vukadinovic (2004) o Brand, Snagowski et al.

(2016), “*la adicción al cibersexo probablemente es un término general que hace referencia a diferentes tipos de actividades sexuales online (pornografía online, uso de webcams sexuales, chats, etc.) y a diferentes mecanismos (es decir, refuerzo positivo como la gratificación sexual y la excitación de la pornografía, recompensas sociales del uso de chats o refuerzo negativo a través del escape del estrés diario u otros problemas emocionales)*” (p. 2).

A pesar de esta ausencia de consenso tanto en la definición del problema como en los criterios diagnósticos, se evidencian ciertas tendencias en las personas que presentan adicción al cibersexo. Por ejemplo, la evidencia científica sugiere que la adicción al cibersexo guarda relación tanto con la adicción al sexo como con la adicción a internet (Griffiths, 2012). Esta conceptualización lleva a contemplar este problema dentro del modelo de adicción (concretamente dentro de lo que serían las adicciones conductuales) en el que incluso se ha demostrado que estas adicciones comparten bases neuronales para la adquisición y mantenimiento de las adicciones a sustancias como los mecanismos para la anticipación de la recompensa en el estriado ventral o los de recompensa y aprendizaje (Brand, Snagowski et al., 2016; Laier et al., 2013; Laier et al., 2014) y también comparten ciertas características clínicas (Kraus, Voon & Potenza, 2016; Kraus et al., 2018; Wéry & Billieux, 2017). Síntomas como la tolerancia y la abstinencia, frecuentes en las adicciones a sustancias, también se experimentan en la adicción al cibersexo. En el caso de la tolerancia, se identifica un patrón caracterizado por un aumento en la frecuencia e intensidad de la actividad para lograr los efectos iniciales, e incluso se manifiesta con alteraciones o variaciones del comportamiento sexual *online* incluyendo prácticas más extremas o arriesgadas; mientras que los síntomas propios de la abstinencia como la irritabilidad, ansiedad, violencia verbal o física y el deseo irrefrenable de llevar a cabo estas conductas sexuales *online* (*craving*) se identifican, al igual que en otras adicciones, cuando no es posible realizar la actividad sexual *online* (Griffiths, 2012; Gola et al., 2017; Love et al., 2015; Snagowski et al., 2016). Otro síntoma clave en las adicciones y en otros problemas psicológicos es el grado de interferencia. Concretamente en la adicción al cibersexo, se observa cómo la presencia de consecuencias negativas y otras características como el tiempo invertido impactan en diferentes áreas de la vida como la familiar/pareja (disminución de actividades familiares, pérdida de confianza, divorcio/separación, problemas en las relaciones sexuales de pareja, etc.), la salud tanto mental como física (sedentarismo, problemas de sueño, conductas sexuales de riesgo, problemas emocionales, etc.), en el área social (disminución de actividades sociales), el área laboral (disminución del tiempo invertido en actividades laborales, falta de concentración, etc.) y la económica, entre otras (Grubbs, Exline et al., 2015; Lewczuk et al., 2017; Schneider, 2000; Wéry, Vogelaere et al., 2016). La presencia de estas y otras consecuencias y, sobre todo, la imposibilidad de reducir o eliminar la realización de estas actividades a pesar de ellas, suele ser uno de los principales motivos por los que

las personas que padecen esta adicción buscan ayuda y no tanto por el tiempo invertido que, aunque es otro criterio a tener en cuenta, en ocasiones no indica una adicción *per se* (Gola, Lewczuk, & Skorko, 2016; Kraus, Martino & Potenza, 2016). Además de esta interferencia, de los síntomas de tolerancia y abstinencia, del tiempo invertido y de las consecuencias negativas experimentadas, otros factores a tener en cuenta a la hora de diagnosticar una adicción al cibersexo son la pérdida de control (caracterizada por la dificultad a la hora de interrumpir o iniciar la conducta sexual), los pensamientos recurrentes (pensamientos incontrolables sobre la actividad sexual *online*) y el uso del cibersexo de forma compulsiva como medio para regular los estados emocionales negativos (Groves et al., 2008; Wéry, Burnay et al., 2016; Wéry et al., 2018).

2. Prevalencia del uso problemático y/o adictivo del cibersexo

A pesar del reto que supone analizar la prevalencia de este problema de adicción ante esta falta de consenso en cuanto a criterios diagnósticos, los esfuerzos de diferentes autores nos han llevado a tener una idea estimada de la magnitud de este problema en la sociedad.

Uno de los primeros estudios con una muestra relevante que analizaba la prevalencia de la adicción al sexo y en particular al cibersexo, es el realizado por Cooper, Scherer et al. (1999) quienes, con una muestra de 9177 participantes, encontraron que aproximadamente un 8% empleaba 11 horas o más semanalmente en actividades sexuales *online*, reportando además mayores niveles de malestar con la actividad que las personas que dedicaban menos tiempo. Este grupo de personas corresponderían a las que realizan un uso problemático o potencialmente compulsivo del cibersexo. Similar a este estudio fue el realizado años más tarde por este mismo autor y otros colaboradores, con 7037 participantes, de los cuales un 9.6% invertía una cantidad de tiempo excesiva en estas actividades, reportando cierta preocupación por este comportamiento (Cooper et al., 2002). Este mismo autor y sus colaboradores realizaron un tercer estudio con muestra similar ($n=9265$) con participantes de entre 18 y 90 años en el que, además del tiempo invertido, se evaluaba la adicción mediante un instrumento de compulsividad sexual. Con estos criterios, el porcentaje de personas que parecía tener un comportamiento sexual *online* compulsivo descendió a un 1% (Cooper et al., 2000). Estos datos nos muestran cómo este problema era relativamente prevalente hace ya veinte años y cómo las distintas aproximaciones para su evaluación, presentes anteriormente y en la actualidad, pueden afectar a la hora de establecer esta prevalencia.

Respecto a los estudios más recientes, uno de los que cuenta con una mayor representación de la población general es el realizado por Rissel et al. (2016) con población australiana. Concretamente, en el estudio participaron un total de 20094 personas de entre 16 y 69 años de los

cuales sólo un 4% de los hombres y un 1% de las mujeres afirmaban tener un problema de adicción a la pornografía mediante un ítem de autopercepción de adicción. Si bien este estudio cuenta con una buena muestra y abarca un rango de edades muy amplio, la valoración subjetiva de la adicción, aunque puede ser útil a la hora de determinar la interferencia que puede causar el consumo de pornografía en la vida diaria y la posibilidad de padecer un problema de adicción, no es determinante a la hora de establecer este diagnóstico ya que otros factores como las creencias religiosas, el malestar moral, la edad, etc. pueden influir en esta valoración (Grubbs, Exline et al., 2015, 2019b; Lewczuk et al., 2020).

Teniendo en cuenta esta limitación, muchos autores optan por utilizar medidas estandarizadas para evaluar la adicción al cibersexo, acompañados o no de medidas subjetivas de adicción. Ross et al. (2012) analizaron el comportamiento sexual *online* de 1913 hombres y mujeres suecos ($M_{\text{mujeres}}=28.12$ años; $M_{\text{hombres}}=28.91$ años) a través de la escala *Internet Sexual Problems* (ISP). Los hallazgos de estos autores estiman que un 13% de los hombres evaluados presentaba algunos problemas con el uso de internet con fines sexuales, mientras que solo un 5% de mujeres presentaba este perfil. Además, un 5% de hombres y un 2% de las mujeres presentaban problemas severos con el uso de internet con propósitos sexuales. Otro estudio algo más reciente que cuenta con una muestra representativa de la población alemana (2522 participantes de entre 14 y 97 años), indica que aproximadamente un 4.2% de los participantes presentaba un consumo intensivo de actividades sexuales *online* evaluado a través del *Internet Sex Screening Test* (ISST; Delmonico, 1997), siendo los hombres (85%) y los adultos jóvenes (47.7%) los más representados en este grupo (Beutel et al., 2017).

Finalmente, estudios de prevalencia como el de Giordano & Cashwell (2017) o en España el de Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al. (2016) centrados en jóvenes muestran prevalencias algo superiores. En el primer estudio, los resultados indican que un 10.3% (19% hombres; 4% mujeres) de los estadounidenses encuestados ($M=23.19$ años) cumpliría criterios clínicos de adicción al cibersexo evaluado a través del *Sexual Addiction Screening Test-Revised* (SAST-R; Carnes et al., 2010), mientras que, en el segundo estudio, un 8.6% de los jóvenes españoles (entre 18 y 25 años) se encontraría en riesgo de adicción y un 0.7% cumpliría criterios de adicción al cibersexo (1.7% en hombres y 0.1% en mujeres) según las medidas obtenidas a través del *Internet Sex Screening Test* (ISST) de Delmonico (1997), en su versión española (Ballester-Arnal et al., 2010).

Estos estudios nos muestran cómo el género y la edad son dos variables fundamentales a tener en cuenta cuando analizamos la prevalencia de la adicción al cibersexo en la población general. Sin embargo, la bibliografía es muy limitada. Una de las publicaciones más recientes que tiene en consideración estas variables es el estudio publicado por Ballester-Arnal et al. (2021) en el que

analizaban el comportamiento sexual *online* de un total de 8040 hombres y mujeres hispanohablantes de entre 12 y 85 años. Este estudio empleaba medidas objetivas y subjetivas para evaluar la prevalencia de la adicción al cibersexo. Mediante el empleo de la versión española del *Internet Sex Screening Test* (ISST) (Ballester-Arnal et al., 2010), los autores obtuvieron distintas prevalencias en función de las variables mencionadas. En el caso de los hombres, la prevalencia de personas que realiza un uso excesivo o problemático del cibersexo osciló entre un 0 y un 8%. El mayor porcentaje (8%) se encontró entre los adultos (26-40 años); seguido de un 6.7% de los adultos mayores (41-60 años); un 3.8% de los jóvenes adultos (18-25 años) y entre un 0-1% de los mayores (>60 años) y los adolescentes y preadolescentes (12-18 años). En el caso de las mujeres, la presencia de consumo de cibersexo excesivo y problemático resultó ser muy inferior, rondando entre el 0 y el 1.8% en todos los grupos de edad, siendo mayor la prevalencia en las niñas y adolescentes (1.8%), seguido de las mujeres adultas (1.4%) y las adultas mayores (1.4%). Ninguna de las mujeres mayores (>60 años) presentaba este perfil, mientras que solo el 1% de las jóvenes adultas (18-25 años) realizaba un consumo de cibersexo excesivo/problemático. Estos porcentajes varían notablemente cuando nos fijamos en los datos obtenidos a través de medidas subjetivas. En este sentido, entre un 0-11% de las mujeres y un 29.1-62.8% de los hombres considera que emplea más tiempo del recomendado en actividades sexuales *online*; entre el 2.8-7.2% de las mujeres y el 5.6-30.2% de los hombres considera que el sexo en internet interfiere de alguna forma en sus vidas y, entre el 16.7-57.1% de las mujeres y el 22.6-65.8% de los hombres ha estado preocupado/a en alguna ocasión por su consumo de cibersexo (Ballester-Arnal et al., 2021).

3. Desarrollo y mantenimiento de la adicción al cibersexo

Otra de las claves fundamentales a la hora de valorar la ausencia/presencia de este problema, así como poder elaborar estrategias de intervención adecuadas, es conocer cómo se desarrolla y mantiene la adicción al cibersexo. En este sentido, la literatura es algo más extensa y destaca diversos factores que actúan a diferentes niveles, así como diferentes mecanismos que podrían estar vinculados a esta adicción. Los hallazgos realizados al respecto se comentan a continuación.

3.1. Predisponentes, precipitantes y/o mantenedores

La literatura científica identifica diferentes factores que pueden actuar como predisponentes (factores que aumentan el riesgo de desarrollar adicción al cibersexo), como precipitantes (factores desencadenantes de la conducta problemática) y/o como mantenedores (factores que contribuyen al mantenimiento de la adicción en el tiempo). Algunos de estos factores se detallan en este punto.

3.1.1 Características del cibersexo

Partiendo del análisis de la propia actividad en sí, algunos autores han propuesto modelos explicativos sobre las propiedades que posee el cibersexo y que hacen de ésta una actividad potencialmente adictiva. Uno de los primeros modelos explicativos es el denominado “Triple A” propuesto por Cooper (1998). Este modelo explica cómo hay tres características principales que hacen del cibersexo una actividad potencialmente adictiva. Estas características son: la accesibilidad “*Access*” en referencia al fácil acceso (desde diferentes dispositivos, prácticamente en cualquier lugar, etc.), la asequibilidad “*Affordability*” o lo que es lo mismo, el bajo coste económico o coste cero de esta actividad y el anonimato “*Anonymity*”, esa percepción (real o no) de que internet es un medio en el cual podemos realizar diferentes actividades sin ser reconocidos que aporta una sensación de libertad, mayor predisposición a experimentar con la sexualidad, etc. Young (1999) por su parte propuso el modelo ACE en el cual las características del cibersexo que generan gran atractivo y potencian su carácter adictivo son el anonimato “*Anonymity*”, la comodidad “*Comfort*”, -similares a las propuestas en el modelo Triple A-, y el escape (“*Escape*”) del estrés, de los estados emocionales negativos o de los problemas cotidianos. Más tarde, Carnes et al. (2007) proponen que la capacidad del cibersexo para elicitar una adicción se debe a que es un medio *intoxicante* (en personas que realizan un uso compulsivo pueden aparecer síntomas similares a una adicción a sustancias), *aislante* (su uso favorece un aislamiento social), *integrado* (forma parte del día a día de un gran porcentaje de personas), *impuesto* (su uso, en muchas ocasiones, se ha convertido en una necesidad más que en una simple herramienta disponible para diferentes acciones), *interactivo* (internet permite interactuar con otras personas, seleccionar a las personas con las que se quiere interactuar, etc.) y *barato* (gran parte del material sexual *online* es gratuito).

Estas características propias del sexo en internet, añadidas al disfrute y placer sexual, crean un espacio propicio para generar una adicción. Sin embargo, no son características determinantes de la adicción. Las diferencias individuales son fundamentales para entender su desarrollo y mantenimiento.

3.1.2 Características individuales

Con el propósito de identificar qué variables individuales podrían modular estos comportamientos adictivos y predisponer a la persona a desarrollar adicción al sexo *online*, una de las principales cuestiones a abordar es la posible relación entre la adicción al cibersexo y el consumo problemático de otras sustancias y/u otras conductas. Algunos estudios identifican una alta comorbilidad entre diferentes adicciones (adicción al juego, adicción a internet, adicción a sustancias, etc.) y la adicción

al cibersexo (Hermand et al., 2020), lo que hace pensar que comparten características no solo a nivel sintomatológico sino también predisposicional. En este sentido, Castro-Calvo, Ballester-Arnal, Gil-Llario y Giménez-García (2016), encontraron en su estudio que los adolescentes que consumían otro tipo de sustancias (alcohol, tabaco o drogas), presentaban un mayor consumo de cibersexo, lo que podría ser debido por una parte a los mecanismos neurales y de refuerzo que comparten con otras adicciones (que se abordarán posteriormente en este capítulo) y por otra parte, debido a las características de personalidad como puede ser el comportamiento antisocial, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el neuroticismo e incluso los denominados rasgos de personalidad oscura (maquiavelismo, psicopatía, narcisismo, sadismo y rencor) que también se han visto relacionados con el uso problemático de diferentes actividades *online* (juego, compras, sexo, etc.) (Antons & Brand, 2018; He et al., 2019; Kircaburun & Griffiths, 2018; Shimoni et al., 2018).

Otros problemas psicológicos asociados al consumo problemático de cibersexo son el trastorno de personalidad límite, los trastornos alimentarios y los trastornos del estado de ánimo como la ansiedad, la depresión e incluso el trastorno de estrés postraumático (Barrault et al., 2016; Levin et al., 2012; Schwartz & Southern, 2000; Zlot et al., 2018). Esta alta asociación con diferentes trastornos tiene mucho que ver con el uso de las ASO (actividades sexuales *online*) como una forma de regular las emociones (problema frecuente en todos estos trastornos y en otras adicciones). Concretamente en la adicción al cibersexo son muchos los autores que destacan su uso como regulador emocional como predisponente, precipitante y mantenedor de la adicción al cibersexo (Estévez et al., 2017; Kober, 2014; Williams, et al., 2012). Estudios como los de Laier y Brand (2014; 2017) señalan que el uso problemático de cibersexo está relacionado con el estrés percibido, con la presencia de emociones negativas y con el uso de cibersexo como medio para evitar emociones negativas incluyendo, en muchas ocasiones, un cambio positivo en el estado de ánimo tras la realización de estas actividades, lo que actúa como reforzador en este uso adictivo. Otras investigaciones más recientes indican, además, que esta relación estaría modulada por la urgencia negativa (un rasgo de impulsividad que refleja la tendencia a actuar precipitadamente ante estados emocionales negativos). Las personas con esta característica presentan una tendencia a realizar distintos comportamientos de forma compulsiva que les permiten regular de forma inmediata esas emociones negativas, aunque esto conlleve experimentar otras consecuencias negativas (Wéry et al., 2018).

La autoestima y la soledad también se han visto relacionadas con la adicción al cibersexo. Las personas que realizan un consumo problemático suelen presentar una autoestima más baja y mayores niveles de soledad (Borgogna et al., 2020; Kor et al., 2014; Wéry et al., 2020). Al igual que la adicción a internet o a redes sociales, las personas con una baja autoestima encuentran en internet

un medio seguro en el que expresarse y relacionarse con los demás (Andreassen et al., 2017; Aydm & San, 2011; Forest & Wood, 2012). En el caso del cibersexo, este medio les permitiría experimentar con su sexualidad en un ambiente seguro, sin tener que enfrentarse a un posible rechazo cara a cara (Young, 2008). Además, esta relación también se puede dar como consecuencia del uso de cibersexo. Concretamente estudios como el de Weinstein, Zolek et al. (2015), encuentran que la exposición al cibersexo puede impactar de forma negativa en la autoestima, sobre todo en la autoestima sexual, principalmente por la insatisfacción con la imagen corporal al comparar su cuerpo con los que se muestran en internet, y más específicamente la insatisfacción con los genitales por el mismo motivo. Otros factores como la sensación de haberle fallado a la pareja, de no cumplir con sus expectativas sexuales, etc. también pueden afectar a la autoestima. Este malestar también puede disminuir la satisfacción y el interés en las relaciones sexuales *offline* (Cavaglioni, 2009; Schneider, 2000; Wright, Sun et al., 2019). Otros estudios, sin embargo, muestran que este impacto en la autoestima tiene mucho que ver con la propia percepción de los efectos de la pornografía. Concretamente Kvaalem et al. (2014) encontraron una relación positiva entre la autoestima sexual y los efectos positivos autopercebidos del uso de la pornografía en hombres.

La autoestima sexual no es el único aspecto de la sexualidad relacionado con la adicción al cibersexo. La adicción al cibersexo se ha asociado con diferentes áreas del funcionamiento sexual. Partiendo de la satisfacción sexual, algunos estudios indican que la insatisfacción tanto sexual como con las relaciones de pareja pueden predisponer a un uso excesivo del cibersexo, empleando este medio no solo como una forma de satisfacer las necesidades sexuales insatisfechas, sino también como medio para lidiar con las emociones negativas (enfado, rabia, tristeza, etc.) que surgen derivadas de los problemas de pareja y la insatisfacción sexual (Daspe et al., 2018; Kohut et al., 2017; Muusses et al., 2015). Dentro del funcionamiento sexual, la presencia de disfunciones sexuales ha sido un aspecto poco estudiado en cuanto a su relación con las adicciones sexuales. Los escasos estudios de los que disponemos se centran principalmente en la disfunción eréctil, la eyaculación retardada, la dificultad o imposibilidad para alcanzar el orgasmo y la disminución del deseo sexual, siendo algunas de las disfunciones sexuales más prevalentes en hombres y mujeres (McCabe et al., 2016). Wéry & Billieux (2016) en su estudio con 434 hombres, encontraron que un alto deseo sexual, una baja satisfacción sexual y la disfunción eréctil eran factores de riesgo para el consumo problemático de cibersexo. Berger et al. (2019) también analizaron la relación entre la disfunción eréctil y el uso de pornografía en hombres, encontrando una relación positiva entre estas variables. Concretamente, las tasas de disfunción eréctil eran mayores en aquellos hombres que utilizaban la pornografía con el objetivo de masturbarse en solitario que en los que preferían mantener relaciones sexuales en pareja. Una de las posibles explicaciones es el miedo a exponerse a una relación sexual real y no poder realizar

un buen desempeño sexual debido a la disfunción. Por el contrario, en el estudio de Bóthe, Tóth-Király, Griffiths et al. (2021) se identifica una relación negativa entre la frecuencia del uso de pornografía y los problemas en el funcionamiento sexual, mientras que la relación con el consumo problemático de pornografía y esta misma variable resultó ser positiva. Algunas de las posibles explicaciones ofrecidas por estos autores sugieren que las personas que simplemente realizan un uso excesivo (frecuencia de uso de pornografía), puede que lo realicen porque tienen un deseo sexual más elevado, que el uso de pornografía pueda ayudarles a generar más fantasías sexuales, o que la familiaridad obtenida tras la visualización constante de imágenes pornográficas les ayudaría a sentirse más cómodos y activos con su sexualidad. Todo ello justificaría esa asociación negativa con los problemas en el funcionamiento sexual. Por el contrario, las personas que realizan un uso compulsivo de pornografía puede que lleguen a estados de masturbación compulsiva, sin que puedan permitirse un espacio de recuperación, lo que puede llevarse a tener problemas de erección y/o de eyaculación en sus prácticas sexuales *offline*, lo que podría ser un indicativo de un mal funcionamiento sexual. Además, otra posible explicación es la pérdida de deseo sexual fuera de internet. Aunque en su mayoría estos hallazgos muestren una relación negativa entre el uso compulsivo del sexo en internet y el funcionamiento sexual, la evidencia científica es muy escasa y, en muchas ocasiones, resulta difícil determinar la causalidad y la dirección de la misma, o lo que es lo mismo, es difícil determinar si la presencia de dificultades en el funcionamiento sexual es una posible causa o una consecuencia de la adicción al cibersexo (Blais-Lecours et al., 2016; Dwulit & Rzymiski, 2019) e incluso, como ocurre en el estudio de Bóthe, Tóth-Király, Griffiths et al. (2021) si factores como el género, muy relevante a la hora de explorar el funcionamiento sexual, influyen en esta asociación, por lo que habría que profundizar más para conocer cuál es la posible relación y su explicación. Por el contrario, la excitación sexual sí se ha visto relacionada con un mayor riesgo de adicción al cibersexo (Laier et al., 2013).

Además de estos factores, los intereses sexuales poco usuales (o parafilicos) también se han asociado con un incremento en el riesgo de adicción al cibersexo (Ballester-Arnal et al., 2022; Ross et al., 2012). Las personas con intereses sexuales poco usuales y/o que resulten difíciles de satisfacer en la vida real pueden encontrar en internet un medio mediante el cual disfrutar o satisfacer esa fantasía sexual insatisfecha. Por ello tiene sentido que experimenten un mayor consumo de cibersexo. No obstante, del mismo modo que en las disfunciones sexuales, en este caso también es difícil determinar si la relación se produce como causa o consecuencia. Es decir, si las personas con intereses sexuales poco frecuentes presentan mayor tendencia a desarrollar una adicción al cibersexo al buscar ciertos contenidos sexuales en internet o si, por el contrario, las personas que realizan un uso excesivo de cibersexo llegan a habituarse a ciertas prácticas sexuales y contenidos normofilicos, por lo que puede aumentar el interés en materiales o prácticas sexuales inusuales (Foubert, 2016;

Hilton & Clark, 2011; Tripodi et al., 2015) o bien sufrir el modelado de ciertas prácticas no normofílicas que encuentran en internet.

Otro factor que ha sido altamente documentado por diversos investigadores es la relación del trauma con las adicciones (Carruth, 2011; Wiechelt & Straussner, 2015). Concretamente, algunos autores evidencian cómo un porcentaje muy elevado de las personas que padecen una adicción sexual ha sufrido algún tipo de trauma en la infancia. Uno de los primeros estudios que exploró esta relación encontró que un 97% de los participantes que presentaba adicción al sexo había sufrido algún tipo de experiencia traumática en su infancia (Carnes, 1991). Blain et al. (2012) también exploraron esta relación específicamente en población masculina no heterosexual que presentaba síntomas de compulsividad sexual. En este caso, un porcentaje inferior pero también significativo (39%) había sufrido algún tipo de abuso sexual o trauma en la infancia, siendo éste un predictor de los síntomas de compulsividad sexual y de una mayor severidad de comorbilidades clínicas. Más recientemente, Slavin, Blycker et al. (2020) también analizaron la relación entre haber sufrido abuso en la infancia y/o en la adolescencia y la hipersexualidad tanto en hombres como en mujeres, siendo ésta particularmente relevante en hombres. Específicamente en usuarios con un comportamiento sexual *online* compulsivo, Schwartz & Southern (2000) identificaron que el 76% de las mujeres y el 58% de los hombres habían sido víctimas de abuso sexual en la infancia. Los jóvenes evaluados por Jonsson et al. (2015) con una historia de abuso sexual en la infancia también realizaban con mayor frecuencia conductas sexuales *online* y mayores conductas de riesgo que los que no habían sufrido ningún tipo de abuso sexual. Otros estudios detectan no solo una asociación positiva entre el trauma o abuso sexual en la infancia y la compulsividad sexual, sino también de forma opuesta, entre el abuso sexual y la evitación sexual (Vaillancourt-Morel et al., 2015). Teniendo en cuenta estas asociaciones tan extremas, identificar qué factores están asociados con el desarrollo de estos comportamientos sexuales resulta clave para prevenir posibles consecuencias en los menores. En el caso de la compulsividad sexual, estudios como el de Kotera & Rhodes (2019) sugieren que esta relación estaría mediada por el apego, concretamente el apego ansioso, mientras que otros identifican tanto el apego ansioso como el evitativo (Zapf et al., 2008; Weinstein, Zolek et al., 2015). Por su parte, Vaillancourt-Morel et al. (2016) encontraron que la gravedad del abuso sexual se asociaba positivamente con la compulsividad sexual. Otros factores a tener en cuenta en el desarrollo sexual de las personas que han sufrido algún tipo de trauma en la infancia son la edad, las reacciones disociativas, el tipo de abuso, etc. (Birchard, 2011; Schwartz & Galperin, 2002).

Finalmente, existen otros factores psicosociales que nos permiten establecer un perfil de personas que presentarían mayor riesgo de desarrollar una adicción al cibersexo. Partiendo del género, tal y como comentamos en el capítulo anterior, el uso del cibersexo está más generalizado en hombres

que en mujeres por lo que es de esperar que sean también los hombres quienes presenten un mayor riesgo de desarrollar una adicción al cibersexo (Giordano & Cashwell, 2017; Wéry, Vogelaere et al., 2016). La orientación sexual también ha sido muy estudiada en cuanto a las adicciones sexuales y, aunque existan muy pocos estudios que comparen población heterosexual y no heterosexual, parece que las personas no heterosexuales tendrían mayor posibilidad de desarrollar una adicción al cibersexo, precisamente por las características del propio sexo *online* que permite explorar con la sexualidad y buscar personas afines sin necesidad de exponerse físicamente a una posible discriminación, preservando ese aparente anonimato (Castro-Calvo, Ballester-Arnal & García-Barba, 2020; Courtice & Shaughnessy, 2018). Por lo general, las personas que presentan este tipo de adicción suelen tener un nivel educativo medio-alto (Daneback et al., 2006; Ross et al., 2012) y suelen estar solteros/as o sin pareja estable, aunque algunos estudios también muestran un alto porcentaje de personas con pareja estable que presentan un consumo problemático de cibersexo (Ballester-Arnal et al., 2014; Sun et al., 2016; Wéry, Vogelaere et al., 2016). En general, las actividades en solitario (sobre todo el visionado de material sexual pornográfico) son las más frecuentes, sobre todo en hombres. Por ello, parece que es más común encontrar personas que presenten adicción a la pornografía, aunque no por ello las personas que realizan otro tipo de actividades sexuales *online* están exentas de padecer una adicción al cibersexo (Ballester-Arnal et al., 2021; Wéry, Vogelaere et al., 2016; Wetterneck et al., 2012).

Motivaciones como la búsqueda de placer sexual, la curiosidad o las fantasías sexuales son relativamente frecuentes en las personas que presentan tanto un perfil clínico como no clínico del uso del cibersexo. Sin embargo, la principal motivación relacionada con la adicción al cibersexo es la regulación emocional (Castro-Calvo, Giménez-García et al., 2018; Wéry, Vogelaere et al., 2016). Anteriormente ya expusimos el papel que tenía la regulación emocional tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de ésta y de otras adicciones e incluso para lidiar con otra sintomatología comórbida y las consecuencias derivadas de la misma adicción formando parte del ciclo de la adicción tal y como explicaremos a continuación.

Finalmente, la religión ha sido una de las variables que recientemente ha ganado interés científico en cuanto a su relación con la adicción al cibersexo. Algunos de los hallazgos más recientes indican que las creencias religiosas y la desaprobación moral de las actividades sexuales *online* como la pornografía predicen una mayor “percepción” de consumo problemático, lo que aumentaría el malestar asociado a estas actividades (Bradley et al., 2016; Grubbs, Exline et al., 2015; Perry & Schleifer, 2017). Sin embargo, respecto a la relación de la religiosidad con un incremento real en el

consumo problemático, los datos son inconsistentes por lo que no se puede determinar esta relación (Goodson et al., 2000; Maddock et al., 2019; Perry & Schleifer, 2017; Short et al., 2015).

3.2 Origen y mantenimiento de la adicción al cibersexo

Una vez expuestos los factores que pueden actuar como predisponentes, precipitantes y mantenedores, otro de los retos abordado es comprender qué mecanismos actúan en su desarrollo. Las explicaciones teóricas sobre el desarrollo de la adicción al sexo y/o al cibersexo han ido evolucionando y adaptándose a todos los cambios a nivel conceptual que han surgido con el paso de los años y los avances en investigación que ya comentamos al inicio de este capítulo.

3.2.1 Modelos generales de la adicción al sexo

Uno de los modelos explicativos tiene que ver con la conceptualización de la **adicción al sexo como un tipo de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)**, denominada como “compulsividad sexual *online*”. Desde esta perspectiva, los pensamientos, impulsos o fantasías sexuales se vuelven obsesivos (recurrentes, intrusivos, etc.) lo que genera un gran malestar. Al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo, la persona realiza compulsiones sexuales para disminuir ese malestar. Esta disminución del malestar actuaría como un reforzador negativo de la compulsión sexual, lo que hace que se mantenga en el tiempo (Bancroft et al., 2003; Black et al., 1997; Coleman, 1990; Reid, Harper & Anderson, 2009). Sin embargo, aunque algunas personas con compulsividad sexual utilizan la conducta sexual como medio para calmar su malestar, generalmente no realizan comportamientos sexuales tan pautados como ocurre en el caso de las compulsiones que forman parte del TOC (Walton et al., 2017).

Por otro lado, nos encontramos con el modelo de impulsividad en el que se conceptualiza la hipersexualidad como un **trastorno del control de los impulsos**. Las personas con hipersexualidad serían incapaces de resistirse a la realización de determinadas prácticas sexuales o satisfacción de sus necesidades sexuales a pesar de las posibles consecuencias que pueden experimentar. La motivación principal sería la necesidad de satisfacer las necesidades sexuales que, unida a las dificultades a la hora de controlar los impulsos, se convertiría en una conducta incontrolable. En este sentido, el placer sexual obtenido actuaría como refuerzo positivo de las conductas sexuales que, unido a la impulsividad, favorecería el mantenimiento del uso problemático del sexo (Giugliano, 2008; Kaplan, 1995; Montaldi, 2002).

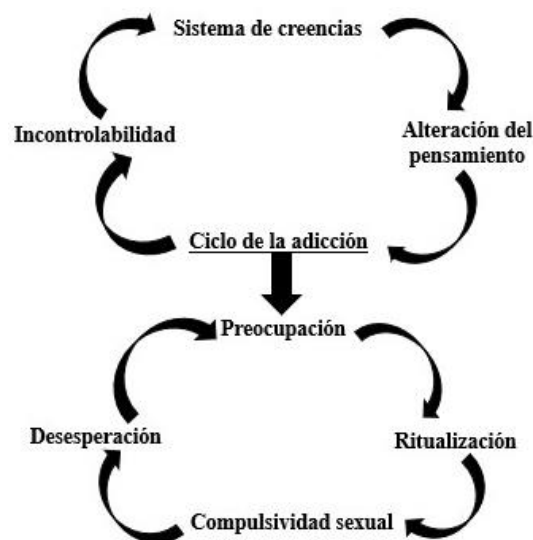
El **modelo de control dual**, desarrollado inicialmente por el instituto Kinsey, es un modelo explicativo que trata de comprender las diferencias individuales en el funcionamiento y comportamiento

sexual. Este modelo inicialmente postulaba que la excitación sexual y los comportamientos sexuales dependen del equilibrio entre la excitación y la inhibición sexual regulados por el sistema nervioso central, siendo la propensión a la excitación/inhibición sexual diferente en cada persona, lo que justificaría las diferencias individuales en los comportamientos sexuales (Bancroft et al., 2009; Janssen & Bancroft, 2007). Partiendo de esta hipótesis, Janssen et al. (2002a; 2002b) identificaron en su investigación inicial un único factor de excitación sexual y dos tipos de inhibición sexual: la inhibición sexual debida a un posible fracaso en el desempeño sexual y la inhibición sexual debida a las posibles consecuencias que se puedan experimentar. Las personas con adicción al sexo tendrían una mayor excitación sexual, mayor inhibición sexual debido al posible fracaso en el desempeño sexual y menor inhibición sexual debida a las posibles consecuencias, en comparación al resto de población. Este modelo explicaría las posibles diferencias individuales en cuanto al comportamiento sexual. Sin embargo, apenas se ha estudiado en mujeres y, además, parece que estas características estarían determinadas a nivel genético, lo que no explicaría cómo hay personas que experimentan cambios en su comportamiento sexual a lo largo de la vida (por ejemplo, personas que desarrollan hipersexualidad después de haber tenido un comportamiento sexual relativamente controlado).

Los modelos que consideran la hipersexualidad como **un tipo de adicción conductual** también han sido muy discutidos. En primer lugar, nos encontramos con los modelos explicativos iniciales que atribuyen el inicio de la adicción a diferentes factores predisponentes. Una persona con un perfil clásico de adicción sería principalmente un hombre, con una historia de abuso (ya sea físico o psicológico), que haya desarrollado un apego inseguro, y que presente una desregulación de los impulsos. Además, presentará de forma comórbida otras adicciones y/o trastornos del estado de ánimo, vergüenza y menosprecio. En estas personas el patrón adictivo se desarrollaría como medio para paliar este malestar (Carnes, 1991; Riemersma & Sytsma, 2013). Por otro lado, los modelos contemporáneos de adicción al sexo sugieren que la adicción surge como un producto de la relación entre una cultura altamente sexualizada y la exposición temprana, repetida y constante a contenido sexual (como es el cibersexo) (Riemersma, & Sytsma, 2013). Otra propuesta basada en los predisponentes es el modelo OAT propuesto por Hall (2013). Este modelo divide la adicción al sexo en función de cómo se inició el comportamiento sexual. Entre los posibles desencadenantes que recoge este modelo se encuentran: la adicción sexual inducida por la oportunidad (personas que consumen sexo, sobre todo *online*, simplemente porque está disponible en nuestro entorno, sin necesidad de haber sufrido ningún trauma o problema de apego); la adicción sexual inducida por el apego (en este caso, un niño con un apego inseguro o problemático tendrá peor autoestima y peores capacidades para controlar las emociones, lo que facilitaría el desarrollo de la adicción); adicción inducida por el trauma (en niños que han sufrido algún tipo de abuso físico o psicológico, el sexo se convierte en muchas ocasiones en un medio para

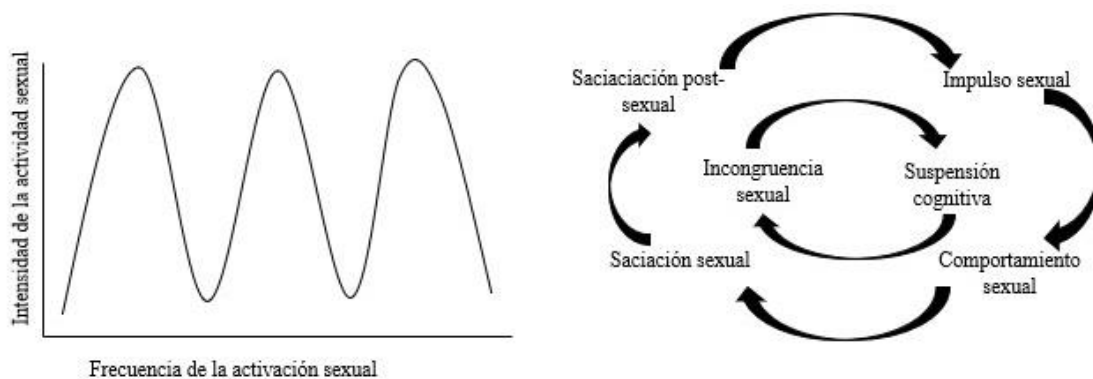
afrontar las secuelas emocionales y físicas de ese trauma); o inducida por apego/trauma (en este último, las dos situaciones anteriores precipitarían en su conjunto el desarrollo la adicción). Estas situaciones actuarían como desencadenantes de una conducta, en este caso la sexual, que se realizaría como forma para manejar las emociones negativas. Normalmente, las personas que han sufrido algún trauma o abuso en la infancia tienden a utilizar un comportamiento similar al del abuso de una forma desadaptativa, siendo su forma de calmar las emociones. A pesar de que algunos de los elementos destacados en estos perfiles se consideran como factores predisponentes, lo cierto es que para que la adicción se desarrolle y se mantenga en el tiempo deben actuar otros mecanismos. Carnes (2001) (Figura 1) identifica como mantenedor de la adicción un ciclo que envuelve la preocupación cognitiva, obsesión y fantasías, disparadores y rituales sexuales, compulsividad sexual y desesperación emocional. Las personas con esta predisposición presentan una distorsión de la realidad que les hace justificar, minimizar y racionalizar estos comportamientos sexuales. Una vez las personas empiezan a realizar este tipo de conductas sexuales de una forma repetitiva, el ciclo de adicción que sigue es el siguiente: 1) Preocupación: el individuo empieza a estar completamente absorto en pensamientos sexuales, lo que crea una búsqueda obsesiva de estimulación sexual. 2) Ritualización: las personas adictas empiezan a realizar rituales que les llevan a ese placer sexual. Esta ritualización intensifica la preocupación, a la vez que surge la excitación y la emoción. 3) Comportamiento sexual compulsivo: el comportamiento sexual empieza a ser incontrolable. 4) Desesperación: esta incapacidad para controlar la conducta sexual genera sentimientos de desesperanza e impotencia que, a su vez, alimentan de forma negativa las distorsiones cognitivas previas e impiden dejar de realizar la conducta sexual.

Figura 1
Adaptación al castellano del modelo del sistema adictivo de Carnes (2001)



Por su parte, Walton et al. (2017), también proponen un modelo explicativo de la hipersexualidad que integra los predisponentes y mantenedores destacados en los estudios previos. Su propuesta denominada “**Sexhavior cycle of hypersexuality**” (Figura 2) comprende el comportamiento sexual dentro de cuatro etapas distintas y secuenciales. La primera es el impulso sexual, entendido como una motivación, un deseo o necesidad, un impulso biológico, etc. que lleva al deseo de iniciar una actividad sexual. El segundo es el comportamiento o la conducta sexual que se refiere al tipo de actividad sexual llevada a cabo. El tercero es la saciación sexual, que ocurriría una vez se ha satisfecho ese impulso sexual y, finalmente, estaría la saciación post-sexual entendida como el proceso biopsicológico por el cual la excitación sexual de una persona disminuye y regresa a un estado de no excitación. En las personas con hipersexualidad, aparecen dos variables que modulan este circuito. Por un lado, está la “disociación cognitiva”, que suele darse principalmente en las dos primeras etapas. Las personas con hipersexualidad cuando se encuentran en un estado de alta excitación sexual pueden llegar a disociarse cognitivamente lo que les lleva a evaluar erróneamente los riesgos, las recompensas y consecuencias de su comportamiento sexual, dificultando la inhibición sexual y el control de sus impulsos sexuales. Esto explicaría cómo las personas hipersexuales podrían tener problemas a la hora de posponer ese comportamiento sexual cuando las circunstancias no son adecuadas para ello, o la razón por la que persisten en la actividad a pesar de las consecuencias negativas experimentadas. Por otro lado, nos encontramos con la “incongruencia sexual”, que hace referencia a la realización de actividades sexuales incongruentes con las creencias o valores personales. En este caso, las personas con hipersexualidad se ven involucradas en actividades sexuales que les generan malestar por esta incompatibilidad con sus creencias que, en muchas ocasiones, les llevan a la infidelidad, a prácticas sexuales que entran en conflicto con sus creencias religiosas, etc. Este malestar suele aparecer en la última etapa y habría que explorar si realmente se trata de una consecuencia de la adicción o simplemente son causadas por este conflicto, por lo que las estrategias de intervención serían distintas.

Figura 2
Adaptación al castellano del modelo Sexhavior Cycle de Walton (2017)



Hall (2013; 2019) propone un **modelo biopsicosocial** para explicar la adicción al cibersexo a partir del propuesto por Engel en 1977. Este modelo entiende la adicción al sexo desde un punto de vista integrativo en el que todas las áreas de la persona deben tenerse en cuenta a la hora de entender cómo se ha desarrollado la adicción y cómo se mantiene en el tiempo. Las diferentes áreas a tener en cuenta son la biológica (en la que se incluye la estructura biológica de cada persona), la emocional (que comprende los esquemas mentales, las predisposiciones emocionales, etc.), la relacional (experiencias relacionales desde la niñez hasta las relaciones de pareja adulta), la social (cualquier factor social que puede influir en nuestras vidas) y la cultural (factores culturales relevantes como la religión, etnia, etc.). Este modelo es empleado para que las personas con adicción entiendan por qué se mantiene la adicción a pesar de intentar controlarla. Esta propuesta sostiene que la adicción seguiría un proceso cíclico en el que se parte de una etapa latente (en la que la conducta ha disminuido) donde reside la función de la adicción. Esta función tiene que ver con regular emociones, satisfacer necesidades, afrontar problemas no resueltos, etc. Esta fase de latencia se vería interrumpida por un desencadenante o disparador; estos disparadores pueden ser situacionales (estar solo/a en casa, estar de viaje, haber consumido alcohol, etc.), emocionales (estar triste, con ansiedad, depresión, excitado/a, etc.), relacionados con el apego o las relaciones con los demás (discusión de pareja, incapacidad para relacionarte con los demás, etc.), entre otros. Estos disparadores, a su vez, activan la fase de preparación en la que, a nivel cognitivo, aparecen diferentes distorsiones para justificar la realización de la conducta sexual (racionalización, justificación, minimización, etc.). Esta justificación unida al disparador lleva a la persona a volver a realizar la conducta sexual. En un primer momento, el sujeto aprecia erróneamente que esta conducta ha mejorado su estado de ánimo, ayudándole a controlar o enfrentarse al problema presente. Sin embargo, posteriormente aparecen otras emociones negativas asociadas a esta recaída como la culpabilidad, vergüenza, etc. (fase de arrepentimiento). Finalmente, en la fase de reconstrucción, la persona intenta poner en marcha diferentes estrategias que le lleven nuevamente a esa fase de remisión o de latencia. En este punto, si estas estrategias no son las adecuadas, probablemente los disparadores vuelvan a iniciar el ciclo de la adicción.

Estos modelos explicativos están enfocados en la adicción al sexo en general, aunque algunos también incluyen la adicción al cibersexo o a la pornografía en particular. Otras propuestas como las detalladas a continuación, se centran específicamente en la adicción al sexo en internet.

3.2.2 Modelos específicos de la adicción al cibersexo

Empezando por **Young** (2001; 2008), su propuesta entiende la formación de la adicción al sexo *online* como un proceso gradual que cuenta con distintas fases. La primera es la fase de descubrimiento (*discovery*); en esta fase la persona empieza a descubrir las oportunidades que le brinda internet a diferentes niveles (a nivel sexual, a nivel informativo, de ocio, etc.). La segunda fase es la de

experimentación (*experimentation*) donde la persona empieza a experimentar con su sexualidad a través de internet. En esta fase, características de internet como el anonimato y la privacidad percibidas hacen que, en muchas ocasiones, las personas encuentren un espacio idóneo en el que experimentar con la sexualidad con total libertad. En la tercera fase o fase de escalada (*escalation*) la persona empieza a experimentar síntomas típicos de la tolerancia. Las actividades sexuales *online* empiezan a realizarse con mayor frecuencia e intensidad, la persona necesita dedicarles más tiempo a estas actividades e incluso realizar nuevas prácticas sexuales *online*, volviéndose incluso más extremas, para poder obtener la excitación y el placer inicial. Durante la cuarta fase, denominada compulsividad (*compulsivity*), el comportamiento sexual empieza a convertirse en algo arraigado y compulsivo. La persona empieza a descuidar otras áreas de su vida debido a la necesidad de continuar realizando estas actividades sexuales. La conducta sexual *online* se vuelve prioritaria, llegando incluso a experimentar síntomas característicos de la abstinencia (nerviosismo, irritabilidad, conductas violentas, etc.) cuando no puede satisfacer esta necesidad. En esta fase aparecen graves consecuencias negativas, pero la persona las oculta, minimiza e incluso racionaliza estos comportamientos lo que le lleva a mantener este problema. En la última fase o fase de desesperanza (*hopelessness*), el adicto empieza a ser consciente de la magnitud del problema; a pesar de ello no logra llegar a controlar el comportamiento lo que le genera mayor malestar asociado a pensamientos negativos que le restan fuerzas para superar la adicción. En este modelo, la anticipación y la experiencia de activación sexual tendrían un papel importante en el desarrollo de la adicción.

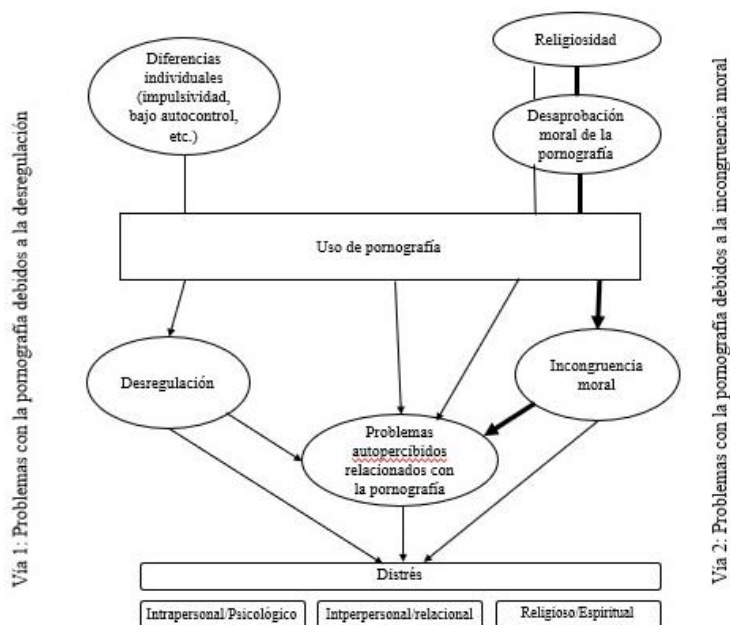
Posteriormente, autores como Laier et al. (2013; 2014) o Robinson y Berridge (2008a) también evidencian la importancia de la excitación sexual en el desarrollo de la adicción al cibersexo. Este refuerzo a nivel sexual actuaría sobre los principales mecanismos que participan en el desarrollo y mantenimiento de la adicción al cibersexo: la reactividad ante las señales y el *craving*. Además, el uso de cibersexo como mecanismo para afrontar estados y emociones negativas, también ejerce un importante papel en el desarrollo de la adicción y en relación con las variables anteriores (Laier et al., 2014).

Grubbs, Perry et al. (2019) plantean su **modelo de consumo problemático de pornografía debido a la incongruencia moral (PPMI)** (Figura 3). Este enfoque remarca dos vías distintas distinguiendo entre las personas que tienen un patrón de comportamiento compulsivo de las que presentan malestar con el consumo debido a la incongruencia moral. La primera vía hace referencia al patrón compulsivo (desregulación), e incluye como factores predisponentes algunas variables individuales como por ejemplo la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la regulación emocional, etc. Estos factores conducirían al uso de pornografía seguido de una desregulación del mismo, es decir, un consumo excesivo y descontrolado. La realización de estas conductas provocaría malestar (religioso o moral interpersonal, psicológico y relacional) de forma directa e indirecta, independientemente de

cómo perciba su uso. Es decir, aunque una persona no perciba su uso compulsivo como algo amoral, que va en contra de sus creencias, etc., la propia desregulación en el consumo generaría ese malestar. Por otro lado, la segunda vía, centrada en la incongruencia moral, contaría con la religiosidad y la desaprobación moral como factores relacionados con el malestar asociado al consumo de pornografía. El consumo de pornografía en personas que lo desapruaban moralmente generaría una incongruencia moral procedente del desajuste entre los valores, creencias, etc. y la conducta sexual, que a su vez llevaría a la autopercepción del consumo como problemático. En este caso, la religiosidad jugaría un papel muy importante en esta percepción problemática. Esta percepción y la incongruencia moral surgida del consumo de pornografía conduciría a experimentar malestar no solo a nivel religioso, sino también interpersonal psicológico y relacional, por lo que una persona con esta incongruencia moral, aunque su consumo no resulte adictivo, puede presentar un malestar con su comportamiento, similar al que presentaría una persona con adicción a la pornografía. Este modelo incluye una perspectiva clínica que permite discriminar entre estos dos perfiles y diseñar y emplear estrategias de intervención adecuadas con el objetivo de modificar la conducta sexual excesiva (en el caso de las personas adictas) o resolver conflictos internos con respecto a la aceptación del uso del cibersexo (en el caso de las personas que perciben su consumo como adictivo, pero no lo es). Sin embargo, este modelo no explicaría cómo se mantiene este problema en el tiempo a pesar del malestar experimentado. Además, puede ser que haya personas con esta incongruencia moral que presenten también un comportamiento compulsivo. Otra de las críticas a este modelo surge de la simplificación del proceso de adicción y de otros síntomas característicos como el *craving* (Brand et al., 2019).

Figura 3

Adaptación al castellano del modelo integrado de incongruencia moral de Grubbs, Perry et al. (2019)



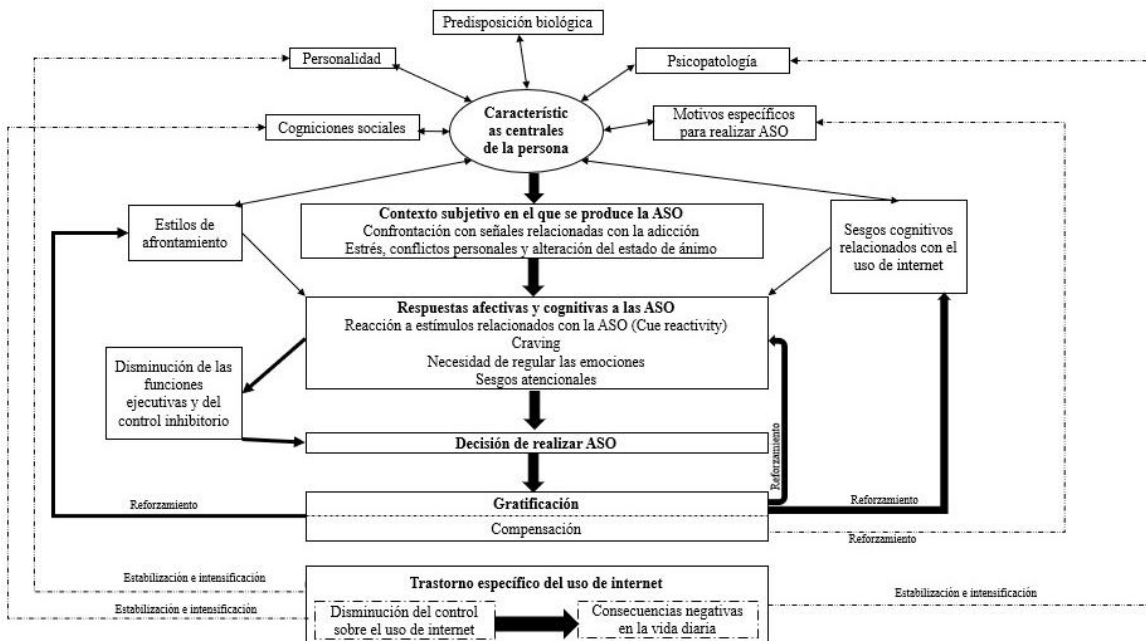
Otras propuestas como la de Chen, Ding et al. (2018) hacen especial hincapié en el *craving* por la pornografía como un predictor del uso problemático de actividades sexuales *online* y, subsecuentemente, con emociones negativas relacionadas o no con la actividad. En esta propuesta, el *craving* también estaría modulado por características individuales, como la búsqueda de sensaciones sexuales, o factores característicos del sexo en internet (accesibilidad, coste, anonimato, etc.).

3.2.3 Modelos específicos de las adicciones vinculadas a internet

Teniendo en cuenta estas limitaciones, el **modelo I-PACE** en esta última versión (Figura 4) (Brand, Young et al., 2016) pretende explicar qué procesos suceden en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones relacionadas con internet (por ejemplo, juego, cibersexo, pornografía, etc.). Este modelo cuenta con los siguientes componentes: variables predisponentes, respuestas afectivas y cognitivas a estímulos externos, control ejecutivo e inhibitorio, toma de decisiones sobre la conducta (uso de internet) y consecuencias del uso de las aplicaciones/internet. Partiendo de los predisponentes, nos encontramos con las variables biopsicológicas (factores genéticos, experiencias negativas y estresantes en la infancia, etc.), las características psicopatológicas, la personalidad y cogniciones sociales (por ejemplo, depresión, ansiedad social, autoestima, impulsividad, soledad, ausencia de apoyos sociales, etc.) y las motivaciones específicas que desencadenan la adicción en una conducta determinada (en este caso, la adicción al cibersexo). Una vez conocida la vulnerabilidad individual, los mecanismos subyacentes que explicarían la pérdida de control y el mantenimiento de la adicción en el tiempo son las variables moderadoras y mediadoras. Los estilos de afrontamiento y los sesgos cognitivos son dos variables moderadoras principales que influyen en la asociación de estos factores predisponentes y el uso problemático de internet. Las variables mediadoras en este caso son las respuestas afectivas y cognitivas (reacción ante las señales (disparadores) y *craving*, sesgos de atención) a ciertos estímulos situacionales y pueden estar influenciadas por los factores predisponentes, los estilos de afrontamiento y los sesgos cognitivos relacionados con el uso problemático de internet. Estas respuestas pueden afectar de forma directa e indirecta (reduciendo el control inhibitorio y el funcionamiento ejecutivo) a la decisión de usar internet con fines sexuales. Esta decisión puede conllevar consecuencias positivas a corto plazo lo que llevaría a reforzar en cierta medida esta conducta a través del refuerzo a nivel afectivo/cognitivo. Este refuerzo también fortalecería la relación del uso de internet como estrategia de afrontamiento y los sesgos cognitivos relacionados con el uso de internet, por lo que actuaría como mantenedor de la adicción. Este modelo destaca la importancia de diferentes áreas cerebrales como el estriado ventral o el prefrontal en la interacción entre el *craving* y la reacción ante el disparador con la reducción de las funciones ejecutivas y la toma de decisiones en las personas con adicción al sexo en internet.

Figura 4

Adaptación al castellano del modelo I-PACE de inicio y mantenimiento de la adicción al cibersexo de Brand, Young et al. (2016)



3.2.4 Modelos biológicos que explican la adicción al sexo y al cibersexo

A nivel neurobiológico también se han identificado distintos mecanismos relacionados con la adicción al sexo. Concretamente Goodman (2008) en su revisión sugiere que, en todos los procesos adictivos, en los que incluye la adicción al sexo, estarían implicados tres sistemas neurobiológicos: motivación-recompensa, regulación del afecto e inhibición del comportamiento que funcionarían de forma deficiente en el cerebro adicto. Katchakis (2009) por su parte, propone que las personas con hipersexualidad que han sufrido algún tipo de trauma durante la infancia presentan un impacto en el desarrollo neuropsicobiológico que afecta al sistema nervioso central (SNC), el sistema nervioso autónomo (SNA) y el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal (eje HPA). Este daño en el desarrollo neurobiológico podría estar vinculado con el desarrollo de la adicción al sexo.

Otros circuitos neurobiológicos o áreas cerebrales relacionados con la adicción al sexo tienen que ver con la memoria, con la disfunción del sistema cortical, el estriado ventral y regiones de la amígdala del cerebro, entre otros (Phillips et al., 2015; Robinson & Berridge, 2003; Voon et al., 2014). Las áreas cerebrales o circuitos neurológicos relacionados con la adicción al cibersexo son similares a los expuestos en la adicción al sexo y otras adicciones. Se activan mecanismos que actúan en la gratificación sexual, el aprendizaje y la memoria, la anticipación de la recompensa, en los que

intervienen áreas cerebrales como la corteza prefrontal, el estriado ventral y dorsal, la vía mesolímbica dopaminérgica y la amígdala, entre otras (Brand, Snagowski et al., 2016; Laier et al., 2013; 2014).

4. Consecuencias relacionadas con la adicción al cibersexo

Como se evidencia en numerosas investigaciones, la adicción al cibersexo tiene un efecto devastador sobre la vida de las personas que la padecen, con consecuencias negativas en diferentes áreas como la sexual, la interpersonal, la laboral y/o económica, etc. A continuación, se exponen las consecuencias más relevantes.

4.1 Consecuencias emocionales

Las emociones más frecuentes experimentadas por las personas adictas al sexo/cibersexo son las relacionadas con la ansiedad y la depresión, la irritabilidad, los cambios en el estado de ánimo, la culpabilidad, la vergüenza y el malestar espiritual o moral, experimentado sobre todo cuando las conductas sexuales no concuerdan con los valores personales, religiosos o morales de esa persona (Ciclitira, 2004; Hall, 2013; 2019; Patterson & Price, 2012; Wéry, Vogelaere et al., 2016; Willoughby et al., 2014). Tal y como comentamos en líneas anteriores, estas emociones negativas tienen un papel muy importante en el mantenimiento de la adicción debido al uso del cibersexo como estrategia para regular estas emociones, lo que lleva a otorgarle un valor como reforzador negativo de la conducta sexual *online* (Laier & Brand, 2014). Tanto la adicción al cibersexo en sí como las consecuencias del mismo tienen un impacto negativo en la autoestima, ejerciendo un papel importante en el mantenimiento de la adicción al igual que en el caso de las emociones negativas (Hall, 2013; 2019; Stewart & Szymanski, 2012).

4.2 Consecuencias en la sexualidad

En epígrafes anteriores expusimos cómo factores relacionados con el funcionamiento sexual tales como la autoestima sexual, las disfunciones sexuales o el deseo, entre otros, pueden actuar como factores predisponentes, precipitantes o mantenedores de la adicción al cibersexo. Sin embargo, tal y como ya adelantamos, la adicción al cibersexo también puede tener un impacto negativo en el funcionamiento sexual.

Empezando por la **satisfacción sexual**, estudios como el de Morgan (2011) y Szymanski y Stewart-Richardson (2014) demuestran que el uso excesivo de cibersexo está directamente relacionado con una menor satisfacción sexual. Sin embargo, resulta difícil determinar esta relación debido a su posible papel como predictor o antecedente de la adicción, en lugar o además de como consecuente. Con el propósito de esclarecer cómo afecta el consumo de pornografía en la satisfacción

sexual, Wright, Steffen & Sun (2019) realizaron un estudio con población heterosexual inglesa y alemana en el que partieron de la posibilidad de que esta relación no fuera lineal. Sus resultados confirman esta hipótesis, encontrando una relación curvilínea predominantemente negativa entre estas dos variables, lo que quiere decir que los efectos negativos en la satisfacción sexual empiezan a aparecer una vez se ha consumido pornografía con relativa frecuencia, lo que podría sugerir que tendría un impacto negativo cuando el consumo empieza a ser problemático. No obstante, estos autores resaltan la necesidad de confirmar esta hipótesis teniendo en cuenta, además, que la satisfacción sexual puede variar en función de múltiples factores.

Respecto a las **disfunciones sexuales**, la evidencia científica es todavía muy limitada y, aunque algunos estudios no encuentran relación entre el uso excesivo de la pornografía y algunas disfunciones como la disfunción eréctil o la eyaculación retardada (Landripet & Štulhofer, 2015), otras investigaciones sugieren que las características propias del cibersexo y de la pornografía en concreto, como la cantidad de material sexual novedoso disponible, la posibilidad de encontrar contenido cada vez más extremo, el fácil acceso, etc. pueden ser lo suficientemente potentes como para condicionar la respuesta sexual (Park et al., 2016). Esta influencia en la respuesta sexual puede traducirse en problemas en el deseo y/o problemas de erección y otras disfunciones sexuales en la vida real, debido a la habituación a la sexualidad más “normofilica” (más característica de las relaciones sexuales reales), pero no durante el uso de internet tal y como encontraron Voon et al. (2014) en el 60% de los participantes de su estudio. Estos participantes mantenían un buen funcionamiento sexual *online*, pero experimentaban problemas en su sexualidad *offline*.

Muy ligado a la cantidad y características del material sexual disponible se encuentra otra posible consecuencia del uso excesivo del cibersexo: el desarrollo de **atracciones sexuales parafilicas** y/o el agravamiento de las mismas si éstas ya existían previamente. El uso del cibersexo puede actuar como desencadenante de fantasías sexuales o como medio para operacionalizar fantasías sexuales que no se satisfarían de otra forma, reforzando fantasías que probablemente en otras circunstancias terminarían por desaparecer (Cooper et al., 2004). Esto, sumado a los síntomas de tolerancia y a la desinhibición característicos de la adicción al cibersexo, así como a las características del material sexual disponible *online*, podría llevar a la persona a incrementar el riesgo en esas conductas, llevando incluso a la necesidad de replicar esas escenas en la vida real (Döring, 2009; Blaszczynski, 2016). Además de esta posibilidad de cumplir o replicar fantasías sexuales parafilicas en la vida real, otros comportamientos que pueden ser imitados en las prácticas sexuales *offline* son las conductas sexuales de riesgo. Algunos autores identifican una mayor prevalencia de ITS en

personas con un perfil problemático de consumo de cibersexo (Daneback et al., 2006; Grov et al., 2008), debidos principalmente al no uso de métodos preventivos y a las múltiples parejas sexuales.

Finalmente, respecto al **deseo sexual** parece ser que es un gran predictor del uso del cibersexo, así como del mantenimiento de la adicción. Sin embargo, es posible que el impacto a nivel emocional y los problemas asociados a la adicción al cibersexo (por ejemplo, problemas emocionales, en las relaciones de pareja, laborales, etc.) afecten también de forma negativa al deseo sexual (Nimbi et al., 2020; Kalmbach et al., 2014). Como indican algunos estudios, puede que la persona adicta al cibersexo siga teniendo deseo de mantener relaciones sexuales *online*, pero disminuya su deseo sexual *offline*, llegando a perder el interés en mantener relaciones sexuales hasta con la propia pareja (Schneider, 2000).

4.3 Consecuencias en las relaciones interpersonales

Una de las principales consecuencias a nivel interpersonal tiene que ver con el perjuicio en las relaciones de pareja. En el epígrafe anterior, remarcábamos como una de las consecuencias la disminución del deseo sexual en pareja. Además de esta consecuencia, el impacto de la adicción en la relación de pareja puede ser tan fuerte que incluso se ha identificado como uno de los principales motivos de separación o divorcio en parejas donde hay un adicto al sexo/cibersexo (Schneider, 2000). Por su parte, Wéry, Vogelaere et al. (2016) identificaron los problemas familiares como los más prevalentes en su muestra de 72 personas que cumplían criterios de adicción al cibersexo. Estos problemas, sobre todo, se basaban en la pérdida de confianza en la pareja, siendo otros menos frecuentes la separación o el divorcio, y la disminución del compromiso con la pareja y/o con los hijos. En este estudio un porcentaje elevado de los participantes (69.4%) también indicó problemas a nivel social debido a su conducta sexual *online*. Siguiendo la propuesta de criterios diagnósticos, la interferencia en el ámbito familiar y social son dos de los criterios propuestos como parte de la adicción al cibersexo (Carnes, 1991; Goodman 1992; 1998; Kafka, 2010; Kraus et al., 2018) por lo que, aunque todavía no contemos con suficiente evidencia científica sobre este impacto, no es de extrañar que al igual que pasa con otras adicciones conductuales como la adicción al juego o a internet, las relaciones familiares y sociales se vean afectadas en la adicción al cibersexo (Riemersma & Sytsma, 2013; Wang et al., 2019; Yao & Zhong, 2014).

4.4 Consecuencias económicas y laborales

A nivel laboral, uno de los problemas más frecuentes de las personas que presentan adicción al cibersexo son los pensamientos recurrentes sobre sexo que dificultan la concentración durante el trabajo (Wéry, Vogelaere et al., 2016). Estos pensamientos y la necesidad de realizar estas actividades

sexuales muchas veces se vuelven incontrolables, llevando a la persona a dedicar tiempo al cibersexo en su puesto de trabajo, lo que puede resultar en una disminución de la productividad, ciberacoso sexual por parte de un empleado hacia otro compañero/a y preocupaciones sobre el bienestar y continuidad laboral (Cooper et al., 2006; Kaur et al., 2015). Este no es el único impacto que puede tener el sexo *online* a nivel económico. Teniendo en cuenta el carácter gratuito de gran parte del sexo *online*, llama la atención cómo un porcentaje considerable de personas con criterios de adicción al cibersexo (30.6%) presenta problemas financieros debidos al uso de cibersexo (Wéry, Vogelaere et al., 2016). Este importante gasto económico puede ser debido nuevamente a la necesidad de innovar en las prácticas sexuales *online*. Aunque internet ofrezca una gran variedad de contenido que pueda satisfacer esta necesidad, actualmente existen múltiples plataformas con contenido sexual de pago. Así es frecuente que una plataforma permita ver unos minutos del vídeo de una película XXX pero haya que pagar por verla completa o por poder descargarse durante un tiempo determinado todas las películas o vídeos que uno desee. Otras plataformas como *onlyfans*, ofrecen la interacción en tiempo real con otras personas lo que, sin duda, es un buen reclamo y supone un gran aliciente para las personas con adicción al sexo que necesiten buscar nuevas formas con las que obtener placer sexual. Pero evidentemente todo ello supone un gasto económico que puede llegar a ser muy alto, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de un consumo compulsivo y no puntual.

4.5 Consecuencias legales

El contenido sexual disponible en internet es muy variado, llegando a albergar material ilegal como pueden ser violaciones, pornografía infantil, etc. En muchas ocasiones, el usuario de cibersexo puede encontrar este tipo de material de forma involuntaria al exponerse a esas páginas en internet. Sin embargo, las personas que experimentan un consumo problemático de cibersexo, debido a los síntomas de tolerancia, pueden necesitar acceder a contenido sexual más extremo que en ocasiones, se trata de material ilegal (Schneider, 2000). Carnes (2001), en su primera propuesta de criterios diagnósticos, añadió como criterio el haber cometido actos sexuales ilegales *online* lo que supone una evidencia de la gran prevalencia del consumo de estos materiales en la población adicta. Romper este límite de la legalidad estaría incentivado por ese aparente anonimato y privacidad que aporta internet unido a la desinhibición característica de la adicción (Brand, Snagowski et al., 2016; Carnes et al., 2007; Cooper 1998; Young, 1999).

5. Resumen

Una de las consecuencias más graves del uso de internet con fines sexuales es desarrollar una adicción. La adicción al cibersexo, entendida como un trastorno caracterizado por un patrón de

comportamiento sexual desadaptativo que provoca interferencia en distintos niveles, todavía carece de consenso en cuanto a su definición y criterios diagnósticos. No obstante, los esfuerzos realizados por diversos autores para delimitar la sintomatología asociada a este problema permiten estimar la prevalencia de este problema, situándola entre el 0 y el 8% en la mayoría de los estudios existentes.

Además de conocer la prevalencia real del problema, otros retos a los que se enfrentan los investigadores es identificar cómo se desarrolla y mantiene la adicción. Los hallazgos más relevantes muestran, por un lado, la presencia de predisponentes o factores de vulnerabilidad (factores biológicos, sociales, familiares, relacionales, características del cibersexo en sí, etc.) que aumentarían las posibilidades de desarrollar una adicción; los factores desencadenantes que precipitarían el uso del cibersexo y los mantenedores, que actuarían prolongando la adicción en el tiempo. Por otro lado, se encuentran los mecanismos y factores subyacentes a la adicción que serían responsables del desarrollo y mantenimiento de la adicción: condicionamiento (clásico y operante) en el que influirían los refuerzos positivos/negativos del uso del cibersexo; las respuestas subjetivas y fisiológicas a las señales relacionadas con la adicción (*cue-reactivity*) y el *craving*; los mecanismos y zonas cerebrales relacionadas con la adicción (vía dopaminérgica mesolímbica, córtex prefrontal, estriado ventral, etc.), uso de cibersexo como regulador emocional, etc.

Por lo que se refiere a las consecuencias experimentadas por las personas que presentan este trastorno, en general, éstas son de diversos tipos: emocionales, sexuales, interpersonales, económicas, laborales y legales, provocando en general un efecto devastador en sus vidas.

Capítulo 3. Evaluación de la adicción al cibersexo

1. Introducción a la evaluación de la adicción al cibersexo

Como hemos podido observar a lo largo de los capítulos anteriores, la adicción al cibersexo es todavía un trastorno muy controvertido, del que sigue habiendo discrepancias en cuanto a su definición, criterios diagnósticos, entre otras características, y cuyo conocimiento sigue siendo muy escaso en algunos aspectos. Por otro lado, este trastorno presenta una gran diversidad en cuanto a manifestaciones clínicas (conductas sexuales *online* como la pornografía o el uso de chats sexuales e incluso conductas sexuales *offline* como masturbación, relaciones sexuales con parejas esporádicas, etc.), motivaciones, trastornos comórbidos, etc. Todo ello hace que las evaluaciones deban ser muy exhaustivas, abarcando diferentes aspectos tanto de la propia adicción al cibersexo como de la posible sintomatología comórbida. En esta sección ahondaremos en todos aquellos factores a tener en cuenta a la hora de realizar una evaluación completa que permita determinar si una persona presenta o no adicción al cibersexo y cuál es su perfil específico de adicto, algo determinante a la hora de encarar su tratamiento.

2. Evaluación de los criterios diagnósticos de la adicción al cibersexo

El primer aspecto a evaluar es la presencia o ausencia de los criterios diagnósticos. Como ya comentamos en capítulos anteriores, todavía no existe un consenso respecto a cuáles son y, de hecho, el único manual de clasificación diagnóstica que recoge hoy en día un trastorno en el que se podría incluir específicamente la adicción al cibersexo (trastorno de conducta sexual compulsiva) es la CIE-11 (World Health Organization [WHO], 2018), lo que dificulta esta tarea. No obstante, existen diferentes propuestas diagnósticas para las adicciones sexuales en general (llámese trastorno en el control de los impulsos sexuales o compulsividad sexual, adicción al sexo, hipersexualidad, adicción al cibersexo, entre otros términos) que pueden orientarnos sobre los criterios a tener en cuenta. Estas propuestas, detalladas en la tabla 1, recogen diferentes criterios diagnósticos entre los que se encuentran el tiempo invertido y la elevada frecuencia de las actividades sexuales, la incapacidad para resistir el inicio de la conducta sexual, los deseos o esfuerzos infructuosos para controlar o interrumpir la conducta sexual, el uso de las conductas sexuales como medio para regular emociones negativas y ante situaciones estresantes, la aparición de consecuencias negativas derivadas de la conducta sexual y la persistencia en la actividad a pesar de estas consecuencias, reducción de actividades sociales, académicas y laborales y omisión de responsabilidades, además de los síntomas de tolerancia y abstinencia (Carnes, 1991; Goodman, 1992, 1998; Kafka, 2010, 2013; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014).

Tabla 1. Criterios diagnósticos para la adicción al sexo, hipersexualidad y compulsividad sexual recogidos en cada una de las propuestas existentes.

Criterios/síntomas diagnósticos	Carnes (Carnes, 1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014)		Goodman (Goodman, 1992; 1998)		Kafka (Kafka, 2010; 2013)		CIE-11 (WHO, 2018)
	Obligatorio	Opcional	Obligatorio	Opcional	Obligatorio	Opcional	
1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo		X		X		X	
2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva		X	X				X
3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual		X		X		X	X
4. El comportamiento sexual se realiza con mayor frecuencia o duración a los que se tenía previsto		X		X			X
5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva		X			X		
6. Realización continuada de la conducta a pesar de los problemas psicológicos o físicos		X		X		X	X
7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas y laborales	X			X			X
8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...)		X		X			X
9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disfóricos						X	
10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes						X	
11. Síntomas de tolerancia		X		X			
12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (craving)		X		X			
13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual			X				
14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual			X				
15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual							
16. Síntomas de abstinencia		X		X			
Criterio H. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro cuadro clínico.						X	
Criterio I. La persona tiene al menos 18 años.						X	

Para evaluar estos aspectos y tal y como señalábamos en capítulos anteriores, en primer lugar, es importante tener en cuenta que el malestar experimentado con las conductas sexuales *online* puede ser una motivación para pedir ayuda, pero es muy subjetivo y puede estar asociado a otros factores independientes de la adicción (Grubbs, Volk et al., 2015; Leonhardt et al., 2018). Por ello, es importante emplear métodos de evaluación validados junto con otras herramientas que nos permitan realizar un diagnóstico adecuado y, sobre todo, poder diferenciar a aquellas personas que solicitan ayuda porque padecen una adicción real de las que perciben su consumo problemático por el malestar que experimentan con la actividad, aunque realmente no se trate de una adicción.

Una forma de conocer la sintomatología experimentada por el paciente es a través de autorregistros. Tal y como apuntan autores como Greenfield y Orzack (2002) una evaluación integral de cualquier adicción sexual debe completarse con información exhaustiva de cada conducta sexual, por lo que en el registro se debería incluir información como el día y la hora, los pensamientos, emociones, conductas y situaciones antes, durante y después de cada conducta sexual y, por supuesto, el tipo de actividad y su duración. Esta información es de gran utilidad para identificar los disparadores de la conducta problemática, así como acotar las prácticas sexuales que serán objetivo de tratamiento.

Uno de los criterios diagnósticos es la **frecuencia y el tiempo invertido** en las conductas sexuales *online*. Normalmente, para evaluar estos criterios, los investigadores emplean preguntas directas sobre el tiempo invertido durante la semana (ya sea en horas o minutos) y/o en un intervalo de tiempo determinado (por ejemplo, durante los últimos 6 meses) [véase en trabajos como los de Blais-Lecours et al. (2016), Grubbs, Stauner et al. (2015) y Wetterneck et al. (2012)]. Por otro lado, para evaluar la frecuencia de uso, algunos autores proponen analizar la frecuencia (generalmente, mediante escalas tipo Likert) desglosando cada una de las actividades que pueden englobarse dentro del cibersexo ya que las manifestaciones pueden ser muy diversas en cuanto a conductas sexuales [como en los estudios de Ballester-Arnal et al. (2021), Twhig et al. (2009) y Wéry y Billieux (2016)]. Algunos instrumentos diseñados para evaluar los comportamientos sexuales problemáticos, como el cibersexo en general y la pornografía en particular (detallados en el siguiente apartado), incluyen ítems que valoran la percepción de la frecuencia de uso y del tiempo invertido en cada una de estas actividades sexuales (Fernandez & Griffiths, 2019; Wéry & Billeux, 2017). Uno de estos ejemplos sería el ítem “*Paso más de cinco horas a la semana usando mi ordenador con fines sexuales*” del *Internet Sex Screening Test* (ISST; Delmonico, 1997; Delmonico & Miller, 2003), el ítem “*Paso demasiado tiempo planeando y usando pornografía*” en la Escala del Uso Problemático de Pornografía (PPUS; Kor et al., 2014) o el ítem “*¿Con qué frecuencia te das cuenta de que permaneces conectado en sitios de sexo online más tiempo del previsto?*” del *Internet Addiction Test*, adaptado para las Actividades Sexuales Online

(s-IAT-sex, Brand et al., 2011). A pesar de ser uno de los síntomas más conocidos y aparentemente más fáciles de identificar ya que se trata de una variable cuantificable, no existe un criterio específico para determinar cuál es la frecuencia o el rango de horas o minutos en los que se podría considerar un uso como problemático. Por lo tanto, aunque es un aspecto a tener en cuenta en las evaluaciones y así se ve reflejado en muchos de los estudios al respecto y en los instrumentos de evaluación, no se puede determinar si existe un uso problemático sin valorar la presencia/ausencia de otros síntomas y criterios diagnósticos (Daneback et al., 2006; Gola, Lewczuk, & Skorko, 2016).

Muy relacionado con la frecuencia y el tiempo invertido se encuentra la **falta de control** que puede verse reflejada en la incapacidad para resistir el inicio de la conducta sexual, en los deseos o esfuerzos infructuosos para controlar o interrumpir la conducta sexual, e incluso en los pensamientos recurrentes sobre la actividad sexual. En este sentido algunos instrumentos también exploran este aspecto con ítems como "*Aunque me prometí a mí mismo que no repetiría un comportamiento sexual, me encuentro volviendo a él una y otra vez*" del Inventario de Hipersexualidad (HBI, Reid, Garos & Carpenter, 2011) o el ítem "*Incluso cuando no quiero usar pornografía online, me siento atraído por ella*" del Inventario del Uso de Ciber-Pornografía (CPUI-9; Grubbs, Volk et al., 2015).

La **tolerancia y la abstinencia**, sin duda, son dos de los síntomas comunes en todas las adicciones, tanto conductuales como a sustancias (Griffiths, 2017). Empezando por la tolerancia, las manifestaciones de este síntoma pueden verse reflejadas en el aumento de la frecuencia y la duración de las sesiones *online* o en la habituación a ciertas prácticas sexuales o material sexual, produciendo incluso una escalada en el contenido consumido (Jones & Hertlein, 2012; Rosenberg & Kraus, 2014; Smith, 2018). En cuanto a la exploración de este síntoma en los diferentes instrumentos existentes, un claro ejemplo lo encontramos en el cuestionario de Bőthe, Tóth-Király et al. (2018) con el ítem "*Gradualmente veo pornografía más "extrema", porque la pornografía que veía antes era menos satisfactoria.*". Por otro lado, los síntomas de abstinencia como la irritabilidad, ansiedad, violencia verbal o física y el deseo irrefrenable de llevar a cabo estas conductas sexuales *online* (*craving*) son frecuentes cuando una persona adicta no puede llevar a cabo esa conducta (Griffiths, 2012; Snagowski et al., 2016). El cuestionario de Kraus y Rosenberg (2014) *Pornography Craving Questionnaire (PCQ)*, se centra específicamente en uno de estos síntomas. Mientras que otros instrumentos como el *ISST* (Delmonico, 1997; Delmonico & Miller, 2003) lo exploran a través de ítems como el siguiente: *Cuando no consigo acceder a información sexual online, me siento ansioso, enfadado o decepcionado.*

Estos síntomas y otras **consecuencias negativas** experimentadas suelen causar una gran **interferencia**, otra característica central en este y otros trastornos psicológicos (American Psychiatric Association [APA], 2013). El grado de interferencia es fundamental a la hora de comprender el

impacto del problema. Sin embargo, en algunas ocasiones puede llevarnos a un diagnóstico erróneo patologizando problemas de la vida diaria (Echeburúa et al., 2014; Griffin et al., 2016). En el caso de la adicción al cibersexo, los prejuicios culturales, el malestar con la orientación sexual, las infidelidades, etc. pueden generar un malestar con la actividad que puede o no estar justificado por la presencia de una adicción sexual (Bradley et al., 2016; Jones & Hertlein, 2012; Schneider et al., 2012). Valorar el impacto en la vida del paciente en diferentes áreas, así como las consecuencias experimentadas por el comportamiento sexual es fundamental a la hora de realizar un buen diagnóstico, pero la presencia de este criterio por si sola tampoco explicaría un problema de adicción. Algunos de los instrumentos validados cuentan con ítems relacionados con esta interferencia y las consecuencias experimentadas (por ejemplo, *He gastado más dinero en material sexual online de lo que había planeado* en el ISST [Delmonico, 1997; Delmonico & Miller, 2003]; *Mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana* en el SCS [Kalichman & Rompa, 1995] o la Escala de Efectos del Consumo de Pornografía [Hald, 2006; Hald & Malamuth, 2008] que se centra estrictamente en los efectos, tanto positivos como negativos, del consumo de pornografía). Otra forma de evaluar la interferencia y las consecuencias de esta actividad es a través de la entrevista clínica mediante la cual, como se expone a lo largo de este capítulo, también se puede obtener información muy valiosa sobre los motivos que pueden causar ese malestar.

Finalmente, en relación con estas consecuencias negativas y el malestar experimentado nos encontramos con otro criterio diagnóstico: el uso del cibersexo como **regulador emocional**. El uso de cualquier actividad o sustancia como regulador emocional es, sin duda, un gran desencadenante y mantenedor de la adicción (Estévez et al., 2017; Robinson & Berridge, 1993; 2003; 2008b); de ahí la necesidad de evaluar este criterio de una forma extensa. Como comentábamos al inicio de esta sección, el uso de autorregistros en los que se exploren las emociones antes, durante y después de cada conducta sexual nos ofrece información muy valiosa sobre las emociones que pueden desencadenar estas conductas sexuales. Además de la información que podemos obtener a través de autorregistros y de la propia entrevista clínica, también existen instrumentos específicos para evaluar el grado de regulación emocional. Uno de estos instrumentos es la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional* (DERS; Gratz & Roemer 2004). Este instrumento permite analizar el grado de regulación emocional de la persona en función de 6 subescalas: (a) La no aceptación de las respuestas emocionales o la tendencia a tener reacciones negativas ante emociones negativas, (b) Dificultad para implicarse en conductas dirigidas hacia una meta (por ejemplo, dificultad para concentrarse y realizar las tareas cuando está experimentando emociones negativas), (c) Dificultades para controlar los impulsos cuando se experimentan emociones negativas, (d) Falta de conciencia emocional, (e) Acceso limitado a las Estrategias de regulación emocional, y (f) Falta de claridad

emocional, o lo que es lo mismo, la medida en que una persona conoce y tiene claridad sobre las emociones que está experimentando. También son unas buenas herramientas para explorar las estrategias de regulación emocional otros instrumentos como el *Regulation of Emotion Systems Survey* (RESS; De France & Hollenstein, 2017), diseñado para evaluar el uso de diferentes estrategias de regulación (Distracción, Rumiación, Reevaluación, Supresión, Compromiso y Control de la excitación); el *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003) diseñado para explorar los procesos mediante los cuales las personas regulan sus emociones, o el *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ; Garnefski & Kraaij, 2007), empleado en la evaluación de las estrategias de regulación cognitiva de las emociones (autoculparse, culpar a otros, rumiar, catastrofizar, poner en perspectiva, reenfoque positivo, reevaluación positiva, aceptación, y planificación), entre otros. En las escalas específicas diseñadas para evaluar el uso problemático de internet con fines sexuales, también nos encontramos con ítems específicos que versan sobre la regulación emocional. En este sentido destacamos el ítem “*El sexo es para mí una forma de manejar el malestar emocional que siento*” del Inventario de Hipersexualidad (IH; Reid, Garos & Carpenter, 2011) o los ítems que componen el cuarto factor (Uso para escapar/evitar emociones negativas) de la escala de Uso Problemático de Pornografía (PPUS; Kor et al., 2014).

Estos y otros síntomas más específicos que recogen las propuestas mencionadas anteriormente también se recogen en la entrevista CISEX elaborada por nuestro equipo de investigación y utilizada como herramienta diagnóstica en este estudio, que se detalla en el apartado de metodología de esta tesis doctoral. Esta entrevista fue diseñada específicamente para poder elaborar un diagnóstico de adicción al cibersexo acorde a las diferentes propuestas diagnósticas. Su uso como herramienta diagnóstica puede llevarse a cabo junto con otras herramientas como los autorregistros o los cuestionarios/escalas específicas.

3. Instrumentos de evaluación específicos de la adicción al sexo y cibersexo

3.1 Escalas diseñadas para evaluar la adicción al sexo

Tal y como se ha especificado, la adicción al sexo se denomina de diferentes maneras en función de las bases teóricas en las que se sustenta cada definición. Las denominaciones empleadas principalmente son la hipersexualidad, la compulsividad sexual y la adicción al sexo. Esta distinción también se ve reflejada en los instrumentos de evaluación disponibles. En la tabla 2 se detallan los cuestionarios existentes en función de estas conceptualizaciones teóricas.

Tabla 2. Escalas diseñadas para evaluar la adicción al sexo (hipersexualidad, compulsividad sexual, etc.).

	Autor/es y año	Constructo/s evaluados	Ítems	Factores	Validación en población española
Hipersexualidad					
Hypersexual Disorder Screening Inventory (HDSI)	American Psychiatric Association [APA] (2010)	Screening de hipersexualidad según la propuesta para el DSM-5	7	Criterios A del comportamiento hipersexual y criterios B (interferencia y malestar)	—
Hypersexual Behavior Inventory (HBI)	Reid, Garos & Carpenter (2011)	Hipersexualidad en hombres	19	3 factores (Control, Consecuencias, y Afrontamiento)	Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al. (2019) en hombres y mujeres
Hypersexual Behavior Consequences Scale (HBCS)	Reid, Garos & Fong (2012)	Consecuencias del trastorno de hipersexualidad en personas que buscan tratamiento.	22	1 factor sobre Consecuencias (impacto en la autoestima, problemas interpersonales, etc.)	—
Hypersexuality in Psychiatric Conditions Observer-Rated Scale (HPCORS)	Davidson et al. (2017)	Hipersexualidad en personas con condiciones psiquiátricas	6	6 dominios (Lenguaje hipersexualizado, comportamiento sexual, estimulación por señales visuales, quejas sobre el comportamiento sexual, pérdidas socioeconómicas por comportamiento sexual, y efectos biológicos debidos a la sobreexcitación)	—
Compulsividad sexual					
Sexual Compulsivity Scale (SCS)	Kalichman & Rompa (1995)	Pensamientos y comportamientos sexuales repetitivos en hombres homosexuales (inicialmente)	10	2 factores (Comportamiento sexual compulsivo y Preocupación sexual)	Ballester-Arnal et al. (2013) en hombres y mujeres
Compulsive Sexual Behavior Inventory (CSBI-22)	Coleman et al. (2001)	Conductas sexuales compulsivas	28 en su versión inicial, 22 en la final	2 factores (Control y Violencia)	—
Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale (CSBCS)	Muench et al. (2007)	Consecuencias del comportamiento sexual compulsivo	21	—	—

Cognitive and Behavioral Outcomes of Sexual Behavior Scale (CBOSBS)	McBride et al. (2010)	Consecuencias del comportamiento sexual compulsivo	36	2 factores (Consecuencias cognitivas y Consecuencias conductuales)	—
Individual-Based Compulsive Sexual Behavior Scale (I-CSB)	Efrati & Mikulincer (2018)	Compulsividad sexual basada en el individuo (fantasías, pensamientos, etc.)	24	4 factores (Consecuencias no deseadas, Falta de control, Afecto negativo y Regulación del afecto)	—
Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19)	Böthe, Potenza et al. (2020)	Control, saliencia, recaída o esfuerzos infructuosos para reducir o cesar la actividad sexual, ausencia o disminución de la satisfacción sexual y consecuencias negativas	19	5 factores (Control, Saliencia, Recaída, Insatisfacción y Consecuencias negativas)	—
Adicción al sexo					
Sexual Addiction Screening Test (SAST-R)	Carnes (1989); Carnes et al. (2010)	Adicción al sexo en hombres y mujeres	45 totales 20 escala principal 25 adicionales en función de las características de la población	5 factores (Interferencia afectiva, Interferencia en las relaciones, Preocupación, Pérdida de control y Otras características asociadas)	Castro-Calvo, Ballester-Arnal et al. (2018)
Disorders Screening Inventory – Sexual Addiction Scale (DSI–SAS)	Carter & Ruiz (1996)	Síntomas de la adicción al sexo	5	5 áreas (Compulsión, Pérdida de control, Consecuencias, Respuesta codependiente y Cobertura)	—
Sex Addicts Anonymous Questionnaire (SAAQ)	Mercer (1998)	Personas con adicción al sexo	16	—	—
Sexual Symptom Assessment Scale (SSAS)	Raymond et al. (2007)	Severidad de los síntomas de adicción al sexo	12	—	—
Bergen–Yale Sex Addiction Scale (BYSAS)	Andreassen et al. (2018)	Síntomas de la adicción al sexo	6	1 (Adicción sexual)	—

Partiendo del constructo hipersexualidad, uno de los primeros instrumentos diseñado para realizar un *screening* sobre el trastorno de hipersexualidad es el *Hypersexual Disorder Screening Inventory (HDSI)* desarrollado por el grupo de trabajo DSM-5 de la APA (APA, 2010) y basado en los criterios diagnósticos de hipersexualidad de la propuesta diseñada inicialmente para ese mismo manual (Reid, Carpenter et al., 2012). Este instrumento cuenta con un total de 7 ítems (5 que cubren los criterios A del comportamiento hipersexual, y 2 que abarcan los criterios B de interferencia y malestar) evaluados en una escala tipo Likert de 5 puntos (0=nunca, 4=siempre). Este inventario evalúa un total de 3 grupos de síntomas: fantasías, impulsos y comportamientos sexuales intensos; malestar y deterioro; y uso del sexo como estrategia de afrontamiento. El HDSI ha mostrado unas buenas propiedades psicométricas en muestra clínica y en población con una alta actividad sexual (Montgomery-Graham, 2017). Otro de los instrumentos empleado para evaluar este trastorno es el Inventario del Comportamiento Hipersexual (*Hypersexual Behavior Inventory [HBI]*) de Reid, Garos & Carpenter, 2011). Estos autores desarrollaron 80 ítems evaluados en una escala tipo Likert de 5 puntos (1=nunca, 5=muy frecuentemente), con el propósito de cubrir todas las características que presenta este trastorno y teniendo en cuenta las recomendaciones psicométricas (por ejemplo, intercalar ítems afirmativos con ítems negativos, no incluir dobles negaciones, etc.). En una primera revisión, llevada a cabo tanto por investigadores como por clínicos, el cómputo total de ítems se redujo a 65. Tras realizar los análisis psicométricos pertinentes en una muestra clínica masculina, la escala quedó formada finalmente por 19 ítems que exploraban un total de tres factores: Control, Consecuencias y Afrontamiento asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos sexuales. Los datos muestran una buena validez y consistencia interna, y sugieren que este instrumento refleja los criterios de clasificación propuestos para el DSM-5 para el trastorno de hipersexualidad, siendo útil tanto a nivel clínico como en investigación. Este instrumento ha sido traducido y validado en diferentes idiomas y empleado tanto en muestra clínica como no clínica. En población hispana, este instrumento fue adaptado y validado tanto en hombres como en mujeres con una buena consistencia interna tanto de la escala principal como de las subescalas (α entre 0.89 y 0.96) (Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2019). Sin embargo, la evidencia sobre la validez de su uso en población femenina sigue siendo muy limitada (Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2019; Bóthe, Bartók et al., 2018). Por otro lado, en cuanto a las consecuencias de las personas que presentan hipersexualidad, Reid, Garos & Fong (2012) desarrollaron la *Hypersexual Behavior Consequences Scale (HBCS)* con el propósito de evaluar las posibles consecuencias producidas por la hipersexualidad. Esta escala, basada en información procedente de personas que buscaban tratamiento para la hipersexualidad, cuenta con 22 ítems tipo Likert (5 puntos: 1 = No ha sucedido y es poco probable que suceda, 5=Ha sucedido varias veces) e incluye consecuencias como el impacto en la

autoestima, las dificultades en las relaciones, el aislamiento, etc. Los resultados psicométricos muestran que su uso puede emplearse no solo para valorar las consecuencias de las personas con hipersexualidad, sino también para evaluar la severidad del trastorno y las áreas en las que ha habido interferencia (Koós et al., 2021; Reid, Garos & Fong, 2012). Finalmente, respecto a los instrumentos basados en el concepto de hipersexualidad, encontramos la escala HIPCORS (*Hypersexuality in Psychiatric Conditions Observer-Rated Scale*; Davidson et al., 2017), una escala diseñada para evaluar el comportamiento hipersexual en personas con condiciones psiquiátricas que pueden ser comórbidas. Esta escala evalúa las conductas hipersexuales y sus consecuencias durante la semana previa como un continuo que empieza desde un comportamiento normal y continua con la escalada gradual del comportamiento sexual. Este instrumento presenta una buena fiabilidad y validez.

Siguiendo con los diferentes términos empleados para referirnos a este trastorno, también contamos con instrumentos específicos diseñados para evaluar la “compulsividad sexual”. Uno de los más populares es la *Sexual Compulsivity Scale (SCS)* diseñada por Kalichman y Rompa (1995) con el objetivo de evaluar pensamientos y comportamientos sexuales repetitivos. Esta escala cuenta con 10 ítems tipo Likert, desarrollados a partir de la guía de autoayuda para personas con adicciones sexuales de Comp Care (1987) y evaluados en una escala de cuatro puntos (1=nada parecido a mí, 4=muy parecido a mí). Esta escala ha sido traducida y validada en diferentes idiomas y poblaciones como la española (Ballester-Arnal et al., 2013) o la brasileña (Scanavino et al., 2016), entre otras.

El *Inventario de Comportamientos Sexuales Compulsivos (CSBI-22)*; Coleman et al., 2001) también fue diseñado con el objetivo de evaluar todos los componentes principales del comportamiento sexual compulsivo (Coleman et al., 2001; Miner et al., 2007). La primera propuesta de ítems contaba con un total de 28 desarrollados gracias a la experiencia clínica de los autores, incluyendo así ítems muy similares a la SCS de Kalichman y Rompa (1995) e ítems relacionados con el comportamiento sexual parafílico y no parafílico, pero posiblemente problemático. Finalmente, los análisis psicométricos realizados redujeron el cuestionario a 22 ítems en los que se exploraban dos factores: control y violencia.

Otras escalas menos conocidas son la *Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale (CSBCS)* diseñada para evaluar las consecuencias del comportamiento sexual compulsivo (por ejemplo, relaciones íntimas, conductas sexuales de riesgo, relaciones interpersonales, etc.) (Muench et al., 2007); la *Cognitive and Behavioral Outcomes of Sexual Behavior Scale (CBOSBS)*, McBride et al., 2010), diseñada para explorar el grado de consecuencias cognitivas y conductuales experimentadas; y la *Individual-Based Compulsive Sexual Behavior Scale (I- CSB)* de Efrati y

Mikulincer (2018) centrada en cuatro síntomas fundamentales en el diagnóstico del comportamiento sexual compulsivo: control, consecuencias no deseadas, afecto negativo y regulación del afecto.

Recientemente, Bőthe, Potenza et al. (2020) también han diseñado una escala para evaluar el Comportamiento Sexual Compulsivo (*Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale*, CSBD-19). Esta escala está formada por 19 ítems tipo Likert (1=totalmente en desacuerdo, 4=totalmente de acuerdo) que evalúan el control, la saliencia, la recaída o los esfuerzos infructuosos para reducir o cesar la actividad sexual, la ausencia o disminución de la satisfacción sexual y las consecuencias negativas. Los análisis de fiabilidad y validez demuestran que es una buena herramienta para evaluar este constructo.

Finalmente, nos encontramos con escalas como la *Sexual Addiction Screening Test (SAST)* que se basan en un modelo de “adicción” para identificar y analizar la adicción al sexo (Montgomery-Graham, 2017). Esta escala fue diseñada inicialmente por Carnes (1989) y estaba compuesta por 25 ítems con respuesta dicotómica (Sí/No) que se distribuían en cuatro factores (interferencia a nivel afectivo, interferencia en las relaciones, pérdida de control y características relacionadas como la experiencia de abuso sexual en la infancia, problemas sexuales de los padres o la realización de actividades sexuales con menores). Sin embargo, los análisis psicométricos demostraron que este instrumento no era adecuado para mujeres y hombres homosexuales por lo que posteriormente se desarrollaron diferentes versiones como el G-SAST, adaptado para la población masculina homosexual (Corley, 1999), el W-SAST para las mujeres (O’Hara, 1999), el instrumento PATHOS desarrollado a partir de los ítems de la versión inicial del SAST (Carnes et al., 2012) y, finalmente, el SAST-R aplicable a hombres y mujeres con independencia de su orientación sexual (Carnes et al., 2010). Esta nueva versión está formada por 20 ítems básicos y 25 adicionales diseñados para evaluar la variabilidad entre cada población distinta evaluada (diferente orientación sexual y sexo). Los factores de esta versión son similares a la versión inicial: Interferencia afectiva, Interferencia en las relaciones, Preocupación, Pérdida de control y Otras características asociadas (experiencia de abuso sexual en la infancia, problemas sexuales de los progenitores y prácticas sexuales con menores) (Carnes et al., 2010; Gola, Skorko et al., 2016). Aunque es un instrumento que suele emplearse para la evaluación de la adicción al sexo y ha sido validado en población española (Castro-Calvo, Ballester-Arnal et al., 2018), todavía no cuenta con el suficiente respaldo psicométrico. Siguiendo esta tendencia conceptual, la *Bergen–Yale Sex Addiction Scale (BYSAS)* también está basada en un modelo de adicción y recoge sintomatología típica de estos trastornos como pueden ser los síntomas de tolerancia, abstinencia, pérdida de control, etc. Esta escala está compuesta por un total de 6 ítems (respuesta tipo Likert de 5 puntos:

0=muy raramente, 4=muy frecuentemente) que se evalúan en función de su experiencia durante el último año (Andreassen et al., 2018). A pesar de que la BYSAS es una medida breve, psicométricamente fiable y válida para evaluar la adicción al sexo, todavía es necesario replicar estos hallazgos preliminares para confirmar estas propiedades. Aunque estas son las principales escalas específicas para la evaluación de la adicción al sexo, existen otras que han sido menos empleadas, que todavía carecen de estudios de validación o que han quedado obsoletas. En este sentido nos encontramos con escalas como el *Disorders Screening Inventory – Sexual Addiction Scale (DSI–SAS)* de Carter y Ruiz (1996) centrado en la presencia de consecuencias negativas de la adicción al sexo; el *Sex Addicts Anonymous Questionnaire (SAAQ)* de Mercer (1998) en el que se incluyen ítems sobre problemas legales, dificultades en las relaciones de pareja y emociones negativas; o la *Sexual Symptom Assessment Scale (SSAS)*; Raymond et al., 2007), entre otras, todas ellas diseñadas para evaluar la adicción al sexo.

3.2 Escalas diseñadas para evaluar el consumo problemático/adictivo de las ASO

En general, existe un número limitado de escalas validadas que evalúen específicamente la adicción al cibersexo. Además, dentro de estas escalas hay que diferenciar entre las que se centran en las actividades sexuales *online* (ASO) de forma general, de las que específicamente exploran un tipo de estas ASO; concretamente y más frecuentemente, el uso de pornografía. Algunos autores como Wéry y Billieux (2017) o Fernandez y Griffiths (2019), han realizado diferentes revisiones sistemáticas sobre las escalas de evaluación que han ayudado a aglutinar mucha información sobre los instrumentos de evaluación existentes, así como a detectar las carencias que presentan los instrumentos con los que contamos hoy en día. En la tabla 3 se encuentran detallados los diferentes instrumentos que analizamos a continuación.

Tabla 3. Escalas diseñadas para evaluar el consumo problemático/adictivo de las ASO

	Autor/es y año	Constructo/s evaluados	Ítems	Factores	Validación en población española
ASO en general					
Internet Sex Screening Test (ISST)	Delmonico (1997)	Uso problemático de internet con fines sexuales	25	5 factores (Compulsividad sexual <i>online</i> , Conducta sexual social <i>online</i> , Conducta sexual <i>online</i> solitaria, Gasto sexual <i>online</i> y el Interés en la conducta sexual <i>online</i> .)	Ballester et al. (2010)
Internet Addiction Sex Test (s-IAT-sex)	Young (1998); Brand et al. (2011)	Síntomas de adicción al cibersexo e interferencia	12	2 factores (Pérdida de control/gestión del tiempo; Craving/problemas sociales)	—
Pornografía					
Cyberporn Compulsivity Scale (CCS)	Abell et al. (2006)	Comportamientos sexuales relacionados con la pornografía	4	—	—
Pornography Consumption Effect Scale (PCES)	Hald, (2006); Hald & Malamuth, (2008); Hald et al. (2013); Miller, Kidd & Hald (2019)	Efectos cognitivos, afectivos y conductuales relacionados con el uso de pornografía	Escala inicial: 47 Escala revisada: 7 Escala abreviada: 14	2 factores en todas sus versiones (Efectos positivos y Efectos negativos)	—
The Cyber-Pornography Use Inventory (CPUI)	CPUI; Grubbs et al. (2010); CPUI-9; Grubbs, Volk et al. (2015).	Uso problemático de la pornografía	Versión inicial: 32 Versión abreviada: 9	3 factores (Versión inicial: Patrón adictivo, Culpa y Comportamiento sexual social; Versión abreviada: Esfuerzos para acceder, Compulsividad percibida y Malestar emocional.)	—
Pornography Consumption Inventory (PCI)	Reid, Li et al. (2011)	Uso problemático de la pornografía	15	4 factores (Evitación emocional, Curiosidad sexual, Búsqueda de activación y Placer sexual)	Leon-Larios et al. (2019)
Problematic Pornography Use Scale (PPUS)	Kor et al. (2014)	Uso problemático de la pornografía	12	4 factores (Malestar y problemas funcionales, Uso excesivo, Dificultades de control y Uso para escapar/evitar emociones negativas)	Paredes et al. (2021)
Pornography Use Scale (PUS)	Szymanski & Stewart-Richardson (2014)	Uso problemático de la pornografía	14	2 factores (Frecuencia de uso de la pornografía y Consumo problemático de pornografía)	—

Compulsive Internet Use Scale (CIUS) adapted to Sexually Explicit Media	Downing et al. (2014)	Uso compulsivo del material sexual explícito <i>online</i>	13	1 único factor	—
Compulsive Pornography Consumption (CPC)	Noor et al. (2014)	Consumo compulsivo de pornografía	5	2 factores (Pensamientos intrusivos; Falta de control)	—
Pornography Craving Questionnaire (PCQ)	Kraus & Rosenberg (2014)	Prevalencia y desencadenantes contextuales del craving en usuarios de pornografía	12	1 único factor	—
The Passion Scale-Pornography	Rosenberg & Kraus (2014)	Apego apasionado por la pornografía	14	2 (Pasión obsesiva y Pasión armoniosa)	—
Problematic pornography consumption scale (PPCS)	PPCS; Bőthe, Tóth-Király et al. (2018); PPCS-6; Bőthe, Tóth-Király et al. (2020)	Consumo problemático de pornografía	Escala inicial: 18 Versión abreviada: 6	6 factores en la escala inicial (Saliencia, Tolerancia, Cambios emocionales, Conflicto, Abstinencia y recaída). 6 mismos factores en su versión abreviada	—
Cyber Pornography Addiction Test (CYPAT)	Cacioppo et al. (2018)	Percepción de la adicción a la pornografía <i>online</i>	11	1 único factor	—

Empezando por las escalas centradas en las ASO en general, nos encontramos con dos escalas. El primer test diseñado específicamente para evaluar el uso problemático de internet con fines sexuales es el “*Internet Sex Screening Test*” (ISST; Delmonico, 1997; Delmonico & Miller, 2003). Esta escala está formada por 25 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) mediante la cual se exploran cinco factores: la compulsividad sexual *online*, la conducta sexual social *online*, la conducta sexual *online* solitaria, el gasto sexual *online* y el interés en la conducta sexual *online*. Sus puntuaciones permiten discriminar entre tres posibles perfiles de uso: perfil recreativo, perfil de riesgo de adicción y perfil de adicción al cibersexo. A pesar de ser de los cuestionarios más empleados, según Wéry & Billeux (2017), todavía carece de un estudio de validación adecuado. No obstante, este cuestionario cuenta con una versión en español desarrollada y validada por Ballester et al. (2010).

Otra de las escalas que engloban todas las conductas sexuales *online* es la “*s-IAT-sex*”. Esta escala se trata de una versión abreviada del IAT (Internet Addiction Test; Young, 1998; Brand et al., 2011) en la que se sustituye en sus 12 ítems (con respuesta de escala tipo Likert de 5 puntos) los términos “*online*” o “Internet” por los términos “actividad sexual *online*” y “sitios de sexo en Internet”, respectivamente (Brand et al., 2011). Esta adaptación se desarrolló con el objetivo de examinar la interferencia subjetiva en la vida diaria de las actividades sexuales *online* y los síntomas potenciales de la adicción al cibersexo. En la validación realizada por Wéry, Burnay et al. (2016) en población masculina procedente principalmente de Bélgica y Francia, se identificaron dos factores: el primero en el que se evalúan los síntomas que implican la falta de control o reducción del tiempo de conexión (pérdida de control y gestión del tiempo); y el segundo en el que se reagrupan el deseo y los problemas sociales, y mide el deterioro funcional asociado con el uso del cibersexo.

Por otro lado, siendo el uso de pornografía la actividad sexual *online* más frecuente (Ballester-Arnal et al., 2021), nos encontramos con diferentes escalas específicas que evalúan el uso problemático y/o excesivo de la pornografía. En este sentido, una de las escalas utilizadas es la desarrollada por Abell et al. (2006) a partir de la Escala de Compulsividad Sexual de Kalichman y Rompa (1995). Los cuatro ítems que componen este instrumento, denominado *Cyberporn Compulsivity Scale* (CCS), describen comportamientos sexuales relacionados con el uso de pornografía *online* y su interferencia y se valoran en una escala tipo Likert de 4 puntos. Sin embargo, esta escala no ha sido validada. Hald et al. (2013) también diseñaron un instrumento con el objetivo de evaluar los efectos cognitivos, afectivos y conductuales relacionados con el uso de pornografía (tanto *online* como la consumida a través de otros medios). Esta escala se desarrolló originalmente como parte de la *Pornography Consumption Effect Scale* [PCES] (Hald, 2006; Hald & Malamuth, 2008) a raíz de la cual se redujo a 7 ítems conformando la Escala de Efectos del Consumo de

Pornografía (*Pornography Consumption Effect Scale-Revised [PCES-R]*). La escala inicial, compuesta por 47 ítems, tiene nueve subescalas dispuestas a lo largo de dos dimensiones: (1) la dimensión de efectos positivos (PED) y (2) la dimensión de efectos negativos (NED). La dimensión PED tiene 5 subescalas: vida sexual, positiva (SL-P); vida en general positiva (LG-P); actitudes hacia el sexo positivas (ATS-P); percepciones y actitudes hacia el sexo opuesto positivas (PATOGP); y conocimiento sexual positivo (SK-P). Por su parte, la dimensión NED está dividida en cuatro subescalas: vida sexual negativa (SL-N); vida en general negativa (LG-N); actitudes hacia el sexo negativas (ATS-N); y percepciones y actitudes hacia el sexo opuesto negativas (PATOGN). Los ítems que componen esta escala se responden empleando una escala de 7 puntos (1=nada, 7=en gran medida). Recientemente Miller, Kidd y Hald (2019) han desarrollado una versión abreviada de este cuestionario (PCES-SF) que cuenta con 14 ítems, siguiendo la misma estructura en cuanto a sus dimensiones; aunque el número de ítems que componen cada dimensión es menor. Esta escala presenta buenas cualidades psicométricas. Por su parte, Grubbs et al. (2010) desarrollaron una escala denominada “*The Cyber-Pornography Use Inventory (CPUI)*”. Esta escala, en su versión inicial, cuenta con 32 ítems que exploran un total de 3 factores: (a) patrón adictivo (falta de control percibida y comportamientos compulsivos relacionados con el uso de pornografía en Internet); (b) culpa (reacciones morales y emocionales y la angustia general con respecto al uso de la pornografía); y (c) comportamiento sexual social *online* (comportamientos sexuales sociales no relacionados con la pornografía *online*). Posteriormente, estos mismos autores desarrollaron una versión abreviada con 9 ítems (CPUI-9) que también contaba con tres factores: (1) esfuerzos de acceso, (2) compulsividad percibida y (3) malestar emocional (Grubbs, Volk et al., 2015) y cuyas propiedades psicométricas resultaron adecuadas.

Teniendo en cuenta los diferentes conceptos que se refieren al uso problemático del sexo (compulsividad sexual, adicción al sexo, hipersexualidad,...), el diseño del instrumento de Reid, Li et al. (2011) (*Pornography Consumption Inventory, PCI*) se basa en el constructo de hipersexualidad, teniendo en cuenta además su experiencia clínica con personas con problemas con el uso de la pornografía y con diagnóstico de hipersexualidad y las medidas relacionadas con el uso de la pornografía existentes hasta la fecha. Otro apunte de esta escala es que en su definición de pornografía incluye cualquier tipo de material que provoca pensamientos o activación sexual, y que contiene imágenes o actos sexuales explícitos, incluyendo cualquier otro tipo de pornografía, independientemente del medio por el que sea consumida. Aunque en la primera propuesta se incluían 38 ítems valorados en una escala tipo Likert de 5 puntos, los análisis psicométricos pertinentes redujeron su composición a 15 ítems que se distribuían en 4 factores: Evitación emocional, Curiosidad sexual, Búsqueda de activación y Placer sexual. Los análisis de fiabilidad y validez muestran unas

buenas propiedades de esta escala, aunque solo ha sido validada en población masculina. Recientemente ha sido traducida y validada en población española, tanto masculina como femenina (Leon-Larios et al., 2019). Esta validación revela una estructura factorial diferente (3 factores: Evitación emocional, Curiosidad sexual y Búsqueda de la excitación y placer sexual), así como la eliminación de dos ítems. Esta adaptación mostró una buena consistencia interna, aunque debería ser validada con una muestra más amplia.

Por otro lado, Kor et al. (2014) propusieron una escala destinada a evaluar el *Uso Problemático de Pornografía (PPUS)*. Esta escala cuenta con 12 ítems, con opción de respuesta tipo Likert de 6 puntos, mediante los cuales abarcan cuatro dimensiones fundamentales en el uso problemático de pornografía: (1) malestar y problemas funcionales, (2) uso excesivo, (3) dificultades de control y (4) uso para escapar/evitar emociones negativas. Un aspecto relevante de esta propuesta es que incluye tanto la pornografía accesible *online*, como la que se encuentra disponible de forma física a través de revistas, libros, etc. Este instrumento presenta unas buenas propiedades psicométricas, siendo éste un instrumento adecuado para evaluar el uso problemático de pornografía. Esta escala está traducida al español (Paredes et al., 2021), aunque no contamos con datos psicométricos sobre su validez. Similar a esta escala, se encuentra la propuesta por Szymanski y Stewart-Richardson (2014) denominada *Pornography Use Scale (PUS)* diseñada también para evaluar el uso de pornografía general (imágenes/vídeos en internet, revistas, DVD, etc.). La escala PUS cuenta con 14 ítems y se subdivide en dos factores, el primero que corresponde a la *frecuencia de uso de la pornografía* e incluye los 7 primeros ítems (formato pregunta, con opción de respuesta tipo Likert de 5 y 6 puntos [de 0 a 4 y de 0 a 5]), dependiendo del ítem; mientras que los siete restantes corresponden al factor *consumo problemático de la pornografía* (afirmaciones valoradas en función del grado de acuerdo: 1=totalmente en desacuerdo, 5=totalmente de acuerdo). Además, evalúa cuatro componentes de la adicción: control deficiente, conflicto interpersonal, conflicto intrapsíquico y conflicto de la vida en general. Los análisis psicométricos muestran unas propiedades adecuadas, aunque sólo se ha validado en población masculina heterosexual.

Para evaluar la severidad del consumo de material sexual explícito a través de internet, Downing et al. (2014) desarrollaron una versión del *CIUS (Compulsive Internet Use Scale)* de Meerkerk et al. (2009) que, inicialmente, se empleaba para evaluar el uso compulsivo de internet. Para esta nueva versión se modificaron los 14 ítems (posteriormente sólo se seleccionaron 13 de ellos) y se dieron unas instrucciones específicas ("*Responda las siguientes preguntas sobre su uso de los sitios web de Internet [accedido a través de un ordenador, tablet o teléfono móvil] para ver pornografía 'hombre a hombre'*") para poder analizar el consumo compulsivo de pornografía en

hombres que tenían sexo con hombres (HSH). Los análisis de validez y confiabilidad muestran unos resultados adecuados en esta escala, siendo útil para examinar el uso compulsivo de la pornografía *online*.

Con el objetivo de evaluar el consumo compulsivo de material sexual explícito *online* y *offline* (a través de revistas, DVD, etc.), Noor et al. (2014) diseñaron la Escala de Consumo Compulsivo de Pornografía (*CPC; Compulsive Pornography Consumption*). Esta escala, validada también en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), contaba inicialmente con 6 ítems (posteriormente 5) con formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos. El análisis factorial de esta escala reveló dos factores: Pensamientos intrusivos y falta de control.

Con el propósito de explorar el *craving*, un síntoma típico de las adicciones (incluida la adicción a la pornografía), Kraus y Rosenberg (2014) diseñaron un cuestionario de 12 ítems (respuesta tipo Likert de 7 puntos) para analizar la prevalencia y los desencadenantes contextuales del *craving* entre diferentes tipos de usuarios de pornografía (tanto *online* como fuera de internet, aunque la mayoría de los participantes consumía pornografía a través de internet). Este cuestionario, denominado *Pornography Craving Questionnaire (PCQ)*, ha sido validado únicamente en población masculina (heterosexual y HSH) y muestra unas buenas propiedades psicométricas. Estos mismos autores, también elaboraron la escala de pasión por la pornografía (*The Passion Scale-Pornography*) que pretende evaluar el “apego apasionado” por la pornografía. Para el desarrollo de este instrumento, los autores también tuvieron en cuenta las diferentes formas de consumo de pornografía (internet, revistas, DVD, etc.), aunque la mayoría de los participantes del estudio del que surge esta escala consumía pornografía a través de internet. Esta escala, basada en el modelo de Vallerand et al. (2003), identifica dos factores: “pasión armoniosa” (grado en que el consumo de pornografía es una parte importante y bien integrada en la vida del individuo) y “pasión obsesiva” (patrones potencialmente adictivos del consumo de pornografía) (Rosenberg & Kraus, 2014).

Más recientemente, surge la propuesta de Bőthe, Tóth-Király et al. (2018) [*Escala de Consumo Problemático de Pornografía (PPCS)*], basada en el modelo de adicción de seis componentes de Griffiths (2005). Esta escala, formada por 18 ítems con respuesta tipo Likert de 7 puntos, presenta buenas propiedades psicométricas en términos de estructura de factores y fiabilidad. Posteriormente, estos mismos autores desarrollaron una versión abreviada de esta escala con 6 ítems (PPCS-6) que también cuenta con unas buenas propiedades psicométricas. Esta nueva versión también permite distinguir entre usuarios con PPU de los que no realizan un uso problemático de pornografía (Bőthe, Tóth-Király et al. 2020). Finalmente, teniendo en cuenta diferentes síntomas que caracterizan las adicciones en general y, particularmente, la adicción a

internet, Cacioppo et al. (2018) desarrollaron un instrumento que permite evaluar la percepción de adicción a la pornografía en internet (*CYPAT, Cyber Pornography Addiction Test*). Este instrumento de autoinforme cuenta con 11 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos (1=nunca, 5=siempre) y unas buenas propiedades psicométricas.

4. Evaluación de la sintomatología del cuadro clínico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y otra información relevante

4.1 Presencia de sintomatología o trastornos comórbidos

Otra de las áreas a explorar tiene que ver con la fuerte relación que puede tener la adicción al cibersexo con otro tipo de sintomatología y otros trastornos psicológicos. La presencia de estos trastornos que presentan una alta comorbilidad con la adicción al cibersexo también se debe tener en cuenta a la hora de iniciar un tratamiento ya que, en caso contrario, pueden entorpecer la recuperación del paciente.

Algunos de los trastornos que parecen estar relacionados con la adicción al sexo/cibersexo corresponden al grupo de *Trastornos del Control de los Impulsos*, entre los que se encuentran el juego patológico, la tricotilomanía, el trastorno explosivo intermitente, etc. Este tipo de trastornos se caracterizan por la imposibilidad de resistir el impulso o el deseo de realizar conductas que pueden ser dañinas para el sujeto o los que le rodean, que resulta en un comportamiento repetitivo, acompañado de una sensación de tensión/activación justo antes de iniciar esas conductas, y creando un gran deterioro en diferentes áreas (Kraus et al. 2018; Walton & Bhullar, 2018). Estas características son comunes dentro del Comportamiento Sexual Compulsivo (CSB), y es por ello que autores como Kraus et al. (2018) consideran el CSB como un trastorno del control de impulsos, defendiendo su inclusión en la CIE-11 dentro de este grupo de trastornos, ya que comparten características como la persistencia en el comportamiento a pesar de las consecuencias experimentadas, la forma compulsiva de realizar las conductas e incluso la falta de control (Grant et al., 2014). De hecho, en la práctica clínica es muy común la comorbilidad de estos trastornos con otras adicciones como las adicciones a sustancias e incluso con el trastorno obsesivo-compulsivo (Fontenelle et al., 2011; Stark et al., 2018; Walton & Bhullar, 2018). Por ello, en el ámbito clínico, sobre todo, es importante considerar la posible presencia de estos trastornos en comorbilidad con la adicción sexual. Para poder descartar o confirmar su presencia, algunos autores emplean la *Minnesota Impulsive Disorders Interview*, una entrevista semiestructurada utilizada a nivel clínico para realizar un *screening* de estos trastornos (Chamberlain & Grant, 2018; Grant et al., 2005). No obstante, también se puede confirmar o descartar la presencia de estos trastornos a través de la historia clínica u otro tipo de herramientas que recojan dicha información.

Otro trastorno relacionado es el *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH* (Chamberlain & Grant, 2018). Este trastorno, además de por un déficit atención, también se caracteriza por una falta en el control de los impulsos (APA, 2014), y suele estar presente con mucha frecuencia en aquellas personas que presentan adicción al sexo, sobre todo en los casos en los que el TDAH no ha sido tratado adecuadamente (Niazof et al., 2019; Riemersma & Sytsma, 2013). Este y otros trastornos como el *Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)*, caracterizado por un patrón de pensamientos, sentimientos e ideas no deseadas e intrusivas (obsesiones) que generan comportamientos repetitivos (compulsiones) (APA, 2014), que tal y como se ha expuesto anteriormente, también se ha visto relacionado con las adicciones sexuales (compulsividad sexual), y la adicción al cibersexo por su carácter compulsivo y las bases neuronales que comparten (Stark et al., 2018), deberían tenerse en cuenta a la hora de realizar una evaluación completa de la adicción al cibersexo. Para explorar su presencia se pueden emplear desde la revisión de la historia clínica, mediante una entrevista clínica, recogiendo información sobre la presencia/ausencia de los síntomas principales, hasta el uso de herramientas de *screening* más generales como la *Minnesota Impulsive Disorders Interview*, el SCL-90-R o la SCID-I (Chamberlain & Grant, 2018; Grant et al., 2005; Derogatis, 1983, Derogatis & Savitz, 2000; First, et al., 1997). Estos instrumentos, también pueden emplearse para explorar la sintomatología ansiosa y depresiva, muy presente en las personas con adicción al sexo y cibersexo. Esta sintomatología y sus carencias a la hora de regularlas pueden actuar como desencadenantes de la adicción, mantenedores e incluso pueden aparecer como consecuencias de la adicción. Por eso es muy importante valorar la presencia o ausencia de esta sintomatología, así como incluirla en los programas de intervención siempre que sea necesario (Kaplan & Kruger, 2010; Levin et al., 2012; Reid, 2010). Teniendo en cuenta la frecuencia con la que aparecen estos síntomas en personas con adicciones sexuales, se podrían emplear escalas específicas como el BDI (Beck et al., 1996) o el HRSD (*Hamilton Rating Scale for Depression*; Hamilton, 1960; Trajković et al., 2011) para los síntomas depresivos; y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck & Steer, 2011) o el STAI – Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1970) para los síntomas ansiosos. O escalas algo más generales que explora tanto la sintomatología ansiosa como la depresiva, como la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) o la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) (Goldberg et al., 1998).

Del mismo modo que los síntomas de ansiedad y depresión pueden actuar como antecedentes, consecuentes y mantenedores de la adicción sexual, la autoestima también puede ejercer este papel. Concretamente, tal y como vimos en el capítulo anterior, las personas que realizan un consumo problemático de cibersexo suelen presentar una autoestima más baja y, a su

vez, una baja autoestima también se ha relacionado con el uso de determinadas ASO como la pornografía o la búsqueda de contactos sexuales *online* (Borgogna et al., 2020; Kor et al., 2014; Wéry et al., 2020). Siendo este un constructo a tener en cuenta de cara a las intervenciones, también es necesario hacer una buena evaluación del mismo empleando escalas como la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).

4.2 Diagnóstico diferencial

Del mismo modo que ocurre con cualquier otro problema físico o psicológico, aunque la sintomatología evidencie un diagnóstico determinado, debemos descartar que la aparición de esa sintomatología sea consecuencia o pueda explicarse por otra condición; es decir, debemos realizar un diagnóstico diferencial.

Como hemos comentado al inicio del capítulo, es importante descartar que el malestar con la actividad sea por otros motivos como el religioso, una infidelidad, creencias personales, etc. No obstante, esta no es la única condición que descartaría un problema de adicción al cibersexo.

Empezando por las condiciones médicas, existen ciertos trastornos médicos o psiquiátricos que pueden estar asociados con esta sintomatología. Concretamente se ha visto cómo haber tenido una lesión cerebral traumática, haber sufrido un accidente cerebrovascular o alguna lesión neuroquirúrgica, sobre todo si queda dañado el córtex prefrontal, está relacionado con diferentes problemas sexuales como la hipersexualidad, las conductas sexuales inapropiadas, las parafilias, problemas en la regulación de la conducta sexual, etc. (Turner et al., 2015; Wallace & Safer, 2009). Otras enfermedades como las neurodegenerativas, entre las que se encuentran la demencia o el Parkinson, e incluso el uso de medicación típicamente inducida por agonistas dopaminérgicos también guardan relación con la hipersexualidad y con diferentes trastornos del control de los impulsos (Earle & Isenberg, 2018; Kafka, 2010; Kraus et al., 2018).

Respecto a los trastornos psicológicos/psiquiátricos que se han visto relacionados con la hipersexualidad, compulsividad sexual y la adicción al sexo/cibersexo destacaríamos, aparte de los ya mencionados, los trastornos del espectro autista, el trastorno bipolar (concretamente, los episodios maníacos) y el trastorno por abuso de sustancias (específicamente, estar bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva) (Gola et al., 2020; Kopeykina et al. 2016; Reid & Meyer, 2016; Schöttle et al., 2017). Todas estas condiciones que forman parte de la historia médica del paciente deben conocerse antes de proporcionar un diagnóstico de adicción sexual y, sobre todo, antes de iniciar una intervención.

4.3 Obtención de otra información relevante

Durante la evaluación es importante conocer información relevante sobre otros aspectos que pueden estar relacionados con la adicción al cibersexo. Normalmente, esta información se puede obtener a través de una entrevista clínica, aunque también existen algunos instrumentos validados. Desde una perspectiva biopsicosocial la información que debemos obtener debe recoger cualquier tipo de vulnerabilidad ya sea biológica, social o psicológica, por lo que es necesario recabar información sobre aspectos como la historia familiar y sexual, las relaciones sociales, experiencias sexuales traumáticas, salud mental y salud física, historia de abuso de drogas o alcohol, etc. (Braun-Harvey & Vigorito, 2015; Hall, 2012; 2013; Greenfield & Orzack, 2002).

Aparentemente, el área que guarda una relación más directa con esta adicción es **la historia sexual** en la que se puede incluir desde la edad de inicio de las actividades sexuales (tanto *online* como *offline*), hasta los tipos de actividades sexuales que suele realizar, historial de parejas sexuales, cómo de satisfactorias suelen ser sus experiencias sexuales, si ha tenido alguna experiencia sexual traumática y, si la ha tenido, características de la misma, etc. (Hall, 2012; 2019; Greenfield & Orzack, 2002). Para obtener esta información contamos con muy pocas escalas disponibles además de no estar actualizadas. Ejemplos de este tipo de instrumentos serían el SHQ-R para hombres (Clarke Sex History Questionnaire for Males–Revise; Langevin, & Paitich, 2002) o el *Wyatt Sex History Questionnaire* (Wyatt et al., 1993) que más bien sería una entrevista estructurada para mujeres. En el caso concreto de la experiencia de abuso, al ser un factor altamente analizado en cuanto a su relación con la adicción al sexo, sí que es un constructo que se contempla directamente en la evaluación de las adicciones sexuales, como podemos ver en el cuestionario SAST (Carnes 1989; Carnes et al., 2010) en el que se incluye un ítem para evaluar si, en alguna ocasión, ha sufrido algún tipo de abuso sexual ya sea en la infancia o en la adolescencia. También contamos con escalas específicas que podrían emplearse para analizar de una forma más exhaustiva la experiencia de abuso sexual en la infancia como la *Childhood Sexual Abuse Scale* (Aalsma & Fortenberry, 2011) la *Unwanted Childhood Sexual Experiences Questionnaire* (Stevenson, 2010) o el Cuestionario de Experiencias Juveniles (Finkelhor et al., 2005; Pereda et al., 2016). Este último cuestionario, validado en población española, está formado por 6 módulos entre los que se encuentran uno de victimización sexual y otro de victimización electrónica.

Asimismo, es importante explorar cómo es el funcionamiento sexual, si presenta o no algún tipo de disfunción sexual, cuáles son sus deseos y fantasías sexuales, etc. Para evaluar este apartado disponemos de múltiples medidas estandarizadas como el *Inventario de Inhibición/Excitación sexual* que, tanto en su versión masculina como femenina, nos aporta información sobre los temores

sexuales, los factores que favorecen la activación sexual, etc. (Graham et al., 2006; Milhausen et al., 2010). Otras escalas de las que disponemos son el *Cuestionario de Deseo Sexual* (DESQ; Chadwick et al., 2017) para evaluar diferentes facetas del deseo sexual; la *Nueva Escala de Satisfacción Sexual* (Brouillard et al., 2019) empleada para explorar la satisfacción sexual y la *Escala de Placer Sexual* (Pascoal et al., 2016) que permite analizar el placer sexual autopercebido en función de las diferentes actividades sexuales, la intimidad sexual y las relaciones sexuales, entre otras.

Por otro lado, resulta imprescindible conocer si ha existido o existe en la actualidad algún otro problema que pueda interferir en el proceso de intervención o que sea de interés en cuanto al tratamiento, como puede ser la presencia de **parafilias** (por ejemplo, voyeurismo, pedofilia, sadismo, exhibicionismo, etc.). Tal y como exponen diferentes autores, dentro de las adicciones sexuales podemos encontrarnos adicciones sexuales parafílicas y no parafílicas (Krueger & Kaplan, 2001; Miner et al., 2007; Schaefer & Ahlers, 2018). Además, como hemos comentado al inicio de este capítulo, puede ser que los procesos de tolerancia y habituación hayan producido una escalada en el contenido o en las actividades sexuales realizadas, incluyendo el posible desarrollo de alguna parafilia (Jones & Hertlein, 2012; Rosenberg & Kraus, 2014; Smith, 2018). Para evaluar la presencia de parafilias podríamos explorarlas a través de la entrevista clínica o, si resulta necesario, emplear alguna escala validada como la *Multiphasic Sex Inventory* (Nichols & Molinder, 1984), una extensa escala que permite explorar un gran número de conductas sexuales parafílicas; o el *Cuestionario para la Evaluación de Trastornos Parafílicos* (CETP; Delcea & Siserman, 2020), para evaluar la presencia de algún trastorno parafílico. También existen escalas más específicas como en el caso del masoquismo y sadismo, entre las que nos encontramos la *MTC Sadism Scale* (Longpré et al., 2019), la *Sexual Sadism Scale* (SSS; Marshall & Hucker, 2006), la *Severe Sexual Sadism Scale* (SESAS; Mokros et al., 2012; Nitschke et al., 2009); o la pedofilia con escalas como *The Screening Scale for Pedophilic Interests* (SSPI; Helmus et al., 2015; Seto et al., 2019) entre otros tipos de parafilias.

Otros factores como la orientación sexual y su vivencia, creencias religiosas y su relación con la sexualidad, prejuicios y actitudes hacia la sexualidad, etc., también son relevantes a la hora de intervenir en un problema de adicción sexual. Estos factores, como hemos podido observar, pueden influir en la percepción de un consumo problemático e incluso incrementar el riesgo de adicción y/o de malestar (DeLonga et al., 2011; Dhuffar & Griffiths, 2018; Grubbs, Exline et al., 2015; Grubbs, Kraus & Perry, 2019; Pachankis et al., 2014). Respecto a la evaluación de estos constructos, podemos recurrir también al uso de la entrevista clínica, o emplear escalas como las de actitudes y prejuicios hacia la sexualidad como la *Attitudes Toward Sexuality Scale* (Fisher & Hall, 1988) o la *Escala de Actitudes Sexuales* (Hendrick & Hendrick, 2010), entre otras.

Como comentábamos con respecto a la historia sexual, haber sufrido una experiencia sexual traumática, especialmente en la infancia y la adolescencia, puede ser un factor muy importante en el desarrollo y mantenimiento de la adicción, no solo por el impacto que puede producir en el desarrollo sexual, sino también en el desarrollo social en general, en el que se incluyen diferentes trastornos del apego. Estos trastornos del apego, muy vinculados con la adicción al sexo, no solo pueden aparecer tras un abuso sexual, sino también ante situaciones de maltrato físico y psicológico, negligencia o abandono por parte de los progenitores o cuidadores, etc. por lo que sería necesario estudiar la **historia familiar** del paciente (Adams & Love, 2018; Hall, 2012; 2019; Schwartz, 2008). Una entrevista clínica puede recoger estas cuestiones, aunque también resulta útil el empleo de algunas escalas diseñadas para explorar el apego en adultos como el *Attachment Style Questionnaire* (ASQ; Feeney et al., 1994) o el *Relationship Scale Questionnaire* (RSQ, Griffin & Bartholomew, 1994). Dentro de esta historia familiar, también se destaca la necesidad de conocer el historial familiar de adicciones, sobre todo si algún miembro ha padecido alguna adicción sexual, las actitudes hacia el sexo que le han podido llegar a transmitir, etc. Finalmente, sería necesario saber cuál ha sido el desarrollo psicosexual del/la paciente mediante una entrevista clínica.

5. Resumen

Como se ha expuesto en capítulos previos, el conocimiento sobre la adicción al cibersexo es muy limitado en algunos aspectos. Por ello, para determinar si una persona padece este problema, se debe realizar una evaluación exhaustiva que recoja diferentes aspectos.

Partiendo de los criterios diagnósticos, aunque todavía no exista un consenso sobre los criterios necesarios para diagnosticar la adicción al cibersexo, podemos guiarnos de las diferentes propuestas existentes para la adicción al sexo (también denominada compulsividad sexual, hipersexualidad, entre otros) y emplear medidas estandarizadas (instrumentos validados que exploran la adicción al sexo desde diferentes perspectivas conceptuales; otros que exploran la adicción al cibersexo en general y a la pornografía en particular, etc.) y otras herramientas que nos permitan realizar un diagnóstico adecuado (por ejemplo, entrevista clínica, autorregistros, instrumentos validados que exploren la regulación emocional, etc.).

Además de los criterios diagnósticos y síntomas característicos de la adicción, otros factores a ser explorados son la presencia de otra sintomatología o trastornos comórbidos, sobre todo aquellos que guardan una mayor comorbilidad como pueden ser los trastornos del control de los impulsos, trastorno obsesivo-compulsivo, TDAH, sintomatología ansiosa, depresiva y la baja autoestima. También es importante hacer un buen diagnóstico diferencial, es decir, descartar que la

sintomatología relacionada con la adicción al cibersexo esté provocada por otra condición física o psicológica (como puede ser la presencia de lesiones cerebrales, enfermedades neurodegenerativas, uso de determinados medicamentos, trastornos de personalidad, etc.). Y por supuesto, identificar cualquier otra condición que pueda estar actuando como mantenedor de la adicción o que haya podido desencadenar este problema y que requiera ser atendido, como la vivencia de algún trauma sexual en la infancia, la presencia de parafilias, etc. Todas estas condiciones pueden ser exploradas en la entrevista clínica y/o a través de la historia médica y familiar, pero también mediante el uso de instrumentos validados.

Capítulo 4. El tratamiento de la adicción al cibersexo

1. Consideraciones previas

Las discrepancias en torno al concepto de la adicción al cibersexo, así como la complejidad del trastorno en sí, aspectos que han sido comentados en los anteriores capítulos, han limitado de manera importante el desarrollo de programas de intervención para este problema. Por otro lado, del mismo modo que ocurre con los instrumentos de evaluación, las propuestas de intervención que ha habido hasta la fecha están fuertemente ligadas a las diferentes perspectivas conceptuales desde las que se aborda el uso problemático del sexo o cibersexo.

1.1 Factores a tener en cuenta en las intervenciones

Antes de ahondar en las propuestas de intervención existentes, debemos tener en cuenta algunos factores necesarios para llevar a cabo una buena estrategia de intervención. De entrada, queremos recordar lo que debería ser una obviedad y es que, como sucede en otros problemas psicológicos u otras adicciones, las intervenciones deben ser ajustadas a las características concretas de cada caso (Kraus & Sweeny, 2019). Concretamente en la adicción al cibersexo nos encontramos con diferentes puntos a tener en cuenta en cada intervención.

1.1.1 Diversidad de las manifestaciones clínicas

Las primeras características que hay que tener en cuenta cuando planteamos una intervención para tratar la adicción al sexo o al cibersexo es la gran variabilidad en cuanto a sus manifestaciones clínicas. Como se expuso en capítulos anteriores, existen diferentes perfiles de consumidores de sexo o cibersexo que se diferenciarían por factores como puede ser el tiempo invertido, las motivaciones, las conductas en sí, etc. Cooper, Putnam et al. (1999) ya identificaron diferentes tipos de perfiles de consumo de cibersexo en función de factores como la frecuencia de uso, el tiempo invertido y las consecuencias experimentadas. Como se expuso anteriormente, entre estos perfiles se distinguían a las personas que realizaban un uso recreativo, grupo en el que se encontrarían las personas que aparentemente no experimentan ninguna consecuencia negativa derivada de su consumo y, por lo tanto, no tendrían la necesidad de recibir ningún tipo de intervención. No obstante, dentro de este grupo podemos encontrar a personas que experimentan cierto malestar con la actividad sexual *online* por diferentes motivos como puede ser la incongruencia con sus creencias religiosas, infidelidad, homofobia interiorizada, etc., lo que puede suponer un riesgo de cara a desarrollar un uso problemático (Dew & Chaney, 2005; Jones & Tuttle, 2012), además de generar mucho malestar emocional. En este caso, una buena evaluación nos permitiría identificar a las personas que presentan malestar con la actividad sexual *online* por motivos diferentes a un consumo problemático y/o

excesivo (como puede ser, malestar con el contenido de las actividades sexuales), para los que podría ser conveniente realizar algún tipo de intervención ajustada a ese malestar como pueden ser las intervenciones psicoeducativas , terapia de pareja centrada en las infidelidades , etc., y evitar patologizar conductas sexuales que resultan normales (Hertlein, & Piercy, 2008; Jones & Hertlein, 2012; Reid & Kafka, 2014; Weiss, 2015).

Otro de los perfiles que identificaban estos mismos autores es el de perfil de riesgo de adicción al cibersexo en el que se incluiría a las personas que, aunque todavía mantengan cierto control sobre su actividad sexual, empiezan a experimentar algunas consecuencias negativas como la interferencia en algún área de su vida (por ejemplo, trabajo, familia, etc.), inversión excesiva de tiempo, etc. Dentro de este perfil se distinguen dos subtipos: el ansioso-depresivo, para quienes el cibersexo funciona como una estrategia de regulación de estos síntomas; y el subtipo reactivo al estrés, cuyo uso se caracteriza por una tendencia a aumentar el consumo de cibersexo durante las épocas de mayor estrés. Las estrategias de intervención deberían adaptarse a estas características y, sobre todo en el primer subtipo, se debería valorar la gravedad de la sintomatología. Si la gravedad de la sintomatología ansioso-depresiva lo requiere, en la intervención se debería priorizar el control de esa sintomatología antes de iniciar el tratamiento de la adicción (por ejemplo, uso de antidepresivos) (Kafka, 2000; Schaefer & Ahlers, 2018). Finalmente, nos encontramos con el perfil de adicto al cibersexo para el que se debería aplicar un programa de intervención basado en la evidencia empírica.

Además de estos perfiles de uso, las manifestaciones de la propia conducta sexual pueden ser muy diversas. Podemos encontrarnos pacientes cuya adicción se limita exclusivamente a una conducta sexual, como puede ser el consumo de pornografía; mientras que otros casos presentarían manifestaciones mucho más diversas que incluso podrían incluir entre sus conductas adictivas actividades sexuales *offline* y *online*. Como veremos en las próximas páginas, algunas propuestas de intervención están validadas y diseñadas para personas adictas al sexo en general (por ejemplo, el programa de adicción al sexo de Weiss, 2015, 2016), mientras que otras están más focalizadas en manifestaciones clínicas que se limitan a las ASO en concreto (por ejemplo, el programa para la adicción al cibersexo de Edwards et al., 2011), aunque cabe destacar que muchas de estas propuestas comparten gran parte de sus características.

1.1.2 Diversidad de mantenedores, motivaciones y consecuencias

Una cuestión fundamental a la hora de realizar una intervención ajustada es explorar los mantenedores y las motivaciones vinculadas al consumo de cibersexo y las consecuencias experimentadas que, en muchas ocasiones, pueden impedir o dificultar la recuperación del paciente.

Respecto a las motivaciones y/o mantenedores, en capítulos anteriores comentábamos cómo las propias características del sexo en internet (anonimato, accesibilidad, escape, bajo coste, etc.) (Carnes et al., 2007; Cooper, 1998; Young, 1999) eran factores a tener en cuenta ya que hacían de ésta una herramienta potencialmente adictiva. En algunos casos (por ejemplo, personas con disfunciones sexuales, personas con problemas para expresar su sexualidad [homofobia interiorizada, homofobia en el entorno, etc.], personas con gustos sexuales poco frecuentes [pedofilia, exhibicionismo, etc.], entre otros), estos factores pueden jugar un papel fundamental en el mantenimiento de la adicción ya que pueden estar cubriendo unas necesidades específicas que difícilmente podrían satisfacerlas de forma *offline* por el malestar que generan, el castigo social/cultural que suponen, etc. (Corley & Kort, 2006; Samenow, 2010; Schaefer & Ahlers, 2018). Otras motivaciones que pueden ser importantes mantenedores tienen que ver con la regulación del estado de ánimo y de situaciones de estrés. Como también expusimos en capítulos anteriores, el uso del cibersexo como regulador emocional es una de las principales motivaciones relacionadas con su consumo. Por ello las intervenciones deben incluir un módulo centrado en el manejo de las emociones y del estrés para dotar al paciente de estrategias más efectivas ante esas situaciones (Hardy et al., 2010; Wéry et al., 2018).

Finalmente, es importante tener en cuenta el impacto que ha podido tener la adicción en diferentes ámbitos de la vida del paciente y que pueden repercutir de forma negativa a su recuperación. Sin duda alguna, uno de los impactos más importantes tiene que ver con la relación familiar y de pareja (Carnes & Lee, 2014; Delmonico et al., 2002). La adicción al cibersexo puede verse como una violación de ciertos límites de la pareja y/o un cambio en la dinámica de la relación que puede afectar a este funcionamiento del subsistema familiar (Ford et al., 2012). La pareja de una persona adicta al cibersexo puede experimentar el mismo malestar que ante una infidelidad en persona (sentimientos de traición, baja autoestima, etc.), por lo que a nivel terapéutico debe considerarse como tal. Algunas de las indicaciones para lidiar con estos problemas en terapia sugieren que la validación emocional y el acompañamiento en las diferentes etapas del proceso son fundamentales (Jones & Tuttle, 2012; Schneider et al., 2012). Según los expertos, generalmente las fases o etapas por las que transitan las parejas de las personas adictas son: 1) Ignorancia/negación (la pareja puede atribuir a factores como la falta de atractivo, infidelidad, etc. las señales iniciales que pueden indicar un problema de adicción al cibersexo [por ejemplo, distanciamiento sexual/emocional]); 2) Shock/Descubrimiento de las ASO (la pareja de la persona adicta, al descubrir las ASO que llevaba a cabo, experimenta ira, dolor, desesperanza, vergüenza, culpa, etc.); 3) Intentos de solucionar el problema (la pareja intenta tomar medidas para evitar que su pareja vuelva a realizar las conductas sexuales *online*. Algunos comportamientos como la negociación, el regateo, etc. pueden generar cierta codependencia y malestar en la pareja) (Schneider, 2002).

En el caso de las familias con hijos, los niños pueden estar expuestos de forma involuntaria al material sexual, ser espectador de discusiones familiares, de los síntomas de abstinencia del adicto, e incluso estar desatendidos física y emocionalmente (Carnes & Adams, 2019; Schneider & Weiss, 2001). Las intervenciones suelen ser muy diversas dependiendo de la edad del menor. No obstante, es importante promover en el/los hijos sentimientos de comprensión, amor y no culpabilidad (Carnes & Adams, 2019). Schneider (2002) también destaca la importancia del factor familiar en la adicción al cibersexo y aboga por un tratamiento en el que se consideren las conductas disfuncionales de la persona adicta como de su familia, y se identifiquen y trabajen las necesidades de cada uno de los componentes de la familia.

A pesar del evidente impacto de la adicción al sexo en la vida familiar y de pareja, todavía encontramos discrepancias sobre si incluir a la pareja dentro del tratamiento de la propia adicción (como coterapeuta) puede resultar beneficioso. Algunos autores sugieren que las parejas no tengan ninguna responsabilidad sobre el cambio de la persona adicta ya que puede crear codependencia (entendida como la preocupación y cuidados excesivos por los comportamientos de la persona adicta, justificar o cubrir ciertas conductas de sus parejas, etc., donde el cuidador (en este caso, la pareja) llega a desatender otras áreas de su vida) (Ayres & Haddock, 2009; Hall, 2015; Schneider & Weiss, 2001). Este posicionamiento lo podemos apreciar incluso en manuales como el de Weiss (2016) "*Sex Addiction 101: The Workbook. 24 Proven Exercises to Guide Sex Addiction Recovery*" donde no recomiendan que la pareja acceda a los ejercicios que incluye su libro de trabajo ya que consideran que la terapia para mejorar la relación de pareja debe ir aparte. Otros autores, sin embargo, consideran que, mediante el uso de herramientas como contratos, se puede establecer una serie de tareas y límites, haciendo partícipe a la pareja como una especie de coterapeuta, pero limitando estas conductas de control para evitar sobrecargar a la pareja (Hall, 2015). Otras propuestas recientes de intervención como la de McCarthy y Wald Ross (2018) o la terapia centrada en las emociones (Love et al., 2016) también destacan como fundamental incluir a la pareja en el tratamiento de la adicción al cibersexo, favoreciendo actitudes que faciliten la recuperación del paciente como una comunicación más comprensiva y menos castigadora e incluyendo de forma paralela intervenciones de pareja que aborden las necesidades subyacentes de cada uno de los miembros.

En definitiva, resulta importante tener en cuenta a todos los miembros del núcleo familiar a la hora de realizar intervenciones específicas, teniendo en cuenta las necesidades de cada uno de los miembros y aplicando el abordaje oportuno (por ejemplo, terapia de pareja, terapia individual, terapia familiar, etc.). Además, cabría la posibilidad de que la pareja ejerciera el papel de coterapeuta siempre y cuando sea beneficioso para ambos y no se cree un vínculo de codependencia.

1.1.3 Comorbilidades (*sintomatología clínica ansioso-depresiva, parafilias, disfunciones sexuales, etc.*) y diagnóstico diferencial

En capítulos anteriores se hizo referencia a la gran diversidad de trastornos que podrían presentarse de forma comórbida a un diagnóstico de adicción al cibersexo. Siguiendo la clasificación realizada por Hermand et al. (2020), existen cuatro grandes bloques a tener en cuenta.

En primer lugar, nos encontramos con otras **adicciones** como podría ser la adicción a internet, la adicción al juego, e incluso adicciones a otras sustancias. Respecto a la adicción a internet, anteriormente ya comentamos que la adicción al cibersexo podría considerarse un subtipo de adicción a internet (Schiebener et al., 2015). Sin embargo, otra hipótesis sugiere que existe cierta vulnerabilidad a desarrollar trastornos adictivos, entre los que no solo se incluiría la adicción a internet, sino también otras adicciones como la adicción al juego, adicciones a sustancias, etc. (Bóthe et al., 2015; Schwartz & Southern, 2000). En este caso habría que descartar, por un lado, si la presencia de otras adicciones puede explicar el comportamiento sexual *online* y, por otro lado, en el caso de coexistir la adicción al cibersexo con otra adicción, si alguna requiere ser atendida con mayor prioridad, como suele pasar en las adicciones a sustancias (Schwartz & Southern, 2000).

En segundo lugar, nos encontramos con otros **trastornos psiquiátricos** u otros **síntomas psicopatológicos** como pueden ser la depresión, ansiedad, disociación *online*, trastorno del estrés postraumático, trastornos alimentarios, de personalidad, etc. En estos casos, algunas de las intervenciones para el tratamiento de la adicción al cibersexo ya incluyen estos aspectos dentro de sus módulos (por ejemplo, terapia de aceptación y compromiso o terapia cognitivo conductual) (Orzack & Ross, 2000; Twohig & Crosby, 2010). Sin embargo, cuando los trastornos comórbidos revisten gravedad, puede que sea necesario priorizar el trastorno que más interferencia esté causando y tratarlo de la forma que resulte conveniente. En algunos casos tratar la sintomatología comórbida puede ayudar a disminuir los síntomas de hipersexualidad (Kafka & Prentky, 1992; Schimmenti et al., 2017).

En tercer lugar, se encontrarían las dimensiones psicológicas entre los que se destacan algunas **variables de personalidad** (donde habría que descartar si el comportamiento sexual compulsivo podría explicarse por dichas variables) y el **apego** y las dificultades para establecer vínculos afectivos. Sobre todo, en este último caso, algunos autores enfatizan en sus propuestas interventivas la necesidad de establecer como uno de los objetivos terapéuticos el establecimiento de vínculos afectivos sanos y aprender a regular las emociones con otras estrategias más adecuadas (Katehakis, 2017; Schwartz & Southern, 2000, 2017).

Finalmente, nos encontramos con un cuarto bloque donde se incluyen los **problemas sexuales** entre los que se encuentran las disfunciones sexuales y las parafilias. Aunque parezca paradójico, algunas personas con adicción sexual presentan problemas en su funcionamiento sexual (como la disfunción eréctil, eyaculación precoz, anorgasmia, etc.) por lo que, además del tratamiento de adicción, en estos casos puede ser necesario aplicar algún tratamiento más específico sobre alguna disfunción en concreto (Rosenberg, O'Connor & Carnes, 2014). En el caso de la presencia de parafilias, puede ser que ya hubiera un trastorno parafílico de base y que, a través de internet, pueda seguir satisfaciendo ese deseo; o, por el contrario, puede que internet, a través del condicionamiento y de la escalada de conductas, facilite la aparición de intereses sexuales poco comunes/parafílicos, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de iniciar el tratamiento para la adicción al cibersexo (Blaszczynski, 2016).

Es posible que la alta prevalencia de estas comorbilidades se deba a que, hasta que no hay una afectación o malestar mayor, las personas no busquen ayuda psicológica para tratar la adicción al cibersexo (Halpern, 2011). En cualquier caso, habría que explorar qué trastorno necesita mayor atención psicológica y cómo puede afectar al curso del tratamiento la presencia de alguno de estos problemas para establecer unos objetivos terapéuticos lógicos y, si fuera necesario, tratar cualquier otro problema antes que la propia adicción al cibersexo.

2. Tipos de intervenciones

En la actualidad disponemos de una gran diversidad de aproximaciones terapéuticas destinadas a abordar la adicción al sexo (concepto en el cual se englobaría la adicción al cibersexo). Entre estas aproximaciones terapéuticas nos encontramos propuestas tanto individuales como grupales, cognitivo-conductuales, intervenciones similares a las de otras adicciones, terapias de tercera generación, e incluso tratamientos farmacológicos, entre otras. A pesar de la gran diversidad de propuestas terapéuticas, la eficacia empírica de estas intervenciones sigue siendo muy escasa lo que limita aún más el tratamiento de esta adicción.

A continuación, se detallan las diferentes intervenciones diseñadas para el tratamiento de la adicción al sexo (englobando en ellas la adicción al cibersexo), así como los estudios existentes sobre su eficacia en el tratamiento de esta patología (tabla 4). En la exposición de los tipos de intervenciones existentes para esta problemática que se detalla a continuación, seguimos la revisión que realizaron Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García (2020) en su obra.

Tabla 4. Tipos de intervenciones y existencia o no de validaciones empíricas sobre su eficacia

Tipo de intervención	Destinado específicamente a la adicción al cibersexo	Validado empíricamente (Sí/No)
Intervenciones farmacológicas		
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	No	Sí
Antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo	No	Sí
Antagonistas de opioides	No	Sí
Tratamientos hormonales	No	No
Intervenciones no farmacológicas		
<i>Grupos de auto-ayuda</i>	No	Sí
<i>Programas Cognitivo-Conductuales</i>		
El programa de Carnes (1991, 1992, 2000, 2001)	No	Sí
El programa de Delmonico et al. (2002)	Sí	No
El manual de Skinner (2005)	Sí (pornografía)	No
El programa de Ballester (2006)	Sí	Sí
El programa de Edwards et al. (2011)	Sí	No
El programa de Becker (2015)	No	No
El programa de Weiss (2015, 2016)	No	No
<i>Otros enfoques terapéuticos</i>		
Terapias humanistas	No	Sí
Terapia de aceptación y compromiso (ACT)	No	Sí
Terapia basada en Mindfulness	No	Sí
Terapia Cognitiva Analítica (TCA)	No	Sí

2.1 Intervenciones farmacológicas

Una de las grandes barreras a la hora de evaluar la respuesta de estos trastornos a los fármacos es la gran variedad en cuanto a su conceptualización neurobiológica. Por ello, es importante tener en cuenta la conceptualización diagnóstica en el tratamiento farmacológico de la adicción al sexo. Algunas propuestas tienen en cuenta la presencia de comorbilidades como la depresión, la ansiedad, mientras que otras se centran en las afecciones neurológicas que pueden ser responsables de esta adicción como los trastornos por déficit de atención, el abuso de sustancias psicoactivas, problemas hormonales, etc. (Duarte-García & Thibaut, 2010; Malandain et al., 2020). Teniendo en cuenta estas diferentes perspectivas, a continuación, exponemos los principales tratamientos farmacológicos empleados (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

2.1.1 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Este tipo de fármacos, diseñados para regular la concentración de serotonina, se utilizan para el tratamiento de algunos síntomas y trastornos relacionados con la adicción al sexo como los síntomas depresivos, ansiosos, los trastornos obsesivo-compulsivos e incluso trastornos relacionados con las parafilias, los agresores sexuales, etc. (Malandain et al., 2020; Suarez et al., 2002).

En la década de los 90, algunos investigadores ya comprobaron la eficacia de estos tratamientos en hombres con adicción al sexo, tanto con un perfil parafilico como no parafilico

(Greenberg et al., 1996; Kafka 1991; 1994; Kafka & Hennen, 2000; Kafka & Prentky, 1992). En estos pacientes se evidenciaba una mejora tanto en los síntomas característicos de la adicción sexual (masturbación compulsiva, promiscuidad, dependencia a la pornografía, reducción de fantasías sexuales parafílicas, etc.) como en otros comórbidos (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo). Sin embargo, algunos de estos estudios combinaban el uso de farmacoterapia con psicoterapia sin determinar el efecto de esta última. Otra de las limitaciones de estos estudios es la ausencia de grupos control. El estudio de Wainberg et al. (2006) es uno de los pocos que comprobó la eficacia de los ISRS en un estudio empleando un grupo control y un grupo experimental. Los resultados obtenidos evidencian ciertas mejoras en la sintomatología adictiva tanto en las personas del grupo experimental como en las del grupo control. Posteriormente, Gola y Potenza (2016) emplearon este tipo de fármacos, en combinación con terapia cognitivo-conductual, en tres pacientes con adicción a la pornografía. Sus resultados evidencian que el tratamiento con ISRS fue efectivo a corto plazo. No obstante, los resultados no se mantuvieron a largo plazo. Los efectos secundarios que este tipo de fármacos pueden tener en la sexualidad (problemas de erección, anorgasmia, bajo deseo sexual, etc.) (Jin & Straw-Wilson, 2016; Reisman, 2019) podrían explicar los cambios a corto plazo, así como la aparición de los síntomas una vez éstos se han atenuado. Además, es posible que en la adicción al sexo estén implicados otros mecanismos neuronales diferentes a los relacionados con la ansiedad, para los que estos tratamientos pueden no ser efectivos.

2.1.2 Antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo

Algunos de estos fármacos como el nefazodone, litio o el topiramato también han sido empleados en el tratamiento de la hipersexualidad, debido principalmente a las características que este trastorno comparte con los trastornos obsesivo-compulsivos o la impulsividad (Sanches & John, 2019). Algunos de los estudios realizados al respecto muestran efectos positivos de estos fármacos en el control de la conducta y las obsesiones sexuales (Coleman et al., 2000; Kafka, 1991; Khazaal & Zullino, 2006). Sin embargo, encontramos grandes limitaciones muestrales (la mayoría son casos únicos o muestras muy pequeñas, mientras que otros presentan comorbilidad con otros trastornos importantes) y metodológicas (estudios retrospectivos, empleo de farmacología con otro tipo de intervención, ausencia de grupos control, etc), que impiden determinar el efecto del fármaco en sí, así como su eficacia a largo plazo (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

2.1.3 Antagonistas de opioides

Los fármacos antagonistas de opioides, entre los que se encuentran la naloxona, el nalmefeno y la naltrexona, se suelen emplear para contrarrestar los efectos tóxicos de los opioides, además de mitigar el

papel reforzante de estas sustancias. Las similitudes entre las adicciones a sustancias y las conductuales justifican el uso de este tipo de tratamientos para las adicciones sexuales (Piquet-Pessôa & Fontenelle, 2016). Sin embargo, contamos con pocos estudios sobre su eficacia en personas con adicciones sexuales. Uno de los estudios al respecto es el realizado por Raymond et al. (2010) en el que revisaron las historias clínicas de 19 personas con hipersexualidad tratados con antagonistas de opioides. Aunque la mayoría de los participantes experimentó una reducción en sus síntomas de hipersexualidad, el cambio no puede asociarse exclusivamente al efecto de este fármaco ya que muchos pacientes recibían otro tipo de tratamientos (por ejemplo, psicoterapia). Otros inconvenientes asociados al uso de fármacos son los efectos secundarios. Concretamente en este estudio, un porcentaje significativo de personas tuvo que abandonar el tratamiento debido a los efectos secundarios. Kraus et al. (2015) también emplearon un tratamiento combinado de naltrexona y psicoterapia en un caso de uso problemático de pornografía. Sus hallazgos sugieren que el uso de naltrexona puede ser útil como tratamiento complementario para este tipo de adicciones, aunque la evidencia científica sigue siendo escasa. Más recientemente, el trabajo de Yazdi et al. (2020) mostró la eficacia a largo plazo de este tipo de tratamientos farmacológicos en pacientes con adicción al sexo *online*, concretamente, a la pornografía *online*. No obstante, este trabajo se basó en un caso único. El número escaso de estudios al respecto, así como las limitaciones que poseen muestran la necesidad de realizar más estudios para comprobar la eficacia de estos fármacos en las adicciones sexuales (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

2.1.4 Tratamientos hormonales

Los tratamientos hormonales como los antiandrógenos o análogos de GnRH han sido empleados en el tratamiento de parafilias y en intervenciones con agresores sexuales (García et al., 2013; Thibaut, 2012). Aunque su eficacia en este tipo de conductas sexuales y en la disminución del deseo sexual es muy elevada, se aconseja su uso sólo en los casos de adicción al sexo donde exista una comorbilidad parafilica severa debido a los efectos secundarios y a la poca evidencia científica disponible (Thibaut et al., 2010).

2.2 Intervenciones no farmacológicas

En este bloque se detallan distintos tipos de intervenciones no farmacológicas empleadas en el tratamiento de la adicción al sexo (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

2.2.1 Grupos de auto-ayuda

Los grupos de autoayuda más populares son los basados en el modelo de doce pasos para personas con adicción al alcohol de *Alcohólicos Anónimos*. Entre estos programas existentes basados en este

modelo se encuentran: Adictos Sexuales Anónimos (SAA), Adictos al Sexo y al Amor Anónimos (SLAA), Sexólicos Anónimos (SA) y Compulsivos Sexuales Anónimos (CSA), entre otros.

Partiendo de las similitudes, la gran mayoría de estos programas se basan en el desarrollo de la espiritualidad. No obstante, aunque el empleo del término “Dios” suele ser común, no tiene connotaciones religiosas como tal. Por lo tanto, ser ateo/a no sería incompatible con estos tratamientos (Stein & Carnes, 2017). Todas ellas presentan un bajo coste o coste cero, garantizan el anonimato de todos los participantes y suelen ser muy accesibles ya que su existencia está muy generalizada a nivel geográfico e incluso muchas de ellas son accesibles *online*. Además, generalmente tienen una periodicidad semanal y una duración de entre 60-90 minutos. Con respecto a los tipos de reuniones los formatos son muy diversos, siendo las reuniones más comunes las denominadas *getting-current meeting*, en los que las personas comparten los retos a los que se está enfrentando y qué estrategias está empleando; *speaker meeting* donde un voluntario cuenta brevemente su historia, *step-meeting*, en las que se trabaja en cada sesión uno de los pasos del proceso y las *beginner’s meeting*, sesiones formativas dirigidas a las personas que inician el proceso (Ziff, 2019). Es importante destacar que todas las personas participantes suelen tener una figura de padrino que les guía en este proceso.

Finalmente, otra similitud importante tiene que ver con los doce pasos. Aunque cada propuesta de intervención presenta sus doce pasos particulares, todos ellos se basan en los de alcohólicos anónimos sustituyendo los términos relacionados con la *adicción al alcohol* por *adicción al sexo* (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020):

- “1. *Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.*
2. *Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos la cordura.*
3. *Tomamos la decisión de poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, como lo entendemos.*
4. *Hicimos un minucioso e intrépido inventario moral de nosotros mismos.*
5. *Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros errores.*
6. *Estuvimos completamente dispuestos a que Dios eliminara todos estos defectos de carácter.*
7. *Pedimos humildemente que elimine nuestras deficiencias.*

8. *Hicimos una lista de todas las personas a las que habíamos dañado y estuvimos dispuestos a enmendarlas a todas.*

9. *Enmendar directamente a esas personas siempre que sea posible, excepto cuando hacerlo les haría hecho daño a ellos o a otros.*

10. *Continuamos haciendo inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos de inmediato.*

11. *Buscamos a través de la oración y la meditación para mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal como lo entendemos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera la fortaleza para cumplirla.*

12. *Habiendo tenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.” (Johnson & Chappel, 1994; pp. 137-138).*

Por el contrario, algunos de los aspectos en los que difieren los distintos programas tienen que ver con el concepto de sobriedad (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020). Por ejemplo, Sexólicos Anónimos consideran la sobriedad total como la abstención de cualquier conducta sexual (ya sea en solitario o en pareja) que no se realice dentro del matrimonio. Por lo que, personas no casadas o con una orientación sexual homosexual no podrían acceder a este programa. Adictos Sexuales Anónimos, con un concepto más amplio e individualizado de sobriedad, sería un programa con una población diana diversa en la que podría participar cualquier persona sin importar su raza, orientación sexual, estado civil, etc. siempre y cuando quiera superar su adicción sexual. Por su parte, el programa SLAA (Adictos al Sexo y al Amor Anónimos) incluye como conductas objetivo no solo las relacionadas con la adicción al sexo, sino también las que tienen que ver con el amor (ej.: fantasías románticas, enamoramientos instantáneos y seriales, etc.), lo que puede explicar que haya mayor número de mujeres en este tipo de programas que en los demás. Al igual que el programa de SAA, el programa Compulsivos Sexuales Anónimos también cuenta con un concepto amplio y personalizado de sobriedad que sigue el modelo de P. Carnes (Efrati & Gola, 2018a, Parker & Guest, 2002). Este modelo y el SAA, además de los doce pasos, cuentan con otra herramienta similar en sus programas. En el caso de SAA, desarrollaron el concepto de “los tres círculos” para identificar los comportamientos sexuales de los cuales quiere abstenerse (círculo interno), los comportamientos que suponen un riesgo (círculo central) y las conductas saludables, tanto sexuales como no sexuales (círculo externo) (Ševčíková et al., 2018). Similares a estos círculos son los componentes del “plan sexual” del programa CSA que, siguiendo el orden establecido en la

propuesta de SAA, las conductas se agruparían en: abstinencia, alto riesgo y recuperación (Schneider & Weiss, 2001).

Encontramos poca evidencia científica sobre la eficacia de estas intervenciones en personas con adicción al sexo. Uno de ellos es el de Wright (2010) quien analizó los datos de 97 varones con compulsividad sexual que asistieron a diferentes programas de 12 pasos. Aunque un primer análisis en este estudio reveló que las personas que acudieron periódicamente a las reuniones, así como el trabajo de los padrinos, se relacionaron de forma positiva con una menor compulsividad sexual, posteriormente concluyeron que no podían asegurar que esta terapia fuera efectiva para este problema ya que no habían controlado otras variables como la motivación. Por su parte, Efrati y Gola (2018b) también analizaron la eficacia de un tratamiento de 12 pasos en 97 personas miembros del grupo de Sexólicos Anónimos. Los hallazgos de este estudio mostraban que los pacientes que presentaban mayor mejora en su sintomatología eran los que mostraron un mayor avance en los diferentes pasos del tratamiento. No obstante, tampoco pudieron determinar la relación causal de estas variables. Otros estudios como el de Yamamoto (2020) destacan la eficacia de este tipo de intervenciones siempre y cuando se combine con otras sesiones individuales de psicoterapia.

Los beneficios que puede ofrecer la participación en las sesiones de 12 pasos en el tratamiento de algunos factores implicados en la adicción (como la desregulación) no son tan altos como los que ofrece la terapia individual. Esta y otras evidencias como las carencias a la hora de considerar los síntomas de tolerancia y abstinencia, o la influencia de otros factores como la edad, el apoyo percibido o la duración de las sesiones en su efectividad (Efrati & Gola, 2018b; Ševčíková et al., 2018; Wright, 2010) son algunas razones que hacen dudar de su eficacia por sí solos en el tratamiento de estos trastornos.

2.2.2 Programas Cognitivo-Conductuales

Las aproximaciones cognitivo-conductuales son una de las principales opciones de intervención para múltiples patologías. En el caso de la adicción al sexo, y la adicción al cibersexo como un subtipo de ésta, existen diferentes propuestas de intervención basadas en estos modelos. Estas intervenciones entienden que los comportamientos sexuales desadaptativos están interrelacionados con los pensamientos y las emociones y se mantienen en el tiempo debido a procesos cognitivos y conductuales (como puede ser la evitación o el refuerzo) (Duarte-García & Thibaut, 2010; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014). Uno de los autores más destacados en el campo de las intervenciones cognitivo-conductuales para la adicción al sexo es P. J. Carnes, cuya propuesta es la base de muchos

programas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la adicción al sexo (y sus subtipos) desarrollados posteriormente (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

2.2.2.1 El programa de Carnes (1991, 1992, 2000, 2001).

La propuesta de este autor, pionera en este campo, parte de una buena evaluación sobre el patrón de conducta problemática en el que también se tienen en cuenta factores que acompañan a cada fase del desarrollo de la adicción como la vulnerabilidad inicial (vulnerabilidad biológica, haber sufrido abusos en la infancia, las experiencias familiares, etc.); factores como el estrés, las escasas capacidades de afrontamiento, la influencia de los iguales, el sentido de sí mismos basados en la vergüenza, etc. que acompañan al proceso de iniciación y los factores relacionados con la fase de adicción (por ejemplo, uso compulsivo [pérdida de control y la realidad y consecuencias importantes, uso de la conducta adictiva como regulador de emociones y del estrés], soledad, ciclo de la vergüenza, etc.); y los trastornos o problemas comórbidos (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

El proceso de recuperación puede durar hasta 5 años y se compone de diferentes fases (Carnes, 1991; 2000) que describiremos detalladamente.

Fase 1: Intervención (semanas 1-3 del programa)

En esta fase, uno de los objetivos principales es identificar todas las conductas problemáticas y tomar conciencia sobre el problema real. El terapeuta proporciona información sobre el problema para que al paciente le resulte más sencillo comprenderlo. También es necesario confrontar al paciente, sobre todo si hay partes del problema que niega y son graves o urgentes.

Otro de los objetivos de esta fase es derivar al paciente a un programa de 12 pasos.

Finalmente, se realiza un contrato conductual de abstinencia de las conductas sexuales problemáticas durante el problema.

Fase 2: Tratamiento inicial (semanas 4-8 del programa)

Entre las estrategias que incluye esta fase se encuentran:

Asistir al programa de 12 pasos y encontrar un mentor, completar el primer paso de los 12, acordar y redactar la definición de abstinencia ajustada a las conductas problemáticas del paciente, preparar un plan de prevención de recaídas, completar un periodo de entre 8-12 semanas de celibato completo, desarrollar un plan sexual, implicar a la pareja y a la familia en el tratamiento y recuperación del paciente, evaluar la posible comorbilidad con

otras adicciones y la presencia (si la hay) de algún trauma infantil, participación en terapia grupal y reducción de la vergüenza.

Fase 3: Terapia extendida

Durante esta última fase, el paciente debe completar los pasos restantes, además de solucionar diferentes problemas subyacentes. Entre estos problemas se encuentran los familiares o de pareja, duelos no resueltos y otras cuestiones evolutivas, traumas en la infancia, afectación en el área laboral, etc. Algunos de éstos, puede que requieran otros componentes terapéuticos.

Durante el proceso de estos cinco años, las personas pasan por seis etapas distintas:

-*Etapas de desarrollo* (puede durar hasta 2 años, se produce antes del primer año de recuperación). Etapa en la que se desarrolla la toma de conciencia sobre el problema y se empiezan a realizar los primeros cambios, aunque no sean siempre fructuosos.

-*Etapas de crisis/decisión* (puede durar entre un día y tres meses, se produce al inicio del primer año de recuperación). El paciente está decidido a poner fin a esta conducta, bien por motivaciones intrínsecas o extrínsecas o ambas.

-*Etapas de shock* (primeros 6 a 8 meses del primer año de recuperación). El paciente empieza a experimentar diferentes síntomas de abstinencia. Además, empieza a ser consciente de la pérdida que supone dejar de realizar estas conductas.

-*Etapas del duelo* (duración de seis meses, se produce entre los últimos meses del primer año hasta mediados del segundo año de recuperación). Esta etapa se caracteriza por la toma de conciencia del impacto que ha provocado este problema en diferentes áreas (trabajo, hijos, pareja, tiempo, etc.) por lo que experimentan con frecuencia emociones de tristeza, dolor, desesperación, etc.

-*Etapas de reparación* (duración de entre 18 a 36 meses; suele iniciarse al final del primer año y puede prolongarse hasta principios del cuarto año de recuperación). En esta etapa, el paciente empieza a centrarse en otras áreas de su vida con el objetivo de mejorarlas, empleando nuevas estrategias y aprendizajes.

-*Etapas de crecimiento* (suele iniciarse al principio del tercer año de recuperación). Una vez las personas con adicción sexual logran una mayor estabilidad y equilibrio en sus vidas, están más accesibles hacia los demás. Esta etapa se caracteriza por una mejora significativa en las relaciones sociales, así como una satisfacción general con la vida.

2.2.2.2 El programa de Delmonico et al. (2002) para la adicción al cibersexo.

Este programa, dentro de las propuestas cognitivo-conductuales, es el primero que aborda específicamente el tratamiento de la adicción al cibersexo. Esta propuesta parte de la premisa de que los tratamientos efectivos deben utilizar un enfoque multifacético que incluya diferentes modalidades (por ejemplo, terapia grupal, familiar, grupos de apoyo, terapia farmacológica, etc.) basados en varias aproximaciones teóricas (cognitivo-conductuales, psicodinámica, etc.). Además, estas intervenciones deben estar adaptadas a cada paciente teniendo en cuenta cómo es su comportamiento sexual *online*, cuáles son las conductas problemáticas y cuáles son los problemas subyacentes. Concretamente, destacan la importancia de trabajar las pérdidas no resueltas relacionadas con el cibersexo, la asertividad, las estrategias de afrontamiento, habilidades sociales, reducción del estrés, prevención de recaídas, etc.

Los objetivos de estas intervenciones seguirían la propuesta de Watzlawick et al. (1988) que recoge los conceptos de cambios de primer y segundo orden, adaptados al uso problemático de cibersexo (Carnes et al., 2007):

Cambios de primer orden

Estos cambios tienen como objetivo detener lo antes posible las conductas problemáticas y abordar o evitar algunas de las consecuencias. Dentro de estos cambios hay dos áreas fundamentales que se deben abordar:

-Reducir el acceso a internet con fines sexuales mediante diferentes acciones (ej.: cambiar el ordenador de ubicación, instalar un software que permita implantar restricciones, revelar el problema a una persona de confianza, etc.).

-Crear conciencia del problema, objetivo para el cual se pueden emplear algunas tareas como cumplimentar un cuestionario de adicción al cibersexo para que se identifique con los ítems que describen el problema, participar en grupos de apoyo, conocer el ciclo de adicción al cibersexo, hacer un listado de las consecuencias negativas experimentadas, etc.

Cambios de segundo orden

Los cambios y acciones correspondientes a este apartado persiguen el objetivo de lograr cambios más profundos y duraderos. Dentro de estos cambios nos encontramos los siguientes:

-Hacer frente al atractivo que esconde el cibersexo (identificar el círculo vicioso/ritualización de su uso particular de cibersexo, identificar qué factores lo hacen tan atractivo para él en concreto e

identificar un punto crítico que suele desencadenar estas conductas para poder reducir su frecuencia e intensidad);

-Identificar y abordar otros problemas psicológicos (ansiedad, depresión, otras adicciones, etc.).

-Abordar el impacto que ha tenido en la pareja y la familia (fortalecer la confianza, la comunicación, la comprensión y necesidades de cada miembro, etc.).

-Trabajar en la recuperación de las fuentes de apoyo social

-Abordar problemas colaterales (tratar problemas no resueltos que acompañan a esta adicción: duelos no resueltos, manejo del estrés y de las emociones, vergüenza, culpa, traumas infantiles, etc.)

-Promover una sexualidad saludable (recuperar una sexualidad placentera, ser capaz de establecer nuevos vínculos con otras personas, intimidad, etc.)

-Explorar la espiritualidad (potenciar la espiritualidad en el caso de que sea beneficioso para la recuperación, o promover metas intrínsecas que refuercen el alcance de estas metas).

Además de estos objetivos y las acciones para lograrlos, estos autores destacan algunos puntos importantes a tener en cuenta a la hora de conseguir y mantener los cambios alcanzados como la necesidad de trabajar sobre las distorsiones cognitivas, evitar el estrés y la privación sexual, entre otros (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

2.2.2.3 El manual de Skinner (2005) para la adicción a la pornografía

Este autor en su obra *“Treating pornography addiction”* dirigida a las personas que presentan adicción a la pornografía, expone paso por paso qué es necesario tener en cuenta para superar esta adicción. Según esta propuesta, para la recuperación del paciente debemos (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020):

1. Conocer lo que podríamos llamar factores predisponentes o precipitantes. Es decir, factores que pueden hacer que la persona tenga cierta vulnerabilidad a padecer esta adicción y/o a iniciar estos comportamientos. Entre estos factores se destaca la edad de inicio (sobre todo, la edad temprana), padres controladores o desinteresados, soledad y aislamiento social, modelos insanos o distorsionados de las relaciones interpersonales, normalización y facilidad del uso de pornografía, experiencias sexuales tempranas, etc.
2. Comprensión y evaluación de los niveles de adicción a la pornografía. Este apartado que también entrañaría parte de lo que conocemos como psicoeducación sobre el trastorno (criterios de adicción, consecuencias asociadas, desarrollo de la adicción, etc.)

3. Conocer los factores relacionados con la pornografía que la hacen potencialmente adictiva, así como el ciclo de la adicción para identificar cómo superar el problema.
4. Este cuarto paso se centra en la importancia que tienen los pensamientos en la adicción y cómo poder cambiarlos. Se trata de aprender a identificar los pensamientos distorsionados e intentar cambiarlos por otros que ayuden en el cambio.
5. Iniciar los pasos para cambiar, siguiendo el esquema de Prochaska y DiClemente (1984):
 - a. Precontemplación: en esta fase muchos de los pacientes no consideran su conducta como problemática. En alguna ocasión surgen pensamientos de cambio, pero suelen ignorarlos; hay una baja percepción del problema.
 - b. Contemplación: durante esta fase las personas se dan cuenta de que necesitan un cambio, aunque existe un debate interno sobre si quiere cambiar, si podría hacerlo, etc. En ocasiones, los factores que inclinan la balanza hacia el cambio son los sentimientos de miedo (por ejemplo, a perder el empleo, perder a la pareja, decepcionar a otros, etc.), el deber o la responsabilidad (a nivel familiar, religioso, etc.) y el amor.
 - c. Preparación: en esta fase es importante encontrar una definición sobre la sobriedad, definir los límites o las reglas del paciente, establecer metas a corto, medio y largo plazo, identificar los apoyos sociales y predecir y realizar un “simulacro de incendios” para saber qué hacer cuando se enfrentan a una situación de riesgo.
 - d. Acción: tomar conciencia del problema, aprender a identificar y regular las emociones, mejorar la autoimagen, identificar y cambiar los pensamientos y las fantasías sexuales.
 - e. Mantenimiento: para lograr mantener los cambios en el tiempo es necesario que la persona se dé cuenta de que, aunque en cierta medida estas conductas sigan siendo deseables o apetecibles, los costes son mucho mayores. Además, el ser consciente del crecimiento y desarrollo personal que ha aportado este tratamiento tan costoso puede ayudar a motivar al paciente a seguir con el cambio.
 - f. Prevención de recaídas: es importante tener en cuenta que, durante la fase de mantenimiento, aunque sea menos probable, puede haber alguna recaída. Estas recaídas suelen darse con mayor frecuencia en personas que tienen un número de relaciones muy limitado e incluso ninguna interacción social, tienen conflictos crónicos, experimentan o han experimentado experiencias vitales extremas o intensas, han abandonado el tratamiento prematuramente, no tienen una preparación adecuada o ignoran los problemas emocionales. Además de estrategias específicas

para estas situaciones en concreto, este autor también plantea la opción de escribir en un diario los diferentes pensamientos, impulsos y comportamientos para identificar y evitar las posibles recaídas.

2.2.2.4 El programa de Ballester (2006) para el tratamiento de la adicción al cibersexo

Este programa, el primero desarrollado en el contexto hispano, consta de un total de 16 sesiones de una hora de duración, y fue diseñado para su aplicación presencial e individual. Los módulos y técnicas empleados fueron los siguientes:

Módulo educativo

En esta sesión se aborda de forma explicativa lo que es la adicción al cibersexo (criterios diagnósticos, problema relativamente frecuente, etc.), los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores o mantenedores (explicación sobre qué factores pueden hacer que alguien desarrolle una adicción al cibersexo y que ésta se mantenga en el tiempo), y explicación del ciclo de la adicción (cómo se desarrolla una adicción al cibersexo).

Motivación para el tratamiento

La motivación es un factor fundamental para superar cualquier adicción. Por ello, el autor hace especial hincapié en este factor. Para trabajar sobre la motivación, en primera instancia, el autor propone realizar un balance decisional a través de un análisis de ventajas e inconvenientes que está suponiendo el uso de cibersexo. Otras estrategias propuestas en este punto tienen que ver con el acceso a páginas web de recursos sobre adicción al cibersexo, así como otras organizaciones de internet que investigan el uso de la red, con el objetivo de cuestionarse ciertos aspectos que resultan atractivos del uso de internet, como el anonimato, así como identificarse con ciertas características de casos similares. En esta sesión también se refuerza al paciente por enfrentarse e intentar poner solución a este problema y se establecen los objetivos de la terapia. El objetivo que propone este autor no es la abstinencia total del uso de internet ni obviamente del sexo, sino la abstinencia en la práctica del sexo a través de internet.

Autocontrol: Planificación ambiental

Esta técnica es útil para ayudar al paciente en el control del comportamiento y para debilitar las asociaciones entre el uso de internet y la excitación sexual que suelen darse en las personas con esta adicción. Teniendo en cuenta la información obtenida sobre las conductas del paciente a través de los autorregistros o de la propia evaluación, se aplican medidas adaptadas que permitan

dificultar la conexión a internet con fines sexuales. Como parte de estas propuestas dentro de la planificación ambiental el autor propone en primer lugar, medidas muy restrictivas como la evitación de la posibilidad de conectarse a internet desde su ordenador que, posteriormente se van suavizando llegando, por ejemplo, a un control solo del aspecto social de internet por parte de un coterapeuta.

Terapia familiar y/o de pareja

En estos casos es común que el problema haya interferido en la vida familiar, de pareja e incluso en otros grupos sociales. Por ello es importante contar con la posibilidad de intervenir en este ámbito. Este autor recomienda explicar a la familia el diagnóstico que presenta el paciente, ayudarles a desestigmatizar el problema y eliminar los posibles prejuicios que puedan existir sobre este tipo de adicción o el uso de internet con fines sexuales. También recomienda informar a los familiares sobre el tratamiento que se va a seguir, así como la necesidad de que tengan una actitud positiva y se impliquen en el tratamiento. También recomienda actuar sobre los conflictos o consecuencias que el cibersexo ha generado en la familia o en la pareja.

Contingencias del uso del cibersexo

El objetivo de este módulo es romper la asociación entre la actividad sexual *online* y el disfrute sexual. Para ello se emplean diferentes técnicas. Una de ellas es el contrato de contingencias, mediante el cual se establece un sistema de refuerzos diarios y semanales para reforzar la consecución de diferentes objetivos (ej.: estar un día sin usar internet con fines sexuales, una semana, etc.). Por otro lado, también se realiza el cambio de contingencias. Para ello, a lo largo del tratamiento se incluyen diferentes tareas en las que el objetivo es acceder a sitios web con contenido sexual sin masturbarse. Esto puede hacerse delante del terapeuta o con la ayuda de un coterapeuta. Además, también se incluye un efecto de saciación al realizar, en algunas ocasiones, sesiones prolongadas de visionado de material sexual *online* sin estimularse. Estas tareas también pueden ser realizadas en casa.

Discusión de pensamientos negativos

En este módulo se trabaja sobre el modelo ABC de Ellis, la identificación de errores cognitivos y los pasos para realizar la discusión cognitiva. El objetivo es trabajar sobre pensamientos negativos frecuentes entre las personas que presentan este tipo de adicción como pueden ser los pensamientos relacionados con la autoestima, la vergüenza y culpabilidad por padecer una adicción al cibersexo,

etc. En estas sesiones también se recomienda aplicar la discusión cognitiva con algún pensamiento negativo entre las sesiones (es decir, fuera de sesión).

Entrenamiento en técnicas de distracción

El uso de técnicas de distracción se emplea con el fin de que los pacientes aprendan a cambiar el foco atencional centrado en sus pensamientos intrusivos sobre el cibersexo. Algunas de las técnicas que recomiendan son centrarse en un objeto y describirlo detalladamente, realizar actividades absorbentes como cantar, leer, etc., ejercicios mentales como contar, nombrar ciudades, animales, etc., entre otras.

Entrenamiento en solución de problemas

Este módulo se centra en la técnica de solución de problemas desarrollada por D’Zurilla y Goldfried aplicada a la decisión de utilizar cibersexo. Se le explica al paciente y se le pide que practique esta técnica en casa ante cualquier duda de volver a realizar cibersexo u otros problemas que pueden estar generando estrés al paciente.

Autoverbalizaciones

Con el fin de continuar con el cambio de los pensamientos negativos se emplean las autoverbalizaciones. En esta tarea se pide al paciente que realice un listado de afirmaciones positivas muy breves, tanto generales como específicas. Además, se le pide que las revise de vez en cuando para intentar sustituir los pensamientos negativos por otros más adaptativos.

Planificación de actividades

Esta técnica consiste en preparar un listado de actividades alternativas que puedan mantener al paciente alejado del ordenador, sobre todo en los momentos en los que hay un mayor riesgo de conectarse. Con esta técnica se dota al paciente de otras herramientas con las que afrontar emociones negativas, así como ocupar el tiempo.

Desvanecimiento y retirada gradual del control de los estímulos

Una vez enseñadas las técnicas anteriores, una de las últimas tareas en las que se trabaja es el desvanecimiento de las restricciones impuestas en la planificación ambiental. Éste se caracteriza por ser progresivo y adaptado al paciente, además de seguir el control de los estímulos establecido previamente, llegando siempre a una última fase en la que no exista ningún tipo de control ni de restricción en el uso de internet.

Prevención de recaídas

Finalmente, se trabaja sobre la prevención de recaídas. Algunos de los aspectos que se tienen en cuenta son la anticipación sobre los deseos de conectarse a internet, ayudar a afrontar las recaídas o posibles recaídas (por ejemplo, saber aplicar algunas de las técnicas ya aprendidas cuando aparecen los deseos de conectarse a internet, ser capaz de detener la actividad sexual una vez ya se ha iniciado, etc.; emplear otras técnicas como una carta dirigida a sí mismo) y saber identificar los signos que indican un posible empeoramiento de la adicción.

A partir de este protocolo inicial, se desarrolló otro (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020), que es el empleado en la presente tesis.

2.2.2.5 El programa de Edwards et al. (2011) para la adicción al cibersexo

Otra propuesta de intervención es la de Edwards et al. (2011), basada en el Modelo de Salud Sexual de Robinson et al. (2002), que parte de la idea de que es la propia persona la que debe decidir qué conducta sexual es o no saludable. Por lo tanto, cuanto más información tenga y más positivas sean sus actitudes hacia la sexualidad, más adaptativa será esta decisión. Basándose en esta premisa, los autores agrupan en tres bloques los distintos componentes y objetivos del programa (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020):

1. Identificación del problema. Los objetivos de este bloque son conocer y examinar las conductas sexuales *online*, evaluar el nivel de compulsividad, explorar la historia sexual y el ciclo de actuación. Para ello, el paciente realizará tareas como la autoadministración de un cuestionario para obtener *feedback*, identificar los indicadores del uso problemático, analizar su historia sexual *offline* y *online*, así como la cronología de su problema, analizar los tipos de usuarios, registrar las actividades sexuales *online*, identificar desencadenantes, situaciones de riesgo, recompensas, etc.
2. Tratamiento básico. Una vez se han identificado los procesos subyacentes a la adicción, así como el ciclo adictivo, se empieza a trabajar con los principales componentes de la adicción. Dentro de este punto se encuentran algunos de los siguientes componentes (no siempre es necesario abordar todos): identificar y trabajar los sentimientos de culpa y vergüenza, la identidad de género y orientación sexual, mejorar el funcionamiento sexual y tratar las disfunciones sexuales, identificar las barreras para la salud sexual, trabajar las fantasías sexuales, masturbación, la sexualidad positiva, la espiritualidad y los valores (y cómo pueden influir en las creencias sexuales), etc.

3. Trabajo para completar el tratamiento. Finalmente, en esta última etapa se persigue el objetivo de estabilizar el crecimiento personal y el cambio hacia la salud sexual. Los componentes que se siguen trabajando en esta etapa tienen que ver con los autocuidados: centrarse en los beneficios para su vida y su salud sexual, cómo afrontar situaciones de alto riesgo, los errores de pensamiento y los desencadenantes emocionales, reflexionar sobre las conductas sexuales aceptables, las de riesgo o las que serían inaceptables, etc.

2.2.2.6 El programa de Becker (2015) para la adicción al sexo

Este programa de tratamiento, diseñado para tratar la adicción al sexo en general y no al cibersexo en particular, está basado en el programa de Carnes (1991, 1992, 2000, 2001), aunque se diferencian en algunos puntos importantes. El principal cambio es la reducción de los estadios o fases: mientras que el de Carnes cuenta con seis, el de Becker se redujo a cinco factores. Además, el tiempo de duración es menor, reduciendo los costes económicos y temporales.

Los cinco estadios o fases que componen este tratamiento son los siguientes (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020):

Estadio 1. Exponer el comportamiento adictivo, la negación y la vergüenza a la luz del día.

El objetivo principal de este estadio es que el paciente tome conciencia del problema y de cómo y por qué se ha generado esta adicción además de mantenerse, a pesar de experimentar consecuencias negativas. Entre los ejercicios que incluyen en el manual se trabaja el análisis de la historia sexual y familiar, con el propósito de identificar el origen de la adicción y reducir la vergüenza, identificar factores del entorno familiar que hayan podido interferir en el desarrollo de la adicción, exponer y poder hablar libremente sobre las relaciones sexuales e identificar los factores subyacentes que tienen un papel importante en la adicción al sexo.

Estadio 2. Dirigirse a los factores que atan a un adicto a la adicción sexual que padece.

Se trata de identificar y trabajar los factores que pueden dificultar la recuperación del paciente. Entre ellos se destacan los pensamientos y fantasías sexuales; identificar los componentes del ciclo de la adicción y cómo actúan entre ellos; identificar la relación entre los estados emocionales negativos y el sexo compulsivo e incorporar nuevas estrategias de regulación emocional; crear nuevos hábitos más saludables que ayuden al paciente a acabar con sus conductas sexuales indeseables, aislamiento social y soledad, relaciones de pareja disfuncionales, el uso de la pornografía; y explorar e identificar los desencadenantes del sexo compulsivo.

Estadio 3. Recuperación modificando la conducta.

En este punto se empieza a trabajar en la recuperación y en la modificación de las conductas sexuales disfuncionales. Para ello, algunas de las estrategias que se emplean son la abstinencia sexual temporal (para que el paciente pueda despejar su mente de todo estímulo sexual y llegue a ser más consciente de sí mismo y de sus comportamientos sexuales), establecer un compromiso para el cambio (contrato de contingencias), tomar conciencia de las situaciones de mayor riesgo y establecer ciertas señales de alarma para que el paciente pueda actuar de forma consciente, tomar conciencia del malestar que causa la adicción al sexo en comparación con el placer (realizar un balance decisional), seleccionar estrategias para evitar los impulsos, sobre todo en momentos de alto riesgo, abordar el miedo de abandonar la adicción (despedida).

Estadio 4. Vivir un estilo de vida saludable.

Una vez llegados a este punto, el objetivo es que el paciente se centre en mejorar diferentes aspectos de su vida que le ayuden a tener un mayor bienestar y disminuir la probabilidad de recaída. Entre las estrategias y objetivos de este apartado se encuentran evitar el aislamiento social, realizar conductas agradables que le ayuden a mejorar su estado de ánimo, perdonarse a sí mismo y a los demás (por ejemplo, confrontando emociones con familiares), reemplazar las conductas antiguas por otras nuevas más saludables, renunciar a las conductas sexuales problemáticas, desarrollar un sistema de apoyo familiar y social, comprometerse con una espiritualidad saludable, etc.

Estadio 5. Prevención de recaídas.

El objetivo de este último estadio es promover los cambios a largo plazo a través de un plan de prevención de recaídas robusto. En este sentido, se trata de saber identificar posibles impulsos futuros y cómo afrontarlos. Entre los ejercicios de este estadio se encuentran la toma de conciencia de los estados emocionales (ansiedad, soledad, depresión, etc.) que pueden desencadenar una recaída, participar en actividades *nutritivas* o positivas (meditación, ejercicio físico, planes con los hijos, etc.) y ser consciente de las actividades que pueden desencadenar una conducta indeseable (focalizarse en pensamientos obsesivos negativos, en la autocompasión, ver películas “x”, etc.), tener un listado de desencadenantes (uso excesivo de alcohol y drogas, ver pornografía, acudir a fiestas sexuales, etc.), acudir a un programa de doce pasos, buscar ayuda profesional si se necesita trabajar en otros aspectos, etc.

2.2.2.7 El programa de Weiss (2015, 2016) para la adicción al sexo

La propuesta de intervención de este autor se recopila en dos libros: uno más teórico, en el que se explican los conceptos relacionados con la adicción al sexo, el ciclo de la adicción, cómo superarla, etc.; y otro más práctico en el que se explican los diferentes ejercicios paso a paso que debe hacer una persona para superar esa adicción. Ambos libros son complementarios, aunque se aconseja acompañar su realización junto a algún especialista; ya sea un terapeuta, un mentor de los programas de 12 pasos, etc.

Respecto a la intervención, los 24 ejercicios que componen el manual de trabajo se dividen en cinco bloques que corresponderían a la estructura del programa (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

Bloque 1. Plan de sobriedad y toma de conciencia sobre el problema

Los cuatro ejercicios que componen este bloque tienen como objetivos tomar conciencia del problema, comprender el ciclo de la adicción, identificar los síntomas y aumentar la motivación a través de un compromiso propio de sobriedad. Entre los ejercicios que lo componen se encuentra la cumplimentación de un **cuestionario sobre la adicción sexual**; identificar los **síntomas y criterios de adicción** a través de ejercicios en los que hay que hacer un listado de aspectos relacionados con los criterios de adicción (por ejemplo, listado de preocupaciones/obsesiones sexuales, listado de intentos de dejar de realizar algunas conductas sexuales y su resultado, listado de consecuencias negativas, etc.); abordar otros síntomas característicos de la adicción como la **impotencia y falta de control** a través de las definiciones sobre estos conceptos que nos proporcionan las técnicas de los 12 pasos y realizando nuevamente un listado con ejemplos de su caso particular; creación de un **plan de sobriedad** personalizado de acuerdo a sus propias metas, límites y barreras. Estos límites pueden ser internos (comportamientos sexuales problemáticos específicos que se quieren suprimir), medios (en el que se incluyen las situaciones o señales que pueden suponer un riesgo) o externos (comportamientos y actividades saludables que acercan al paciente a sus metas y le alejan de la adicción).

Bloque 2. Entender los mecanismos de la adicción

En este bloque se exploran los mecanismos por los que se forma y mantiene una adicción a través de cinco ejercicios. En el primer ejercicio se trabaja la **negación** en sus diferentes formas (por ejemplo, culpa/externalización, derechos, justificación, minimización, racionalización, victimización, etc.). Las estrategias empleadas son exposición de ejemplos y/o explicaciones, la reflexión e identificación de sus propias estrategias de negación. En segundo lugar, se trabaja la

tolerancia y escalada del problema, mediante un ejercicio de reflexión donde el paciente aprende a identificar estas señales de adicción y cómo le hacen sentir. En tercer lugar, se abordan las posibles **adicciones secundarias**. Concretamente, este autor identifica dos tipos de adicciones a trabajar: las cruzadas (que aparecen cuando un paciente cambia de una adicción a otra) y las concurrentes (ocurren simultáneamente). Finalmente, se trabaja en la identificación de los **desencadenantes** de las conductas compulsivas. Estos desencadenantes pueden ser tanto internos (como las emociones) como externos (por ejemplo, situaciones, personas, etc.). Todos estos factores se trabajan con el paciente paso a paso para que, una vez identificados, comprendan como actúa el **ciclo de la adicción sexual**, que se compone de los siguientes componentes: desencadenantes, fantasías, ritualización, acción, distanciamiento emocional, arrepentimiento y malestar emocional.

Bloque 3. Prevención de recaídas

En este bloque se incluyen seis tareas/objetivos con el propósito de prevenir posibles recaídas. Entre estas herramientas encontramos el aprendizaje de **estrategias de escape** rápidas (por ejemplo, llamar a un amigo); escribir una lista de agradecimientos; recurrir a lo que los autores denominan como HALT (*Hungry, Angry/Anxious, Lonely, Tired*) o lo que es lo mismo, identificar las necesidad o los conflictos que se deben resolver en ese momento y que han generado la necesidad de conectarse; aplicar la regla de los tres segundos ante un desencadenante y humanizar el hecho, a la persona, etc., entre otras. Aprender a **manejar el estrés** a través de algunas estrategias como la meditación, el deporte, etc. también es un elemento fundamental a la hora de prevenir recaídas puesto que es uno de los principales desencadenantes. Otras estrategias que proponen estos autores son **redactar una carta** dirigida a un ser querido para evitar conectarse, diseñar un **plan de emergencia** o guardar en una **carpeta /caja e incluso en el teléfono móvil** todos los materiales del tratamiento para que sean accesibles en cualquier momento de riesgo.

Bloque 4. Aspectos subyacentes

Otro de los elementos clave en la recuperación y mantenimiento de los cambios es identificar y comprender todos los factores que han podido estar involucrados en este proceso. Estos autores recomiendan, en primer lugar, analizar, identificar y comprender su **historia sexual** (relaciones íntimas, acontecimientos críticos, otras adicciones, etc.); identificar los factores tanto **genéticos** (por ejemplo, parientes con alguna adicción) como **ambientales** (por ejemplo, haber sufrido un trauma) que pueden haber actuado como predisponentes o desencadenantes de la adicción; hacer especial hincapié si se ha sufrido algún **trauma**, sobre todo en la infancia, e intentar reducir el

malestar o el estrés que genera; trabajar los sentimientos de **culpa y vergüenza** (en este caso, el autor identifica la culpa como un sentimiento adaptativo que nos permite enmendar un error; mientras que la vergüenza nos hace sentirnos fracasados, malas personas, etc. ante un error lo que disminuye la capacidad de cambio), reconstruir el sentido del “yo” y **comprender las necesidades de dependencia**, específicamente las necesidades emocionales (por ejemplo, apoyo social) como algo necesario que hay que aprender a manejar y satisfacer de una forma saludable.

Bloque 5. Disfrutar de una vida sexualmente saludable

Para finalizar el tratamiento, los último cuatro ejercicios tienen como objetivo reconstruir una sexualidad placentera y saludable. Para ello, en primer lugar, debemos **definir y entender lo que es la sexualidad saludable** para uno mismo y trabajar en las dimensiones que componen la salud sexual (autocuidado, sensualidad, intimidad, placer físico y sexual, etc.) y **desarrollar empatía** teniendo en cuenta el daño que ha podido causar a otras personas. En este caso este autor propone la redacción de una carta estructurada para esa persona en la que pida disculpas, asuma su responsabilidad, plasme sus aprendizajes, etc. sin necesidad de compartirla con esa persona. En el caso de las personas que deseen establecer nuevas relaciones pueden desarrollar un **plan para iniciarse en las citas**, teniendo claras sus metas, sus límites, lo que sería una cita saludable, etc. Finalmente, el paciente debe darle sentido a su vida buscando nuevas metas, nuevas formas de disfrutar de la vida, de ocupar su tiempo, etc.

2.2.3 Eficacia de los Programas Cognitivo-Conductuales

Todas estas aproximaciones cognitivo-conductuales tienen muchos puntos en común y son la base de las intervenciones cognitivo-conductuales desarrolladas hasta la fecha. No obstante, es necesario analizar empíricamente su eficacia e idealmente, la eficacia de cada uno de los componentes, en población clínica (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

En este sentido, uno de los primeros estudios que han evaluado la eficacia de programas cognitivo-conductuales en personas con adicción al sexo o al cibersexo es el llevado a cabo por Carnes (2000). Este estudio, realizado con varones estadounidenses, reveló que durante el primer año no hubo mejoras significativas a nivel cuantitativo (medido a través de diferentes instrumentos). Incluso en algunos aspectos relacionados con el funcionamiento los datos eran peores; sin embargo, a nivel cualitativo algunos pacientes referían sentirse mejor. Durante el segundo y tercer año la mejoría ya empezó a ser notable en diferentes áreas: económica, capacidad para afrontar el estrés, espiritualidad, autoimagen, carrera profesional, relaciones sociales. Los pacientes percibían una mayor productividad, estabilidad y bienestar fruto del gran trabajo personal. Durante los siguientes años, la

mejora no solo se detectó en la sexualidad, siendo más saludable y satisfactoria, sino también en las relaciones interpersonales con la familia, amigos, etc. No obstante, estos autores detectaron que un 13% no pudo solucionar los conflictos con su familia debido al carácter abusivo de esta relación y al entorpecimiento que podría causar en la recuperación.

Otra investigación relevante es la desarrollada por Orzack et al. (2006) ya que es uno de los primeros estudios empíricos en personas con diagnóstico de adicción sexual a internet. En este estudio participaron un total de 35 hombres estadounidenses, subdivididos en cinco grupos, a los que se les aplicó un tratamiento psicoeducativo basado en terapia cognitivo-conductual, preparación para el cambio y entrevista motivacional con una duración de 16 semanas. Aunque los participantes mejoraron significativamente su calidad de vida y disminuyeron sus síntomas psicológicos, no mostraron mejoría en el comportamiento sexual en internet, por lo que no resultó efectivo para el tratamiento de los síntomas nucleares de esta patología.

Ballester (2006) evaluó la eficacia de su propuesta terapéutica en un adolescente que presentaba adicción al cibersexo. Tras su aplicación, el paciente disminuyó significativamente el tiempo que pasaba en páginas sexuales, así como en otros indicadores de adicción al sexo en internet. También se apreciaron mejoras en la sintomatología ansioso-depresiva, así como en la autoestima y otras variables subjetivas de malestar. Estos cambios se mantuvieron durante los seguimientos posteriores, llegando a mantenerse relativamente estables incluso un año tras la intervención. Sin embargo, se trataba de un diseño de caso único.

Hardy et al. (2010) por su parte, comprobaron la eficacia de un programa psicoeducativo *online*, basado en la terapia cognitivo-conductual en una muestra formada mayoritariamente por hombres americanos o europeos con hipersexualidad (tanto *online* como *offline*). Tras la intervención, los pacientes reportaron mejoras en diferentes áreas entre las que se destaca un decremento en el uso de pornografía y masturbación, mejora en las relaciones sociales, menos pensamientos obsesivos y mayor percepción de control, entre otros.

Sadiza et al. (2011) también realizaron un estudio para comprobar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual grupal de 12 sesiones en diez hombres de nacionalidad india con compulsividad sexual. Tras las doce sesiones, las conductas sexuales compulsivas decrecieron notablemente, al igual que los síntomas emocionales (depresión y ansiedad).

Posteriormente, el estudio de Pachankis, Hatzenbuehler et al. (2015) en el que emplearon un tratamiento transdiagnóstico cognitivo-conductual en 63 personas LGB que presentaban ansiedad, depresión y otros problemas de riesgo para su salud como la compulsividad sexual, resulta innovador

por varios motivos. Uno de ellos es que incluyen el estrés por pertenecer a una minoría sexual como un factor común en estas problemáticas. Además, a nivel metodológico es uno de los primeros estudios que incluye un grupo control-lista de espera, así como datos de seguimiento de hasta 3 meses después de la intervención. Los resultados de este estudio son prometedores, mostrando una disminución en la sintomatología depresiva y ansiosa, además de una disminución de las conductas problemáticas como los comportamientos sexuales compulsivos y la autoeficacia en el uso del preservativo, entre otras, con respecto al grupo control. Estos cambios se mantuvieron relativamente estables incluso 3 meses después de la intervención, aunque no hay evidencia de que estas personas cumplieran criterios de compulsividad sexual previa, siendo esta una de las grandes limitaciones de este estudio.

Minarcik (2016) también aplicó un tratamiento cognitivo-conductual individual de 12 sesiones a un total de 12 hombres, en su mayoría norteamericanos, que presentaban un uso problemático de pornografía. Los resultados de este estudio evidenciaban la eficacia de esta intervención en la reducción del consumo de pornografía. Además, en aquellos participantes que presentaban *craving* asociado a la pornografía, síntoma compatible con un diagnóstico de hipersexualidad, también se redujeron estos síntomas. Sin embargo, entre otras limitaciones, se trata de un estudio con una muestra reducida de pacientes, lo que supone una gran dificultad a la hora de poder generalizar los resultados.

Por otro lado, nos encontramos con los estudios de Hallberg y sus colaboradores quienes han publicado diferentes estudios de eficacia de tratamientos cognitivo-conductuales en personas con hipersexualidad, intentando abordar y subsanar diferentes limitaciones encontradas en estudios anteriores (por ejemplo, ausencia de grupos control, ausencia de medidas de seguimiento, etc.). Uno de los primeros estudios llevados a cabo por estos investigadores contaba con un total de 10 personas con hipersexualidad a las que se les aplicó un tratamiento grupal cognitivo-conductual presencial. Además, también se tuvo en cuenta la duración del tratamiento. Para ello, la muestra se subdividió en dos grupos: 6 personas realizaron el tratamiento en siete sesiones, mientras que los 4 restantes en diez sesiones. Los resultados de este estudio indicaron que el tratamiento resultó ser eficaz, con independencia de su duración, en la disminución de los síntomas de hipersexualidad que se mantenía 3 y 6 meses después de haber finalizado el tratamiento (Hallberg et al., 2017). Estos autores identificaron algunas limitaciones que quisieron subsanar en estudios posteriores. Por un lado, el tratamiento contenía componentes que no pertenecen a las propuestas cognitivo-conductuales como algunas técnicas de mindfulness; aunque en los últimos años esta técnica ha sido incorporada en multitud de programas de corte cognitivo-conductual. Otra

limitación es el número reducido de la muestra además de la carencia de un grupo control. Para subsanar algunas de estas limitaciones, posteriormente estos autores publicaron otro estudio en el que participaron 137 hombres diagnosticados de hipersexualidad (Hallberg et al., 2019). Estos participantes fueron distribuidos en dos grandes grupos: grupo control y grupo experimental que, posteriormente, se subdividieron en pequeños grupos (de 2 a 8 participantes) para completar las 7 sesiones de terapia grupal. Este tratamiento estaba formado por un total de 7 módulos basados en la terapia cognitivo-conductual. Los resultados indican una disminución de los síntomas de hipersexualidad, compulsividad sexual y una mejora en el bienestar psicológico en el grupo experimental con respecto al grupo control que se mantuvo relativamente estable pasados 3 y 6 meses tras la intervención, aunque la pérdida muestral en estos seguimientos fue bastante considerable. Finalmente, estos autores analizaron la eficacia de una intervención cognitivo-conductual grupal, pero esta vez administrada *online*. Para ello, aplicaron un tratamiento de 12 sesiones, en las que se trabajaban 10 módulos basados en la terapia cognitivo-conductual y en otro tipo de intervenciones como la entrevista motivacional o el mindfulness, a un grupo de 36 hombres. Los resultados obtenidos en este estudio también mostraban una disminución en los síntomas de hipersexualidad y compulsividad sexual, además de un ligero aumento en algunas medidas de bienestar, que se mantuvieron tras 3 meses postintervención (Hallberg et al., 2020).

Finalmente, el estudio más reciente es el que llevaron a cabo FirooziKhojastehfar y sus colaboradores (2021). Estos autores aplicaron un tratamiento cognitivo-conductual grupal de nueve sesiones a diez personas con compulsividad sexual y compararon los resultados del mismo con un grupo control (n=10). Los resultados obtenidos mostraron una reducción de los comportamientos hipersexuales (medidos a través del *Hypersexual Behavior Inventory*, Reid, Li et al., 2011) así como en los síntomas depresivos en el grupo experimental con respecto al grupo control. Estos cambios se mantuvieron relativamente estables tras 1 mes después de haber finalizado el tratamiento.

Todas estas investigaciones ofrecen resultados positivos sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de la adicción al sexo en internet. Además, también apoyarían el uso de tratamientos cognitivo-conductuales aplicados en diferentes formatos (grupal/individual, presencial/*online*, etc.). No obstante, debemos ser cautos a la hora de realizar estas afirmaciones ya que el limitado número de estudios existentes también presenta grandes limitaciones. Entre estas limitaciones nos encontramos la ausencia de aleatorización de los participantes y la falta de ensayos controlados, además del posible diagnóstico no adecuado de esta patología. Así, algunos estudios cuentan con participantes que simplemente consideran que su comportamiento sexual es abusivo, otros solo tienen en cuenta medidas subjetivas (por ejemplo,

autoinformes), mientras que otros solo emplean escalas validadas que solo podrían ofrecer una orientación diagnóstica. Todas estas limitaciones deben abordarse en futuras investigaciones para poder ofrecer intervenciones validadas a las personas con estas patologías.

2.2.4. Otros enfoques terapéuticos

Otros autores han abordado esta problemática desde otras perspectivas terapéuticas entre las que se encuentran las terapias humanistas, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitiva analítica y la terapia basada en mindfulness (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García, 2020).

2.2.4.1 Terapias humanistas

Dentro de las terapias humanistas, la entrevista motivacional ha sido una de las técnicas más empleadas en el tratamiento de las adicciones (Miller, 2015; Smedslund et al., 2011). Esta utilidad para el tratamiento de las adicciones puede ser debida a la característica fundamental de esta aproximación terapéutica que se basa en la alianza terapéutica como medio para fomentar el cambio en los pacientes (Hettema et al., 2005; Rogers, 1951). Teniendo en cuenta estas evidencias, algunos autores han empleado esta técnica en combinación con otras técnicas de intervención en el tratamiento de la adicción al sexo/cibersexo. Uno de los primeros estudios que encontramos al respecto es el llevado a cabo por Orzack et al (2006), ya comentado en el epígrafe de tratamientos cognitivo-conductuales. Estos investigadores aplicaron un tratamiento grupal que combinaba la entrevista motivacional con intervenciones cognitivo-conductuales y de preparación para el cambio a 35 hombres que realizaban un uso problemático de internet con fines sexuales. A pesar de lo prometedora que resultaba esta combinación, los resultados no fueron favorables en cuanto a la reducción de las conductas sexuales compulsivas, mientras que sí reportaron una mejora en la calidad de vida y en los síntomas depresivos. Por su parte, Shepherd (2010) también aplicó un tratamiento combinando técnicas cognitivo-conductuales con la entrevista motivacional a un hombre que presentaba adicción al sexo. Los resultados de este estudio mostraban una importante reducción en las conductas sexuales problemáticas del paciente tras aplicar la intervención, lo que apoyaría el uso de este tipo de intervenciones para esta patología. No obstante, las limitaciones de este estudio (caso único, medidas de autoinforme, entre otras) impiden la generalización de los hallazgos. Más recientemente, Bóthe, Baumgartner et al. (2021) evaluaron la eficacia de un tratamiento *online* autoaplicado basado en entrevistas motivacionales, terapia cognitivo-conductual, mindfulness, y técnicas de intervención socio-psicológicas. Para ello, un total de 264 hombres y mujeres que realizaban un uso problemático de pornografía fueron asignados aleatoriamente a las diferentes

condiciones experimentales: grupo intervención y grupo control-lista de espera. Tras la autoaplicación de este tratamiento, los pacientes del grupo intervención en comparación con los del grupo control experimentaron menores niveles de uso problemático de pornografía, menor frecuencia de uso de pornografía, menos *craving* y mayor evitación de la pornografía. Estos datos son prometedores. No obstante, en todos los estudios realizados hasta la fecha se utiliza la entrevista motivacional junto con otras estrategias (por ejemplo, las cognitivo-conductuales) por lo que es difícil establecer su utilidad por sí sola.

2.2.4.2 Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un tipo de terapia que tiene como objetivo aumentar la flexibilidad y la capacidad psicológica, entendida como vivir el momento presente de una forma plena y consciente, siendo consciente de las sensaciones, emociones, pensamientos, etc. y de cambiar o persistir en una conducta que sea acorde a los valores de la propia persona (Hayes et al., 2006). Este tipo de intervenciones se han empleado para el tratamiento de diferentes trastornos como la adicción al tabaco (nicotina) (Hernández-López, et al., 2009; McCallion, & Zvolensky, 2015), el abuso de otras sustancias (Lee et al., 2015); así como algunos trastornos del control de los impulsos como la tricotilomanía, entre otros (Lee et al., 2020; Twohig et al., 2006). En el caso de la adicción al sexo y, particularmente, a la pornografía, Twohig y Crosby (2010) plantearon una de las primeras propuestas de aplicación de este tipo de intervenciones. Esta propuesta terapéutica contaba con un total de ocho sesiones de una hora y media de duración. Su aplicación se realizó a un total de 6 hombres que realizaban un uso problemático de la pornografía. Los resultados mostraban un efecto positivo del tratamiento en la reducción del visionado de pornografía, que se mantuvo en los tres meses posteriores a su implementación, además de una mejora en la calidad de vida. A pesar de estos resultados prometedores, estos autores posteriormente modificaron su propuesta de tratamiento a un total de doce sesiones y lo aplicaron a 26 personas con un consumo de pornografía problemático. Además, en este estudio posterior los autores añadieron un grupo control (n=14 personas en el grupo experimental; n=13 personas en el grupo control). Los datos mostraban que el 93% de los participantes había reducido significativamente su consumo de pornografía en la evaluación posttest, mientras que el 54% había cesado por completo el visionado de pornografía. A los 3 meses, el 74% de los participantes mantenía una reducción del consumo de pornografía del 70%, mientras que el 35% mostraron un cese completo (Crosby & Twohig, 2016).

2.2.4.3. Terapia basada en Mindfulness

Tradicionalmente, las investigaciones centradas en analizar la eficacia de estas intervenciones en la práctica clínica se centraban en los programas basados en mindfulness para reducir el estrés y promover la salud mental (Gu et al., 2015; Kabat-Zinn, 1990). Sin embargo, durante los últimos años ha habido un aumento en el uso de este tipo de intervenciones en el tratamiento de adicciones, cuyos resultados son muy prometedores tanto en el tratamiento adicciones a sustancias como en las adicciones conductuales (Sancho et al., 2018; Wilson et al., 2017). El uso del mindfulness como herramienta en el tratamiento de las adicciones surge de la necesidad de abordar la regulación de las emociones, como factor mantenedor y de riesgo de las mismas, ante las carencias que plantean en este aspecto otro tipo de intervenciones, además del efecto beneficioso sobre procesos típicos de la adicción como el *craving* (Bowen et al. 2014, Fraumeni-McBride, 2019; Sancho et al., 2018). En el caso de las adicciones sexuales, uno de los primeros trabajos que analizaron la posible utilidad de este tipo de intervenciones en las adicciones sexuales fue el realizado por Reid, Bramen et al. (2014) en personas que buscaban tratamiento por problemas de hipersexualidad. Los hallazgos de este estudio destacan cómo el mindfulness puede ser un componente eficaz para el tratamiento de esta patología, ya que ayuda a atenuar los comportamientos sexuales problemáticos, mejora la regulación emocional y del estrés, así como la impulsividad. Uno de los escasos estudios clínicos realizados con el objetivo de evaluar la eficacia de estas intervenciones fue el llevado a cabo por Van Gordon et al. (2016). Estos autores emplearon dentro de las intervenciones de segunda generación basadas en mindfulness (SG-MBIs), la intervención denominada *Meditation Awareness Training* (MAT) para el tratamiento de un caso de adicción al sexo. Esta intervención en concreto, además de la atención plena, también incorpora prácticas de meditación budista más tradicionales. Esta intervención tuvo una duración de 10 sesiones semanales en las que se seguía la misma estructura: (1) Discusión con el terapeuta; (2) trabajar uno de los componentes (por ejemplo, psicoeducación, metas relacionadas con la reducción de conductas sexuales, metas en otros ámbitos de su vida, composición corporal y descomposición, terapia de exposición meditativa, meditación de la compasión y la bondad amorosa, meditación analítica, sexo en contexto, prevención de recaídas a través de la práctica continuada de meditación) y (3) meditación guiada. Estos autores observaron una mejora significativa de las conductas adictivas y de otros síntomas comórbidos, además de un mayor bienestar con otras áreas de su vida que se mantuvo durante los seis meses posteriores a la finalización del tratamiento. Más recientemente, Holas et al. (2021) realizaron un estudio con 13 sujetos con compulsividad sexual para examinar si el tratamiento de prevención de recaídas basado en atención plena (mindfulness-based relapse prevention; MBRP; Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005) podría ser efectivo para tratar esta patología. Este tratamiento, que se aplicó de forma presencial, combinaba

técnicas cognitivo-conductuales centradas en mejorar las habilidades de prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) con el entrenamiento en atención plena para la reducción del estrés (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Al finalizar el tratamiento, los participantes dedicaban significativamente menos tiempo al visionado de pornografía, además presentaban menos sintomatología obsesivo-compulsiva y ansioso-depresiva. Aunque el número de estudios sea muy limitado, los resultados sobre la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness son positivos.

2.2.4.4 Terapia Cognitiva Analítica (TCA)

La terapia Cognitiva Analítica (TCA) fue desarrollada con el objetivo de disponer de un tratamiento eficaz, breve, asequible y realista para diferentes problemas psicológicos. Estas terapias comparten técnicas procedentes de las terapias cognitivas y las psicoterapias psicodinámicas breves y tienen un carácter colaborativo en el que se involucra al paciente de forma activa con el objetivo de trabajar con el paciente para identificar los procedimientos que explican cómo se desarrolla y mantiene un problema concreto (Ryle & Kerr, 2020). Aunque la evidencia científica es todavía muy escasa, este tipo de intervenciones se emplean en el abordaje de algunos trastornos como los trastornos de personalidad, ansiedad, depresión, entre otros (Calvert & Kellet, 2014; Clarke et al., 2013; Martin et al., 2021; Ryle, 2004; Wakefield et al., 2021). En el caso de las adicciones sexuales, el único estudio conocido en el que se empleó esta terapia para su tratamiento es el realizado por Kellet et al. (2017) en un caso único diagnosticado de hipersexualidad. Tras 16 sesiones de tratamiento, el paciente mostró una interrupción total de algunas actividades sexuales como el consumo de pornografía o el *cruising*, la disminución de la compulsividad sexual, obsesiones sexuales y ansiedad, así como un aumento en la autoestima y las conexiones interpersonales, que seguían estables tras 9 semanas del tratamiento. Estos resultados son prometedores. Sin embargo, es necesario realizar más estudios con muestras mucho mayores para poder comprobar su eficacia en este tipo de pacientes.

En la tabla 5 se resumen los estudios empíricos diseñados para evaluar la eficacia de los distintos tratamientos comentados en las líneas anteriores.

Tabla 5. Estudios existentes sobre la eficacia de diferentes intervenciones para la adicción al sexo/cibersexo

	Tipo de intervención	País	Tipo de paciente	N	Tipo de intervención n	Número de sesiones	Seguimientos	Principales resultados
Intervenciones farmacológicas								
Kafka (1991)	ISRS+Antidepresivos	EEUU	AS (con y sin parafilia)	10 hombres	-	-	No	Mejora en los síntomas de adicción sexual y en la sintomatología depresiva
Kafka & Prentky (1992)	ISRS	EEUU	AS (con y sin parafilia)	n=7 hombres con AS/Sin parafilias n=9 hombres AS+Parafilias	-	-	No	Reducción de síntomas depresivos y sexuales en ambos grupos
Kafka (1994)	ISRS	EEUU	AS (con y sin parafilia)	n=13 hombres con AS/Sin parafilias n=11 hombres con AS+Parafilias	-	-	No	Reducción de conductas sexuales no convencionales, reducción del tiempo invertido en actividades sexuales en ambos grupos.
Kafka & Hennen, (2000)	ISRS	EEUU	AS (con y sin parafilia)	n=14 hombres con AS/Sin parafilias n=12 hombres con AS+Parafilias	-	-	No	Reducción de conductas sexuales no convencionales, reducción del tiempo invertido en actividades sexuales en ambos grupos. Mejora en los síntomas residuales de TDAH y en los síntomas depresivos
Coleman et al., (2000)	Antidepresivos	EEUU	Compulsividad Sexual	n=14 hombres	-	-	No	Estudio retrospectivo. Reducción de obsesiones y compulsiones sexuales.
Wainberg et al. (2006)	ISRS	EEUU	Compulsividad Sexual	n=13 hombres GE 15 hombres GC (placebo)	-	-	No	Disminución del deseo y del impulso sexual y de la frecuencia de masturbación y del visionado de pornografía. También se evidencian algunas mejoras en el GC (placebo).
Khazaal & Zullino (2006)	Antidepresivos	Suiza	Compulsividad sexual+Consum	n=Caso único (varón)	-	-	No	Reducción en los comportamientos sexuales compulsivos y <i>craving</i>

Raymond et al. (2010)	Antagonistas de opioides	EEUU	o de comida compulsiva Compulsividad Sexual	n=19 hombres	-	-	No	Estudio retrospectivo Reducción de los síntomas de compulsividad sexual
Gola & Potenza (2016)	ISRS+CBT	EEUU	Uso problemático de pornografía	n=3 hombres	-	-	3 meses tras la intervención	Reducción del uso de la pornografía y ansiedad. Nuevos comportamientos sexuales problemáticos tras 3 meses de seguimiento.
Kraus et al (2015)	Antagonistas de opioides+CBT	EEUU	Uso problemático de pornografía	n=Caso único (varón)	-	-	No	Reducción del uso de la pornografía
Yazdi et al. (2020)	Antagonistas de opioides	Austria	Adicción a la pornografía	n=Caso único (varón)	-	-	12 meses tras la intervención	Disminución de los síntomas de adicción, que se mantiene tras un año de supervisión
Intervenciones no farmacológicas								
Carnes (2000)	TCC	EEUU	Compulsividad sexual	n=190	Grupal y presencial	Sin especificar	No	Mejora en la sintomatología sexual y en otras áreas tras 5 años
Ballester (2006)	TCC	España	Uso problemático de cibersexo	n=caso único (adolescente)	Individual y presencial	16	2, 6 y 12 meses tras la intervención	Mejora en los síntomas de adicción Mejora en otras áreas clínicas. Estos cambios se mantuvieron incluso 1 año tras el tratamiento
Orzack et al. (2006)	TCC+EM+PC	EEUU	Uso problemático de cibersexo	n=35 hombres	Grupal (5 subgrupos) y presencial	16	No	Aumento de la calidad de vida; mejora en los síntomas depresivos. No hubo cambios en el consumo de cibersexo
Hardy et al. (2010)	TCC	EEUU	Uso problemático de pornografía y masturbación compulsiva	n=138 (97% hombres)	Individual y <i>online</i>	10	No	Disminución del uso de pornografía y la masturbación, mejora en las relaciones, pensamientos obsesivos, entre otras áreas.
Twohig & Crosby (2010)	ACT	EEUU	Consumo problemático de pornografía	n=6 hombres	Individual y presencial	8	3 meses tras la intervención	Reducción del consumo de pornografía y mejora en la calidad de vida.

Shepherd (2010)	TCC +EM	Reino Unido	Adicción al sexo	n=Caso único (varón)	Individual y presencial	6	2 meses tras la intervención	Mantenimiento de los cambios tras 3 meses. Reducción en las conductas sexuales problemáticas Mantenimiento de los cambios tras 2 meses.
Wright (2010)	GA	EEUU	Compulsividad sexual	n=97 hombres	Grupal y presencial	Sin especificar	No	Mejora general en la sintomatología clínica
Sadiza et al. (2011)	TCC	India	Compulsividad sexual	n=10 hombres	Grupal	12	No	Disminución de la conducta sexual compulsiva y de los síntomas de ansiedad y depresión
Pachankis, Hatzenbuehler, et al. (2015)	TCC	EEUU	Compulsividad sexual y otros problemas psicológicos	n=32 hombres GE n=31 hombres GC	Grupal y <i>online</i>	10	3 meses tras la intervención	Disminución de los comportamientos sexuales compulsivos en comparación con el GC. Mejora en sintomatología depresiva, ansiosa y otras conductas problemáticas en comparación con el GC. Mantenimiento de los cambios tras 3 meses.
Crosby & Twohig (2016)	ACT	EEUU	Consumo problemático de pornografía	n=14 hombres GE n=13 hombres GC	Individual y presencial	12	3 meses tras la intervención	Disminución en el GE del tiempo invertido en estas actividades que se mantuvo en el tiempo. Mejora en la calidad de vida, decremento en la compulsividad sexual. Mantenimiento de los cambios tras 3 meses
Minarcik (2016)	TCC	EEUU	Adicción a la pornografía	n=12 hombres	Individual y presencial	12	No	Reducción significativa del consumo de pornografía
Van Gordon et al. (2016)	Mindfulness	Reino Unido	Adicción al sexo	n=Caso único (varón)	Individual y presencial	10	6 meses tras la intervención	Mejora en el comportamiento sexual adictivo, depresión y malestar. Mejoras en otras áreas de la vida diaria. Mantenimiento de los cambios tras 6 meses

Hallberg et al. (2017)	TCC+Mindfulness	Suecia	Hipersexualidad	n=10 hombres (2 subgrupos)	Grupal y presencial	7 y 10 sesiones	3 y 6 meses tras la intervención	Disminución de los síntomas de hipersexualidad Mantenimiento de los cambios tras 3 y 6 meses.
Kellet et al. (2017)	TCA	Reino Unido	Hipersexualidad	n=Caso único (varón)	Individual y presencial	16	9 semanas tras la intervención	Reducción a cero en el consumo de pornografía y cruising. Reducción en la frecuencia de masturbación. Reducción de obsesiones sexuales, ansiedad y mejora en otras áreas. Mantenimiento de los cambios tras 9 semanas.
Efrati & Gola (2018b)	GA	Israel	Compulsividad sexual	n=97 (98% hombres)	Grupal y presencial	Sin especificar	No	Mejora en la sintomatología clínica sobre todo en pacientes con gran adherencia
Hallberg et al. (2019)	TCC	Suecia	Hipersexualidad	n=70 hombres GE n=67 hombres GC (división en pequeños subgrupos)	Grupal y presencial	7	3 y 6 meses tras la intervención	Decremento en los síntomas de hipersexualidad y compulsividad en el GE con respecto al GC. Mejora en síntomas psiquiátricos en el GE. Mantenimiento de los cambios tras 3 y 6 meses.
Hallberg et al. (2020)	TCC+EM+Mindfulness	Suecia	Hipersexualidad con y sin parafilia	n=36 hombres	Grupal y <i>online</i>	12	3 meses tras la intervención	Disminución en los síntomas de hipersexualidad y compulsividad sexual, además de un ligero aumento en algunas medidas de bienestar Mantenimiento de los cambios tras 3 meses.
Yamamoto (2020)	GA+Psicoterapia individual	Reino Unido	Hipersexualidad	n=4 hombres	12 pasos grupal; psicoterapia individual y presencial	Sin especificar	No	Eficacia de ambas intervenciones
Bóthe, Baumgartner et al. (2021)	TCC+Mindfulness+Intervención Socio-psicológica	Canadá	Uso problemático de pornografía	n=123 GE n=141 GC (96.2% hombres)	Autoaplicado y <i>online</i>	6 módulos (45-60 min)	6 semanas tras la intervención	Menores niveles de uso problemático de pornografía, menor frecuencia de uso de pornografía, menos craving y mayor evitación de la pornografía en el GE con respecto al GC

Holas et al. (2021)	TCC+Mindfulness	Polonia	Compulsividad sexual	n=13 hombres	Grupal y presencial	8	No	Mantenimiento de los cambios tras 6 semanas. Decremento en el tiempo invertido en el consumo problemático de pornografía, decremento en los síntomas de ansiedad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo
FirooziKhojastehfar et al. (2021)	TCC	Iran	Compulsividad sexual	n=10 hombres GE n=10 hombres GC	Grupal (no ofrecen más información sobre su formato)	9	Si, al mes tras la intervención	Mejora en los síntomas de hipersexualidad en el GE con respecto al GC Mejora en los síntomas depresivos en el GE con respecto al GC

ISRS=Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; AS=Adicción al sexo; GA=Grupos de Autoayuda; TCC=Tratamiento Cognitivo-Conductual; EM=Entrevista Motivacional; PC=Preparación para el Cambio; ACT=Terapia de Aceptación y Compromiso; TCA=Terapia Cognitiva Analítica; GE=Grupo Experimental; GC=Grupo Control

3. Resumen

Como observamos en este capítulo, hoy en día contamos con diferentes propuestas de intervención para abordar esta patología, desarrolladas en su mayoría durante las últimas dos décadas. A pesar del gran número de propuestas de intervención, todavía nos encontramos con grandes limitaciones a la hora de confirmar su eficacia en el tratamiento específicamente de la adicción al cibersexo. En efecto, muchas de las propuestas descritas anteriormente están diseñadas para el tratamiento de la adicción al sexo en general y muy pocas se dirigen específicamente a la adicción al cibersexo. Además, de las escasas propuestas diseñadas específicamente para el abordaje de la adicción al cibersexo, pocas de ellas cuentan con datos empíricos sobre su eficacia.

Por otra parte, las propuestas que sí ofrecen datos empíricos sobre su eficacia, también presentan grandes limitaciones que deben ser subsanadas. A nivel clínico, la ausencia de consenso en los criterios diagnósticos marca una importante limitación en el abordaje de esta patología. Algunos de los estudios cuentan con participantes que simplemente buscaban ayuda terapéutica ya que consideraban que tenían un problema con el sexo; otros evalúan la adicción a través de medidas muy pobres que no reflejan la realidad de la adicción (por ejemplo, tiempo invertido en las actividades sexuales, puntuaciones obtenidas a través de una escala, etc.); mientras que en otros estudios se incluyen a personas con un rango muy diverso de conductas adictivas. A nivel metodológico, una de las limitaciones más destacables tiene que ver con los tamaños muestrales de los estudios (algunos de ellos se basan incluso en casos únicos) y con la ausencia de grupos controles, además de la escasez de investigaciones que incluyen seguimientos tras aplicar la intervención.

Todas estas limitaciones pretender ser subsanadas en el presente estudio para poder ofrecer datos empíricos sobre la eficacia de un programa estructurado de intervención cognitivo-conductual *online* para personas con adicción al cibersexo.

III. ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 5. Objetivos e hipótesis

Esta tesis doctoral persigue cuatro objetivos generales que se concretan en doce objetivos específicos de los que a su vez se derivan veintinueve hipótesis. Todos ellos aparecen detallados a continuación.

Objetivo general 1. Analizar el perfil sociodemográfico, sexual y clínico de las personas que presentan un perfil problemático de consumo de cibersexo.

Objetivo específico 1. Analizar el perfil sociodemográfico, sexual y clínico general (variables sociodemográficas, conductas sexuales *offline*, conductas sexuales *online* [prácticas y motivaciones], consumo problemático de internet, síntomas afectivos, autoestima, búsqueda de sensaciones sexuales, impulsividad, dificultades en la regulación emocional y comorbilidades) de las personas que presentan un perfil problemático de consumo de cibersexo.

Hipótesis 1. Las personas con un consumo problemático de cibersexo serán, en su mayoría, hombres, de mediana edad y con un nivel académico y socioeconómico medio-alto. En cuanto a las creencias religiosas, no encontraremos un mayor número de creyentes con adicción al cibersexo.

Hipótesis 2. El consumo problemático de cibersexo será más frecuente en personas no heterosexuales, solteras, con una alta frecuencia y variedad de conductas sexuales.

Hipótesis 3. Un porcentaje considerable de personas habrá experimentado algún tipo de abuso sexual en la infancia o adolescencia.

Hipótesis 4. Encontraremos una alta prevalencia de otro tipo de adicciones (incluida la adicción a internet), problemas en la regulación emocional, baja autoestima síntomas de depresión y ansiedad en las personas que presentan un perfil de riesgo/adicción al cibersexo.

Hipótesis 5. Las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo, presentarán una elevada prevalencia de problemas comórbidos como el trastorno adaptativo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y otros relacionados con el control de los impulsos (trastorno explosivo intermitente, trastornos de la conducta y trastorno negativista desafiante).

Objetivo específico 2. Analizar el perfil clínico específico en las variables relacionadas con la sexualidad (comportamientos sexuales *online* y *offline* problemáticos y variables asociadas como el grado de control, malestar, tiempo invertido, porcentaje de sexualidad que representa y número de orgasmos alcanzados a la semana), variables relacionadas con el control de los impulsos sexuales *offline* y *online*, criterios diagnósticos de adicción a cibersexo y percepción subjetiva

sobre la severidad del consumo de internet con fines sexuales, en un grupo de personas que presenta un perfil problemático de consumo de cibersexo.

Hipótesis 6. Se espera que las personas que presenten este perfil presenten dificultades en el control de los impulsos sexuales, sobre todo en los impulsos sexuales *online*.

Hipótesis 7. El grado de control subjetivo o percibido en las conductas sexuales *online* será muy bajo, mientras que el malestar y la percepción subjetiva de la severidad del consumo de internet con fines sexuales será muy elevada en este grupo de personas.

Objetivo general 2. Analizar la eficacia de un programa de tratamiento estructurado cognitivo-conductual *online* para la adicción al cibersexo.

Objetivo específico 3. Analizar el impacto del tratamiento en la severidad del consumo de cibersexo en una muestra de pacientes que finalizaron el tratamiento (GE) en diferentes momentos temporales: una semana tras finalizar el tratamiento y tras 1, 3, 6 y 12 meses de la finalización del mismo.

Hipótesis 8. En base a estudios previos, esperamos que al menos un 70% de las personas del GE dejarán de cumplir con los criterios diagnósticos de adicción al cibersexo. Esta disminución también se apreciará en otras variables como la disminución del tiempo invertido o el malestar asociado, así como el aumento en la percepción de control.

Hipótesis 9. Los cambios producidos en el consumo de cibersexo tras la intervención se mantendrán estables pasados 1, 3, 6 e incluso 12 meses.

Objetivo específico 4. Analizar el impacto del tratamiento en las variables sexuales generales y su severidad en estos mismos pacientes (GE) en diferentes momentos temporales: una semana tras finalizar el tratamiento y tras 1, 3, 6 y 12 meses de la finalización del mismo.

Hipótesis 10. Tras la intervención, las personas del GE presentarán menores niveles de hipersexualidad, siendo su comportamiento sexual *offline* no problemático. Además, tendrán un mayor grado de control y menor malestar con estas actividades, que pasarán a ocupar un porcentaje mayor de su actividad sexual total en comparación con otros comportamientos sexuales más problemáticos

Hipótesis 11. Los cambios producidos en la sexualidad fuera de internet tras la intervención se mantendrán estables pasados 1, 3, 6 e incluso 12 meses.

Objetivo específico 5. Analizar el impacto del tratamiento en las variables clínicas no sexuales en estos mismos pacientes (GE) en diferentes momentos temporales: una semana tras finalizar el tratamiento y tras 1, 3, 6 y 12 meses de la finalización del mismo.

Hipótesis 12. Tras la intervención, las personas del GE presentarán menores niveles de adicción a internet, menos síntomas de depresión y ansiedad (sobre todo ansiedad estado), menos impulsividad, menos dificultades en la regulación emocional y mayor autoestima.

Hipótesis 13. Estos cambios en la sintomatología comórbida se mantendrán estables pasados 1, 3, 6 e incluso 12 meses.

Objetivo específico 6. Explorar la valoración subjetiva del programa de tratamiento y del cambio experimentado.

Hipótesis 14. En general, las personas que pasaron por el tratamiento valorarán de forma positiva el programa de tratamiento, así como su aplicación *online*.

Hipótesis 15. Los cambios experimentados en la sintomatología adictiva también serán valorados positivamente por parte de los pacientes tanto en el postratamiento como a lo largo de todos los seguimientos.

Objetivo específico 7. Explorar qué variables son predictoras de una mayor eficacia del programa de tratamiento (perfil sociodemográfico, perfil sexual *offline* y *online* clínico y no clínico, perfil clínico no sexual), medida a través del cambio en las puntuaciones de adicción a cibersexo y en el cambio en la presencia de los síntomas clínicos.

Hipótesis 16. Ninguna de las variables sociodemográficas exploradas estará relacionada con el cambio en la sintomatología clínica tras la intervención, por lo que no encontraremos un perfil de paciente que no pueda beneficiarse del tratamiento.

Hipótesis 17. Con respecto a la sexualidad *offline*, esperamos que las personas que tengan una frecuencia sexual moderada, que mantenga actividades sexuales tanto en solitario como en pareja y no presenten preferencias sexuales parafílicas tenga una mejora más notable con la aplicación del programa en la adicción al cibersexo.

Hipótesis 18. Una alta puntuación previa al tratamiento en las puntuaciones clínicas que indican adicción al sexo/hipersexualidad y alta búsqueda de sensaciones sexuales estará relacionada con un mayor cambio en la sintomatología clínica de la adicción al cibersexo.

Hipótesis 19. Una mayor percepción de gravedad y compulsividad sexual *online* previa, estará relacionada con un mayor cambio en las medidas de adicción. Por el contrario, el tipo de actividades sexuales *online* concretas realizadas por los pacientes no estarán relacionadas con este cambio.

Hipótesis 20. A nivel de proceso terapéutico, factores como una buena adherencia (medida a través del tiempo de duración del tratamiento y de la valoración del terapeuta) y haber recibido apoyo social durante el tratamiento se relacionarán positivamente con el cambio en las medidas de adicción. Sin embargo, el haber trabajado otros constructos durante las últimas sesiones se relacionará de forma negativa con este cambio.

Hipótesis 21. La presencia de sintomatología comórbida previa al tratamiento, sobre todo los trastornos afectivos, el TOC y el TDAH, se relacionará con un cambio menor en la sintomatología clínica

Objetivo general 3. Comparar el estado clínico de un grupo control con el de un grupo experimental antes de iniciar el tratamiento y tres meses después [GC sin haber recibido ninguna intervención y GE tras haber finalizado el tratamiento].

Objetivo específico 8. Analizar el impacto del tratamiento en las variables clínicas sexuales *online* y *offline* en una muestra de pacientes que finalizaron el tratamiento frente a un grupo de personas que componen el grupo control.

Hipótesis 22. Las diferencias entre el GC y el GE en la presencia y gravedad del cuadro clínico de adicción al cibersexo serán significativas una vez finalizado el mismo, siendo las personas del grupo experimental quienes presenten menor prevalencia y gravedad.

Hipótesis 23. Las personas del GE presentarán más conductas sexuales *offline* saludables (en lo que respecta a su frecuencia, grado de control y malestar asociado) y menos conductas sexuales no saludables tras el tratamiento en comparación con las personas del GC.

Objetivo específico 9. Analizar el impacto del tratamiento en las variables clínicas no sexuales (Adicción a internet, ansiedad y depresión) en el GE en comparación con un grupo control.

Hipótesis 24. Tras la intervención, las personas del GE presentarán menos síntomas depresivos y ansiosos y menor adicción a internet que las personas del GC tras haber estado tres meses sin recibir tratamiento.

Objetivo general 4. Analizar la tasa de abandono del programa de tratamiento y el perfil y factores asociados a este abandono.

Objetivo específico 10. Establecer la tasa de abandono durante la aplicación del programa de tratamiento.

Hipótesis 25. La tasa de abandono durante la aplicación del programa de tratamiento será del 30% aproximadamente.

Objetivo específico 11. Analizar las diferencias en el perfil sociodemográfico, perfil sexual *offline* y *online* clínico y no clínico y perfil clínico no sexual entre las personas que continuaron el tratamiento y las que lo abandonaron.

Hipótesis 26. No encontraremos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en lo que respecta a variables sociodemográficas, variables sexuales generales como la frecuencia sexual *offline*, la presencia de parafilias (no clínicas), la realización de ASO (Actividades Sexuales *Online*) y las motivaciones relacionadas con estas conductas.

Hipótesis 27. A nivel clínico sexual, las personas de ambos grupos presentarán una gravedad similar del consumo problemático de cibersexo. No obstante, la percepción de interferencia, gravedad y afectación en diferentes áreas será mayor en las personas que continuaron con el tratamiento que en las que lo abandonaron.

Hipótesis 28. En cuanto a otros problemas comórbidos, esperamos que las personas que abandonaron el tratamiento presenten mayor sintomatología ansioso-depresiva y más problemas de impulsividad, así como una mayor prevalencia de otros trastornos como el adaptativo, depresivo mayor, trastornos del control de los impulsos, TDAH y TOC.

Objetivo específico 12. Identificar los factores predictores del abandono.

Hipótesis 29. La baja percepción del problema y su interferencia, la presencia de mayor sintomatología y trastornos comórbidos, la baja adherencia, y tener un curso episódico de adicción predecirán el abandono del programa de tratamiento.

Capítulo 6. Método

1. Diseño del estudio

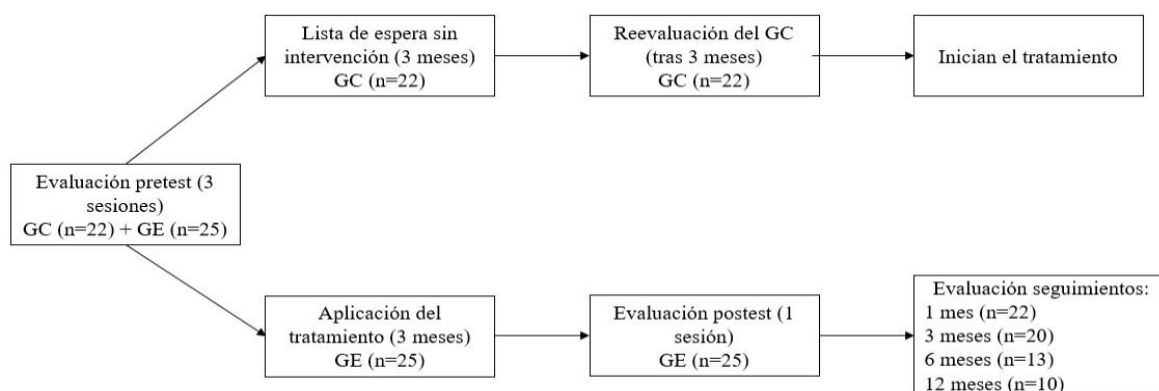
Con el propósito de otorgar al estudio una buena validez, se realizó un ensayo clínico controlado y aleatorizado. En este ensayo se incluyeron un total de 6 momentos de evaluación: el pretest (evaluación inicial), el postest (GE) (tras la intervención) y cuatro seguimientos (1, 3, 6 y 12 meses tras finalizar la intervención). Para realizar esta investigación, contamos con dos condiciones experimentales: un grupo experimental (GE) que recibió el programa de tratamiento y un grupo control-lista de espera (GC) que no recibió ningún tipo de intervención. Las personas fueron distribuidas de forma aleatoria a estos grupos. Todas ellas pasaron por una primera evaluación (que incluía los instrumentos que componen la evaluación pretest [Pretest: primera sesión; Pretest: segunda sesión] además de la entrevista CISEX versión extendida (Anexo 1) [ver apartado de instrumentos]) en el momento en el que solicitaron ayuda. Una vez evaluadas, las personas que pertenecían al grupo control entraban en la lista de espera para recibir tratamiento (periodo de tiempo de una duración de tres meses en el transcurso de los cuales no recibían ningún tipo de intervención). Una vez finalizados estos tres meses, volvían a ser evaluados con una batería que recoge las variables más relevantes que ya fueron incluidas en la evaluación pretest (batería *reevaluación del grupo control [tras tres meses]*) (ver apartado de instrumentos); además completaban la entrevista diagnóstica CISEX en su versión abreviada (Anexo 2). Esta evaluación se realizaba durante una única sesión y, si todavía presentaban un perfil de riesgo o de adicción, se les proponía iniciar el tratamiento.

Por su parte, las personas del grupo experimental, una semana después de haber finalizado la evaluación pretest iniciaban el tratamiento cuya duración es de tres meses. Al finalizar el tratamiento eran evaluados nuevamente en una única sesión de evaluación, mediante la batería de evaluación correspondiente al postest (ver apartado de instrumentos) y la entrevista diagnóstica CISEX en su formato abreviado (Anexo 2). Esta misma batería fue empleada para la evaluación de los seguimientos. Los seguimientos tenían lugar al mes y a los 3, 6 y 12 meses tras haber finalizado el tratamiento y la evaluación correspondiente, idéntica a la realizada en el postest, se realizaba durante una única sesión (ver figura 5).

El tratamiento y las evaluaciones eran completamente gratuitas y ninguna de las personas que participaron en el proceso pagó ni recibió compensación económica alguna. Como criterios de inclusión en el programa de tratamiento la persona debía ser mayor de edad, de habla hispana, no estar siendo tratada por el problema de adicción al cibersexo por ningún otro profesional ni

tener un diagnóstico clínico que pudiera explicar mejor la adicción (trastorno bipolar, esquizofrenia, consumo de cibersexo asociado al uso y abuso de sustancias, etc.). Además, debía presentar un perfil de riesgo o de adicción medido a través del ISST y cumplir con al menos la mayoría de los síntomas clínicos sugeridos por autores como Carnes (Carnes, 1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014), Goodman (1992; 1998) y Kafka (2010; 2013), y en la propia CIE-11 (WHO, 2018).

Figura 5
Esquema del diseño del estudio



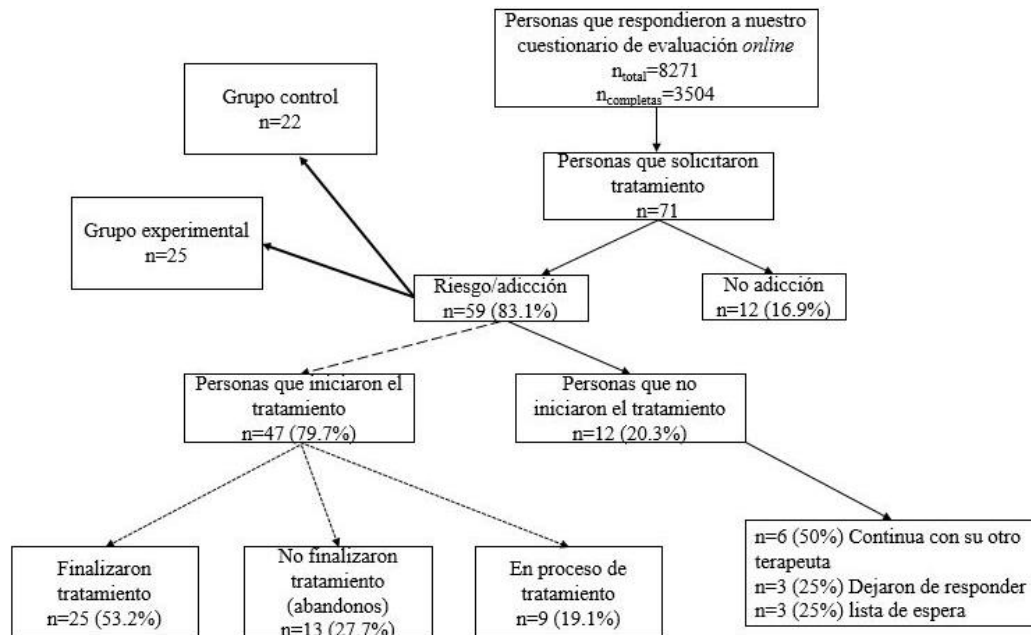
2. Participantes

2.1 Participantes que solicitaron tratamiento

La muestra inicial está formada por 71 participantes (4 mujeres y 67 hombres) con edades comprendidas entre los 22 y los 67 años ($M=36.07$; $DT=9.37$). Todos ellos solicitaron tratamiento por un posible problema con el uso de cibersexo y forman parte de las 8271 respuestas (3504 completas) que accedieron a nuestro enlace de evaluación gratuito (<https://adiccionalsexouji.es>), creado en un proyecto de investigación anterior en el que realizamos un estudio de prevalencia de la adicción al cibersexo a nivel nacional (Figura 6). Estos 71 participantes completaron todo el proceso de evaluación inicial que comprende un total de tres sesiones e incluye dos baterías de evaluación (Pretest-primera sesión y pretest-segunda sesión), explicadas posteriormente.

Figura 6

Diagrama de flujo de los participantes desde la evaluación inicial hasta los que finalizan el programa de tratamiento



En la tabla 6 se detallan algunas de las características sociodemográficas de este grupo. Como podemos observar, la mayoría de las personas que solicitaron tratamiento dispone de estudios superiores, siendo más frecuentes los títulos de licenciatura o grado (28.2%), los estudios de máster o doctorado (23.9%) y la formación profesional (21.1%). Además, en el momento de la evaluación, la mayoría de los evaluados (74.6%) se encontraba en activo a nivel laboral. En lo que respecta a las creencias religiosas, un 14.1% se identificaba como creyente practicante, un 32.4% lo hacía como creyente no practicante, mientras que poco más de la mitad (53.5%) se identificaba como ateo/agnóstico en el momento de la evaluación. Otro aspecto relevante es la nacionalidad y/o el lugar de residencia de los participantes. En los análisis descriptivos escogimos el lugar de residencia dada la relevancia que pueden tener los aspectos socioculturales en la vivencia de la sexualidad. En este sentido, la mayoría de los participantes (69%) residía en España en el momento de la evaluación, mientras que otro porcentaje importante (28.2%) ubicaba su residencia en algún país de América Latina. Cabe destacar que las únicas personas que residían en otros países europeos tenían nacionalidad española, mientras que tanto las personas residentes en países latinoamericanos como en España residían en su país de origen.

En lo que se refiere a algunos aspectos relacionados con la sexualidad en general (Tabla 6), observamos que el 69% se considera heterosexual, siendo esta la orientación sexual mayoritaria. Además, el 73.3% del total tenía pareja estable en el momento de la evaluación. En cuanto a la frecuencia sexual, aproximadamente la mitad de los evaluados mantenía relaciones sexuales a diario

(28.2%) o más de una vez al día (23.9%), seguido de un 22.5% que mantenía una frecuencia sexual algo inferior (entre 3 y 7 veces por semana). El resto de personas refería una frecuencia sexual de entre tres veces por semana y 2/3 veces al mes. Finalmente, también exploramos la experiencia de abuso siendo su prevalencia de 19.7% en esta muestra.

Tabla 6. Datos sociodemográficos de las personas que solicitaron tratamiento

	MT (n=71)
Género	
Hombre	94.4% (n=67)
Mujer	5.6% (n=4)
No binario	0% (n=0)
Edad (rango entre 22 y 67 años)	$M=36.07$ ($DT=9.37$)
Nivel de estudios alcanzado	
Sin estudios	0% (n=0)
Estudios primarios	0% (n=0)
Estudios secundarios	12.7% (n=9)
Formación profesional	21.1% (n=15)
Diplomatura	14.1% (n=10)
Licenciatura/Grado	28.2% (n=20)
Máster o doctorado	23.9% (n=17)
Creencias religiosas	
Creyente no practicante	32.4% (n=23)
Creyente practicante	14.1% (n=10)
Ateo/agnóstico	53.5% (n=38)
Situación laboral	
Estudiante	11.3% (n=8)
Ocupado	74.6% (n=53)
Desempleado	11.3% (n=8)
Inactivo	2.8% (n=2)
País de residencia	
España	69% (n=49)
Países de Latinoamérica (Perú, Argentina, etc.)	28.2% (n=20)
Otros países europeos (Alemania, Suiza)	2.8% (n=2)
Orientación sexual	
Heterosexual	69% (n=49)
Bisexual	19.7% (n=14)
Homosexual	11.3% (n=8)
Otras orientaciones	0% (n=0)
Situación sentimental	
Sin pareja estable	21.1% (n=15)
Con pareja estable	73.3% (n=52)
Parejas esporádicas	5.6% (n=4)
Frecuencia Actividad Sexual <i>Offline</i>	
Dos o tres veces/mes	2.8% (n=2)
Una vez a la semana	8.5% (n=6)
Tres veces a la semana	14.1% (n=10)
Entre 3 y 7 veces a la semana	22.5% (n=16)
A diario	28.2% (n=20)
Más de una vez al día	23.9% (n=17)
Haber sufrido abuso sexual en la infancia o adolescencia	19.7% (n=14)

Por otro lado, en la tabla 7, se detallan los datos obtenidos mediante el empleo de dos herramientas diagnósticas de la adicción al cibersexo (Internet Sex Screening Test [ISST, Delmonico, 1997] y la Entrevista Diagnóstica CISEX [Anexo 1]) que nos permiten determinar la presencia o ausencia del diagnóstico, así como descartar a los pacientes cuyo perfil de uso se considera recreativo y, por lo tanto, no precisa ninguna intervención. Empezando por el ISST, teniendo en cuenta que las puntuaciones altas en este cuestionario indican un posible problema con el consumo de cibersexo, las personas que completaron la evaluación presentaron por lo general puntuaciones que indicarían un uso problemático. Concretamente, ninguno de los pacientes obtuvo una puntuación que indicara que su uso de cibersexo podría ser recreativo (puntuaciones entre 0 y 8). Por el contrario, el 66.2% de las personas evaluadas presentaba un perfil de riesgo de adicción en el momento de la evaluación inicial (puntuaciones entre 9 y 18) y el 33.8% restante podría tener un problema de adicción al cibersexo (puntuaciones entre 19 y 25).

Nuestra otra herramienta diagnóstica (Entrevista Diagnóstica CISEX) permite explorar la presencia de los síntomas y criterios diagnósticos de la adicción al cibersexo que incluyen las propuestas más populares (ver capítulo 2 y 3). Como observamos en esta misma tabla, los síntomas más comunes que presentan estas personas tienen que ver con la frecuencia o duración de las conductas sexuales *online* (síntoma 4; 80.3%); con el malestar experimentado tras realizar la conducta sexual *online* (síntoma 15; 76.1%) y con la imposibilidad de cesar o limitar dichas conductas (síntoma 3; 71.8%). En cambio, solo un 26.8% omite sus responsabilidades debido a esta adicción, siendo éste el síntoma menos común entre las personas que solicitaron tratamiento. Esta presencia de síntomas se traduce en una prevalencia de adicción al cibersexo como cuadro clínico algo mayor de la que se advierte en la propuesta de perfiles de ISST, a excepción del cumplimiento de síntomas que propone Goodman de la que se derivaría una prevalencia similar a la obtenida con los perfiles del ISST (29.6%). Siguiendo la propuesta de Kafka, un 48.3% de los evaluados tendría un diagnóstico de adicción al cibersexo, reduciéndose a un 45.1% si seguimos la propuesta de Carnes. Finalmente, si observamos la prevalencia de los síntomas incluidos en la propuesta diagnóstica más reciente (CIE-11), el 88.7% de las personas evaluadas presentaría pérdida de control, el 71.8% tendría problemas para parar o reducir su conducta sexual, mientras que síntomas como la persistencia en el comportamiento sexual a pesar de su interferencia (57.8%) y el abandono de aspectos personales, sociales y responsabilidades (46.5%) estarían presentes en menor porcentaje entre los evaluados. Esto se traduciría en que un 35.2% cumpliría con todos los síntomas siguiendo la CIE-11.

Tabla 7. Variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo entre los que solicitaron tratamiento

	MT (n=71)
Internet Sex Screening Test (total)	M=16.73 (DT=3.42)
Internet Sex Screening Test (perfiles)	
Recreativo	0% (n=0)
Riesgo de adicción	66.2% (n=47)
Perfil de adicto/a	33.8% (n=24)
Presencia de los siguientes síntomas (Sí):	
Síntoma 1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo	60.6% (n=43)
Síntoma 2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva	63.4% (n=45)
Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual	71.8% (n=51)
Síntoma 4. El comportamiento sexual se realiza con mayor frecuencia o duración a los que se tenía previsto	80.3% (n=57)
Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva	67.6% (n=48)
Síntoma 6. Realización continuada de la conducta a pesar de los problemas psicológicos o físicos	57.8% (n=41)
Síntoma 7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas, laborales	45.1% (n=32)
Síntoma 8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...)	26.8% (n=19)
Síntoma 9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disfóricos	67.6% (n=48)
Síntoma 10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes	52.1% (n=37)
Síntoma 11. Síntomas de tolerancia	63.4% (n=45)
Síntoma 12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (craving)	45.1% (n=32)
Síntoma 13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual	50.7% (n=36)
Síntoma 14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual	43.7% (n=31)
Síntoma 15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual	76.1% (n=54)
Síntoma 16. Síntomas de abstinencia	45.1% (n=32)
Criterio H. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro cuadro clínico	85.9% (n=61)
Criterio I. La persona tiene al menos 18 años	100% (n=71)
Criterios diagnósticos	
Carnes	45.1% (n=32)
Goodman	29.6% (n=21)
Kafka	48.3% (n=35)
CIE-11	35.2% (n=25)
Pérdida de control (síntomas 2 y 4)	88.7% (n=63)
Abandono de aspectos personales, sociales, responsabilidades, etc. (síntomas 7 y 8)	46.5% (n=33)
Imposibilidad de parar/reducir la conducta sexual (síntoma 3)	71.8% (n=51)
Persistencia en el comportamiento sexual a pesar de la interferencia (síntoma 6)	57.8% (n=41)

2.2 Participantes propuestos para recibir tratamiento

Empleando como criterio de inclusión presentar un perfil de riesgo o de adicción al cibersexo, 59 personas de las 71 que solicitaron tratamiento fueron propuestas para recibirlo. Para obtener estos dos diagnósticos se emplearon las medidas mencionadas anteriormente: el ISST y el cumplimiento de los criterios diagnósticos propuestos por los autores Carnes, Goodman y Kafka (ver capítulos 2 y 3) y en la CIE-11.

Siguiendo la clasificación del ISST, el 61% de las personas propuestas para recibir tratamiento presentaba un perfil de riesgo de adicción al cibersexo en el momento de la evaluación,

mientras que el 39% restante presentaba un perfil clínico de adicción al cibersexo (Tabla 8). De todos ellos, teniendo en cuenta la información obtenida en la Entrevista Diagnóstica CISEX, el 27.1% no cumple estrictamente con ninguna de las propuestas de criterios diagnósticos, mientras que el 20.3% cumple criterios de una de las propuestas, un 11.9% cumple con dos de las propuestas y el 40.6% restante cumple con los criterios diagnósticos de todas o casi todas las propuestas diagnósticas (22% con tres de ellas y el 18.6% con todas). La clasificación de Kafka es la más frecuente entre los diagnósticos (55.9% de la muestra), seguida de la de Carnes con un 50.9% y la de Goodman con el 33.9% de los participantes. Finalmente, de los criterios de adicción incluidos en la propuesta de la CIE-11, el 40.7% de las personas seleccionadas para recibir tratamiento cumple con todos ellos, seguidos de un 33.9% que experimentaría la mayoría de los síntomas de adicción de esta propuesta. Conviene destacar que solo un 5.1% no cumpliría con ninguno de los síntomas principales de la adicción al cibersexo que incluye la CIE-11 (ver Tabla 8).

Tabla 8. Cumplimiento de criterios diagnósticos en los pacientes seleccionados para recibir tratamiento según las diferentes herramientas empleadas

	Seleccionados para recibir Tratam. (n=59)
Internet Sex Screening Test (perfiles)	
Riesgo de adicción	61% (n=36)
Perfil de adicto/a	39% (n=23)
Criterios diagnósticos	
Cumplen con criterios de Carnes	50.9% (n=30)
Cumplen con criterios de Goodman	33.9% (n=20)
Cumplen con criterios de Kafka	55.9% (n=33)
CIE-11	
Presencia de ninguno de los síntomas de adicción	5.1% (n=3)
Presencia de un síntoma de adicción	10.2% (n=6)
Presencia de dos síntomas de adicción	10.2% (n=6)
Presencia de tres síntomas de adicción	33.9% (n=20)
Presencia de todos los síntomas de adicción	40.7% (n=24)
Cumplimiento de criterios diagnósticos	
Ninguna de las tres propuestas	27.1% (n=16)
Una de las propuestas	20.3% (n=12)
Dos de las propuestas	11.9% (n=7)
Tres de las propuestas	22% (n=13)
Todas las propuestas	18.6% (n=11)

2.3 Participantes que abandonaron o no iniciaron el tratamiento

Un 79.7% (n=47) de las 59 personas propuestas para iniciar el tratamiento empezó con el programa de intervención, siendo los motivos de no haberlo hecho la continuación con otro terapeuta/otro tratamiento (50%), el estar en el grupo control/lista de espera en el momento de la evaluación (25% de los que no iniciaron el tratamiento) y la ausencia de respuesta por parte del paciente

(25% de los que no iniciaron el tratamiento) (figura 6). Un 53.2% (n=25) de las 47 personas que iniciaron el tratamiento llegó a completar las 12 sesiones de intervención además de ser reevaluados una vez finalizado el mismo (evaluación posttest [GE]), mientras que un 19.1% se encontraba en tratamiento en el momento en el que cerramos la base de datos (n=9). El porcentaje restante corresponde a las personas que abandonaron el tratamiento una vez iniciado (27.7% del total).

Como muestra la figura 6, los pacientes seleccionados para iniciar el tratamiento también se dividieron en dos subgrupos: el grupo control-lista de espera y el grupo experimental. En las tablas 9 y 10 se detallan las características sociodemográficas de ambos grupos, entre las que destacamos la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el GE y el GC en todas las variables exploradas.

2.4 Grupo control-lista de espera

Este grupo está formado por un total de 22 personas, la mayoría de ellos hombres (95.5%) con edades comprendidas entre los 23 y los 67 años ($M=35.73$; $DT=10.18$). En lo que respecta a la formación académica, todas las personas de este grupo han logrado superar como mínimo, los estudios secundarios. Un porcentaje considerable de las personas de este grupo ha alcanzado estudios de máster o doctorado (36.4%), seguido del 27.3% que posee un título de licenciatura o grado. Los títulos de formación profesional (18.2%) o de diplomatura (13.6%) también son frecuentes entre las personas de este grupo.

Otra de las variables exploradas tiene que ver con las creencias religiosas. En este caso, los participantes se distribuyen de forma prácticamente equitativa entre creyentes practicantes (36.4%), creyentes no practicantes (31.8%) y ateos/agnósticos (31.8%). No ocurre lo mismo cuando analizamos su situación laboral. Como podemos observar, la gran mayoría de las personas del grupo control (81.9%) se encuentra activa a nivel laboral, siendo un porcentaje muy reducido las personas que se encuentran desempleadas, inactivas o que continúan estudiando. Finalmente, en cuanto al país de residencia, un 54.5% residía en España en el momento de la evaluación, seguido por un 41% que lo hacía en algún país latinoamericano. Solo un 4.5% residía en otro país europeo durante la evaluación (ver Tabla 9).

Con respecto a otros datos relacionados de forma más directa con la sexualidad, encontramos que la mayoría de las personas de este grupo se identifica como heterosexual (68.2%), con pareja estable (72.8%) y que mantienen, mayoritariamente, una frecuencia sexual semanal elevada. Detallando esta frecuencia sexual, observamos que todas las personas de

este grupo mantienen actividades sexuales (incluida la masturbación en solitario) al menos una vez a la semana, mientras que el 41% mantiene relaciones sexuales entre una y más veces al día (ver Tabla 10).

2.5 Grupo experimental

Las personas del grupo experimental también son, en su mayoría, hombres (88%), aunque hay tres mujeres dentro de este grupo (12%) (ver Tabla 9). La media de edad de las personas del grupo experimental, al igual que en el grupo control, también sobrepasa ligeramente los 35 años ($M=35.92$, $DT=9.80$). Con respecto al nivel de estudios, tampoco encontramos a personas cuyo nivel de estudios sea inferior a los estudios secundarios. Además, los títulos más frecuentes son los universitarios, como los de licenciatura o grado (24%) o de máster/doctorado (20%); aunque también encontramos un porcentaje elevado de personas con título de formación profesional (24%). De forma similar al grupo control, la mayoría de personas (80%) se encontraban activas a nivel laboral en el momento de la evaluación, siendo anecdótico el número de personas que se encontraban en otra situación laboral.

En cuanto a las creencias religiosas, los porcentajes son ligeramente diferentes a los del grupo control. En el grupo experimental hay un mayor número de ateos/agnósticos (48%) y un menor número de creyentes, sobre todo de creyentes practicantes (16%). No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2=2.719$, $p=0.257$). Conviene destacar, además, que el país de residencia de la mayoría de las personas del grupo experimental es España (72%).

Con respecto a su sexualidad, los datos son similares a los del grupo control. La mayoría de las personas presenta una orientación sexual heterosexual (72%) y tenía una pareja estable en el momento de la evaluación (68%). En general, las personas del grupo experimental también experimentan una frecuencia sexual alta, siendo el 56% quienes realizan una o más prácticas sexuales al día (ver Tabla 10).

Tabla 9. Diferencias entre el GC y el GE en el perfil sociodemográfico

	MT (n=47)	GC (n=22)	GE (n=25)	U de Mann-Whitney o χ^2	P	Tamaño del efecto
Género						
Hombre	91.5% (n=43)	95.5% (n=21)	88% (n=22)	$\chi^2=0.835$	0.361	V=0.133
Mujer	8.5% (n=4)	4.5% (n=1)	12% (n=3)			
Edad (entre 23 y 67 años)	M=35.85 (DT=9.87)	M=35.73 (DT=10.18)	M=35.92 (DT=9.80)	$z=-0.118$	0.906	d=0.019
Nivel de estudios alcanzado						
Sin estudios	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)			
Estudios primarios	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)			
Estudios secundarios	10.6% (n=5)	4.5% (n=1)	16% (n=4)	$\chi^2=2.855$	0.582	V=0.246
Formación profesional	21.3% (n=10)	18.2% (n=4)	24% (n=6)			
Diplomatura	14.9% (n=7)	13.6% (n=3)	16% (n=4)			
Licenciatura/Grado	25.5% (n=12)	27.3% (n=6)	24% (n=6)			
Máster o doctorado	27.7% (n=13)	36.4% (n=8)	20% (n=5)			
Creencias religiosas						
Creyente no practicante	34.1% (n=16)	31.8% (n=7)	36% (n=9)	$\chi^2=2.719$	0.257	V=0.241
Creyente practicante	25.5% (n=12)	36.4% (n=8)	16% (n=4)			
Ateo/agnóstico	40.4% (19)	31.8% (n=7)	48% (n=12)			
Situación laboral						
Estudiante	6.4% (n=3)	9.1% (n=2)	4% (n=1)			
Ocupado	80.8% (n=38)	81.9% (n=18)	80% (n=20)	$\chi^2=1.252$	0.741	V=0.163
Desempleado	8.5% (n=4)	4.5% (n=1)	12% (n=3)			
Inactivo	4.3% (n=2)	4.5% (n=1)	4% (n=1)			
País de residencia						
España	63.8% (n=30)	54.5% (n=12)	72% (n=18)			
Países de Latinoamérica (Perú, Argentina, etc.)	29.8% (n=14)	41% (n=9)	20% (n=5)	$\chi^2=10.049$	0.526	V=0.462
Otros países europeos (Alemania, Suiza)	6.4% (n=3)	4.5% (n=1)	8% (n=2)			

Nota: MT= Muestra total; GC= Grupo control; GE= Grupo experimental.

Tabla 10. Diferencias entre el GC y el GE en las variables no clínicas relacionadas con la sexualidad general

	MT (n=47)	GC (n=22)	GE (n=25)	χ^2	<i>p</i>	Tamaño del efecto
Orientación sexual						
Heterosexual	70.2% (n=33)	68.2% (n=15)	72% (n=18)	1.253	0.534	V=0.163
Bisexual	17% (n=8)	22.7% (n=5)	12% (n=3)			
Homosexual	12.8% (n=6)	9.1% (n=2)	16% (n=4)			
Situación sentimental						
Sin pareja estable	25.5% (n=12)	22.7% (n=5)	28% (n=7)	0.173	0.917	V=0.061
Con pareja estable	70.2% (n=33)	72.8% (n=16)	68% (n=17)			
Parejas esporádicas	4.3% (n=2)	4.5% (n=1)	4% (n=1)			
Frecuencia Actividad Sexual <i>Offline</i>						
Dos o tres veces/mes	4.3% (n=2)	0% (n=0)	8% (n=2)	5.123	0.401	V=0.334
Una vez a la semana	17% (n=8)	13.6% (n=3)	20% (n=5)			
Tres veces a la semana	8.5% (n=4)	13.6% (n=3)	4% (n=1)			
Entre 3 y 7 veces a la semana	21.3% (n=10)	31.8% (n=7)	12% (n=3)			
A diario	31.9% (n=15)	27.4% (n=6)	36% (n=9)			
Más de una vez al día	17% (n=8)	13.6% (n=3)	20% (n=5)			

Nota: MT= Muestra total; GC= Grupo control; GE= Grupo experimental.

3. Instrumentos

3.1 Instrumentos administrados a los participantes

Los instrumentos empleados se seleccionaron con el objetivo de evaluar con rigor y profundidad las variables relacionadas con la adicción al sexo, y al cibersexo en particular, la posible sintomatología concurrente y otras variables de tipo clínico y relacionadas con la sexualidad en general.

Como se muestra en la tabla 11, en cada uno de los diferentes momentos de evaluación empleamos una batería distinta. Para construir estas baterías, la selección de los instrumentos se llevó a cabo teniendo en cuenta las necesidades de cada momento de evaluación y la relevancia del constructo explorado, además de primar la optimización del tiempo empleado en completar cada una de estas baterías. Los cuestionarios que constituyen cada batería de evaluación también se detallan en los anexos 3-6.

Tabla 11. Cuadro resumen de los diferentes instrumentos de evaluación empleados en los distintos momentos.

	Evaluación pretest		Reevaluación del G.C (tras 3 meses) (Anexo 5)	Postest y seguimientos en G.E. (1, 3, 6, 12 meses) (Anexo 6)
	Pretest: primera sesión (Anexo 3)	Pretest: segunda sesión (Anexo 4)		
Entrevista Diagnóstica CISEX versión extendida (Anexo 1)	X			
Entrevista Diagnóstica CISEX versión abreviada (Anexo 2)			X	X
Cuestionario de información sociodemográfica	X			
Screening diagnósticos concurrentes y diagnóstico diferencial		X		
Cuestionario de Intereses y Prácticas Sexuales <i>Offline</i>	X			X
Cuestionario de Prácticas Sexuales <i>Online</i>	X	X*		X
Internet Sex Screening Test (ISST) (Delmonico, 1997)	X		X	X
Sexual Addiction Screening Test (SAST) (Carnes, 1989)	X			
Internet Addiction Test (IAT) (Young, 2003)	X		X	X
Sexual Sensation Seeking Scale (SSSS) (Kalichman & Rompa, 1995)	X			
Sexual Compulsivity Scale (SCS) (Kalichman et al., 1994)	X			
Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSEI) (Rosenberg, 1979)	X			X
Hypersexual Behavior Inventory (HBI) (Reid, Garos & Carpenter, 2011)	X		X	X
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snath, 1983)	X			
State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al. 1970)		X	X	X
The Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996)		X	X	X
The Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) (Barrat & Patton, 1983)		X		X
Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004)		X		X
Escala de Evaluación Subjetiva			X	X
Escala de Satisfacción con el programa (basada en Borkovec & Nau, 1972)				X (Sólo postest)

*Solo algunas preguntas del Cuestionario de Prácticas Sexuales *Online*

A continuación, se detallan las características de los instrumentos empleados, en función de los constructos explorados.

Variables sociodemográficas:

- Cuestionario de información sociodemográfica: Este breve cuestionario está compuesto por un total de 8 ítems que recogen información básica sobre el paciente como el género, la edad, el nivel de estudios, la situación laboral, las creencias religiosas e ideología política. Además, se pregunta si dispone de ordenador en casa (Sí/No) y cuántas horas a la semana suele pasar conectado a internet.

Variables sexuales no clínicas:

- Cuestionario de intereses y prácticas sexuales offline: Este cuestionario, desarrollado *ad hoc* por nuestro equipo de investigación (*Salusex*), recoge información sobre los intereses sexuales y la conducta sexual en general. Está formado por un total de 17 ítems con diferentes opciones de respuesta que recopilan información sobre la situación de pareja actual (no tengo pareja; tengo pareja estable, tengo pareja/s esporádica/s); la orientación sexual (de forma categorial incluyendo las alternativas homosexual/heterosexual/bisexual y de forma dimensional siguiendo la propuesta de Klein); deseos, fantasías y prácticas sexuales con personas del mismo o de diferente sexo en el pasado (Sí/No); predisposición a realizar determinadas prácticas sexuales (desde besos o caricias hasta sexo oral o penetración anal) con personas del mismo sexo (de ninguna manera, sólo si la otra persona es atractiva, fácilmente); frecuencia sexual incluida la masturbación (desde menos de 6 veces al año hasta más de tres veces a la semana); grado de excitación sexual (escala tipo Likert de 5 puntos desde 1=no me excita nada hasta 5=me excita muchísimo) con prácticas sexuales poco comunes/parafilicas (por ejemplo, pedofilia, voyeurismo, sadomasoquismo, etc.) y malestar asociado (Sí/No); tipo de prácticas sexuales realizadas hasta la fecha (masturbación, sexo oral, penetración vaginal, anal, etc.); frecuencia del uso del preservativo en diferentes prácticas sexuales (escala tipo Likert 0=nunca, 4=siempre); y frecuencia de uso de material pornográfico para excitarse (escala tipo Likert 0=nunca, 4=muchas veces). Este cuestionario se emplea de forma completa en el pretest (pretest: primera sesión) y de forma abreviada en las evaluaciones postest (GE) y de seguimiento (GE), en la que se eliminan todos aquellos ítems cuyas variables suelen permanecer relativamente estables en el tiempo (por ejemplo, la orientación sexual) o que carecen de interés científico en estas evaluaciones (por ejemplo, prácticas sexuales realizadas hasta la fecha). Los ítems que permanecen tienen que ver con la frecuencia sexual y con las preferencias sexuales parafilicas.
- Cuestionario de prácticas sexuales online: Se trata de un cuestionario desarrollado *ad hoc* también por nuestro equipo de investigación (*Salusex*) que recoge información sobre diferentes

aspectos de las prácticas sexuales *online*. Los aspectos explorados a través de los 15 ítems de este cuestionario son el uso de internet con fines sexuales (Sí/No); el tiempo invertido en el uso de internet (horas/semana) y en páginas sexuales *online* (horas/semana); los dispositivos empleados para llevar a cabo estas actividades (ordenador personal [Sí/No], ordenadores de familiares o amigos [Sí/No], ordenadores en lugares públicos [Sí/No], ordenador de trabajo [Sí/No] y dispositivos móviles con acceso a internet [Sí/No]); el tipo de conductas sexuales *online* realizadas [Sí/No] (por ejemplo, visionado de imágenes o películas pornográficas, búsqueda de pareja sexual, contacto sexual a través de webcam con otro usuario, etc.); tipo de material pornográfico buscado [Sí/No] (por ejemplo, actividades sexuales entre un hombre y una mujer, violación o violencia sexual, actividad sexual con adolescentes, etc.); las motivaciones relacionadas con el uso de internet con fines sexuales [Sí/No] (por ejemplo, distraerme, aprender cosas sobre sexo, conocer a otras personas, etc.); las emociones experimentadas antes, durante y después de realizar cualquier actividad sexual *online* (mediante un listado de 16 emociones); la preocupación por el uso de internet con fines sexuales (Sí/No); si alguna vez ha mentido sobre algún aspecto (Sí/No; sobre cuál); y si perciben que dedican más tiempo del que deberían al uso de internet con fines sexuales (Sí/No); o si consideran que les interfiere en algún aspecto de su vida (Sí/No). Este cuestionario se emplea en el pretest (pretest primera y segunda sesión) y en las evaluaciones posttest (GE) y de seguimiento (GE). No obstante, en la segunda sesión del pretest se emplea una modificación del cuestionario para profundizar en otros aspectos relevantes. Entre estas preguntas se encuentran la edad de inicio de las diferentes ASO; si han mantenido contactos sexuales *online* se pregunta por el número de personas con las que han mantenido estos contactos y con qué tipo de parejas; si han tenido alguna experiencia sexual desagradable con alguien que han conocido a través de internet (Sí/No), actitudes sobre el uso de internet con fines sexuales en diferentes colectivos, y nivel de interferencia de la actividad sexual *online* y áreas en las que ha impactado de forma negativa esta adicción. Por otro lado, en las evaluaciones posttest (GE) y de seguimiento (GE), el cuestionario se mantiene prácticamente igual que en el pretest de la primera sesión, aunque se añade un ítem en el que se explora, a través de una escala tipo Likert de siete puntos (1= muy negativamente, 7=muy positivamente), el grado de afectación de la actividad sexual *online* desde la última evaluación en diferentes aspectos/áreas de su vida (por ejemplo, calidad de vida, intimidad sexual con la pareja más reciente, etc.).

- Sexual Sensation Seeking Scale (SSSS) (Kalichman & Rompa, 1995; adaptación de Ballester-Arnal et al., 2018): La escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales, empleada en la primera sesión del pretest, evalúa uno de los constructos posiblemente relacionados con la compulsividad sexual y las conductas sexuales de riesgo: la búsqueda de sensaciones sexuales. Consta de 11 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1=nada

característico de mí; 4=muy característico de mí), siendo su consistencia interna de 0.87. La puntuación total se calcula sumando todas las puntuaciones de los ítems de la escala. La puntuación mínima es de 11 puntos y la máxima de 44, siendo esta medición positiva: a mayor puntuación, mayor búsqueda de sensaciones sexuales. Su adaptación y validación en población española revela una consistencia interna de 0.70 y 0.82 respectivamente (Ballester-Arnal et al., 2008; Ballester-Arnal et al., 2018), mientras que en el presente estudio la consistencia interna es de 0.83.

Variables sexuales clínicas:

- Entrevista diagnóstica CISEX sobre el control de los impulsos sexuales (versión extendida y abreviada) Anexos 1 y 2: Se trata de una entrevista estructurada desarrollada *ad hoc* por nuestro equipo de investigación (*Salusex*) con el objetivo de explorar exhaustivamente la conducta sexual *online* y *offline* y los síntomas y criterios clínicos de la adicción al cibersexo consensuados por diversos autores. Concretamente, desarrollamos esta entrevista a través de las propuestas de criterios diagnósticos de Carnes (Carnes, 1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014), Goodman (1992; 1998) y Kafka (2010; 2013), expuestas en el capítulo 2 y 3. Los criterios diagnósticos propuestos por estos autores recogidos dentro de nuestra entrevista diagnóstica CISEX son 7 específicos de la adicción al cibersexo (criterios A-G) y 2 más genéricos (criterios H e I). Todos los criterios incluidos, así como los síntomas correspondientes a cada uno de ellos, se detallan a continuación (tabla 12):

Tabla 12. Síntomas y criterios explorados en la entrevista CISEX

Criterio A. Excesiva dedicación a la conducta sexual.

Síntoma 1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo en cualquier actividad relacionada con la conducta sexual excesiva (buscando el modo de realizarla, llevándola a cabo o recuperándose de sus consecuencias).

Criterio B. Pérdida del control sobre la conducta sexual.

Síntoma 2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva.

Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual excesiva.

Síntoma 4. El comportamiento sexual excesivo se realiza con mayor frecuencia o durante periodos de tiempo superiores a los que se tenía previsto

Criterio C. Consecuencias negativas derivadas de la conducta sexual excesiva (criterio de interferencia).

Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva.

Síntoma 6. Realización continuada de la conducta sexual excesiva a pesar de los problemas psicológicos o físicos recidivantes y persistentes causados o exacerbados por su realización.

Síntoma 7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas, laborales o recreativas debido a la realización de la conducta sexual excesiva.

Síntoma 8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...) a causa de la conducta sexual excesiva.

Criterio D. Uso del sexo como regulador emocional.

Síntoma 9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disfóricos (principalmente ansiedad y depresión).

Síntoma 10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes.

Criterio E. Síntomas de tolerancia.

Síntoma 11. La satisfacción sexual que resulta de la conducta sexual excesiva decrece a medida que se cronifica su consumo, de modo que la persona necesita realizarla en mayor frecuencia o intensidad para lograr la satisfacción sexual inicial.

Criterio F. Síntomas típicos del ciclo de la adicción comportamental.

Síntoma 12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (*craving*).

Síntoma 13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual.

Síntoma 14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual.

Síntoma 15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual.

Criterio G. Síntomas de abstinencia.

Síntoma 16. Aparición de síntomas de abstinencia después del cese o reducción de la conducta sexual excesiva

Criterio H. Diagnóstico diferencial (los síntomas no se explican mejor por otro cuadro clínico)

Criterio I. Tener al menos 18 años

Esta entrevista cuenta con dos versiones, una versión extendida y otra abreviada. La **versión extendida** se divide en tres partes:

En la **primera parte** se analiza la conducta sexual *online* y *offline* durante los últimos 6 meses. Las **conductas sexuales** evaluadas son, por un lado, las que se realizan a través de internet (*online*): visionado de imágenes o películas pornográficas, flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios, chatear con fines sexuales con otros usuarios a través de texto, contacto sexual por medio de webcam con otro usuario, búsqueda de pareja sexual, búsqueda de pareja romántica, compra de material sexual, contacto con trabajadores/as sexuales y otras actividades; y, por otro lado, las conductas sexuales *offline* (las realizadas fuera de internet): masturbación sin utilizar materiales sexuales *online*, relaciones sexuales con pareja estable, relaciones sexuales con parejas esporádicas (en el caso de no tener pareja estable), relaciones sexuales con personas distintas a la pareja estable (en el caso de tener pareja estable) y relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales. Todas estas actividades se evalúan exhaustivamente en función de la realización de la conducta durante este periodo de tiempo

(últimos 6 meses), el porcentaje de conducta sexual que representa, el tiempo semanal dedicado a cada actividad sexual, los orgasmos semanales experimentados con cada una de las conductas sexuales, el grado de malestar que produce la conducta en sí (0=nada, 10=mucho) y el grado de control percibido sobre la conducta sexual (0=nada de control, 10=control absoluto).

En la **segunda parte** de la entrevista se exploran los diferentes criterios y síntomas diagnósticos expuestos anteriormente en dos momentos temporales: durante los últimos 6 meses y previos a estos últimos 6 meses. Para explorar cada uno de los síntomas y criterios esta entrevista contiene una serie de preguntas de control de respuesta abierta que permiten analizar todos los posibles factores involucrados en dicho síntoma o criterio. Con esta información el terapeuta valora la presencia/ausencia del síntoma en cuestión (0=ausencia del síntoma, 1=síntoma subumbral, 2=síntoma clínico). Además de toda esta información, el paciente evalúa el grado de malestar (0=nada, 10=mucho) que le produce presentar cada uno de los síntomas.

En la **tercera** y última parte de la entrevista se recoge toda la información sobre el inicio y el curso clínico del problema: edad de inicio del consumo y del uso problemático; control y malestar en diferentes momentos relevantes en el desarrollo de la adicción; percepción de la gravedad del problema; búsqueda de información y/o consulta a algún profesional, familiar, amigo, etc.; diagnóstico en el caso de haber contactado con algún profesional; y tratamientos tanto psicológicos como farmacológicos recibidos. La mayoría de las respuestas a estas preguntas tienen un carácter dicotómico (por ejemplo, Sí/No, curso episódico/continuo, inicio gradual/agudo, etc.) mientras que otras son de respuesta abierta (por ejemplo, diagnóstico recibido, tipo de tratamiento, etc.).

Esta versión de la entrevista CISEX fue empleada únicamente en la evaluación pretest, a lo largo de las tres sesiones que componen esta evaluación. Para el resto de evaluaciones (reevaluación del grupo control, evaluación postratamiento y seguimientos tras uno, tres, seis y doce meses) se utilizó la entrevista CISEX en su **versión abreviada** cuyos cambios con respecto a la versión extendida se detallan a continuación.

La **primera parte** de la entrevista CISEX abreviada es exactamente igual a la empleada en su versión extendida; la única diferencia es el tiempo de referencia empleado. Mientras que en su versión extendida se evalúan las conductas sexuales *online* y *offline* durante los últimos 6 meses, en ésta se tienen en cuenta las actividades sexuales realizadas desde la última evaluación. En la **segunda parte** de la entrevista también se exploran todos los criterios y síntomas clínicos expuestos previamente. Sin embargo, también cambia el tiempo de referencia pasando de dos momentos distintos (últimos 6 meses y previo a los últimos 6

meses) a un único momento temporal de referencia (desde la última evaluación). En esta versión abreviada se omite la **tercera parte** de la entrevista CISEX puesto que esta información no varía en los diferentes momentos de evaluación.

- Internet Sex Screening Test (ISST) (Delmonico, 1997; adaptación de Ballester-Arnal et al., 2010): La versión original incluye 25 ítems dicotómicos (verdadero/falso) y explora la conducta sexual *online*. El instrumento original está validado en población general (a través de la autoadministración *online*). El análisis factorial exploratorio de este instrumento revela un total de cinco factores (Delmonico & Miller, 2003) denominados: Compulsividad sexual *online*, Conducta sexual social *online*, Conducta sexual solitaria, Gasto sexual *online* e Interés en la conducta sexual *online*. Su fiabilidad oscila entre $\alpha=0.51$ y $\alpha=0.86$. Tras un proceso de traducción y adaptación del cuestionario y aplicándolo a una muestra de 1239 jóvenes españoles se obtuvo la versión española de Ballester-Arnal et al. (2010), con una buena consistencia interna ($\alpha=0.88$) y una buena estabilidad test-retest ($r=0.82$). Además, esta nueva traducción también revela la existencia de cinco factores: Compulsividad sexual *online*, Comportamiento *online* solitario no compulsivo, Comportamiento *online* social; Gasto sexual *online* y Percepción de gravedad del comportamiento *online*. Las puntuaciones de este instrumento oscilan entre 0 y 25 y permiten discriminar entre tres perfiles de consumo de cibersexo: perfil recreativo (puntuaciones entre 0-8), en el que se encuentran las personas que no experimentan ningún tipo de interferencia o malestar con su conducta sexual *online*; perfil de riesgo de adicción (puntuaciones entre 9-18), perfil en el que se encuentran las personas que, si bien no cumplen criterios de adicción al cibersexo y todavía poseen cierto control sobre su actividad sexual *online*, ya empiezan a experimentar algunas consecuencias negativas de su uso; y perfil de adicción al cibersexo (puntuaciones entre 19-25) personas que cumplen criterios de adicción al cibersexo. Este cuestionario se emplea en la batería de evaluación pretest de la primera sesión, en la batería de reevaluación del grupo control y en los cuestionarios pertenecientes al postest (GE) y a los diferentes seguimientos (GE). La consistencia interna obtenida a través de nuestros datos es de 0.69.
- Hypersexual Behavior Inventory (HBI) (Reid, Garos & Carpenter, 2011; adaptación de Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2019): El Inventario de Hipersexualidad se trata de un instrumento diseñado para evaluar las tres dimensiones básicas de la hipersexualidad: afrontamiento (uso del sexo en respuesta a estados de ánimo disfóricos), control (problemas para controlar o reducir pensamientos y/o conductas sexuales) y consecuencias (persistencia de fantasías, impulsos y comportamientos sexuales a pesar de experimentar consecuencias negativas). Está formado por 19 ítems con formato de respuesta tipo Likert (1=Nunca/5=Muchas veces) y se empleó tanto en la evaluación pretest (primera sesión) como en la reevaluación del grupo control (tras tres meses), en el postest (GE) y en los

seguimientos (GE). La fiabilidad de la escala general y las subescalas es muy elevada (entre $\alpha=0.89$ y $\alpha=0.95$), aunque originalmente sólo se validó en población clínica masculina. Sin embargo, tanto en su adaptación española como en otros estudios posteriores, se ha demostrado que es un instrumento apto para hombres y mujeres (Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2019; Bóthe, Kovács et al., 2019). En cuanto a la validación española, la estructura factorial confirmó la existencia de estas tres dimensiones básicas de la hipersexualidad. Además, los autores obtuvieron una alta correlación entre ellos. La fiabilidad para cada escala oscilaba entre 0.89 y 0.96, similar a la obtenida en con nuestros resultados (α entre 0.84 y 0.93), siendo invariante en función del formato de aplicación (*online* vs. lápiz y papel). Una puntuación mayor o igual a 53 sería indicativa de un posible problema de hipersexualidad.

- Sexual Addiction Screening Test (SAST) (Carnes, 1989; adaptación de Castro-Calvo, Ballester-Arnal, Billieux, et al., 2018): Se trata de una escala formada por 25 ítems con formato de respuesta dicotómico (Sí/No). Esta escala se emplea para discriminar entre las personas con adicción al sexo (puntuaciones mayores o iguales a 13) de las que no padecen este problema. Para este estudio incluimos en la batería de evaluación pretest de la primera sesión su adaptación española de Castro-Calvo, Ballester-Arnal, Salmerón-Sánchez y Gil-Llario (2016) validada posteriormente en una amplia muestra española (Castro-Calvo, Ballester-Arnal et al., 2018). El análisis factorial de esta validación reveló 4 factores que corresponden a la pérdida de control, los síntomas de adicción, el deterioro funcional y la ocultación. La consistencia interna de la totalidad del instrumento y sus subescalas en su validación española oscila entre 0.82 y 0.85, mientras que la estabilidad temporal un año después de la primera aplicación osciló entre 0.60 y 0.65, siendo más baja en su aplicación *online*. Esta validación también demostró que la escala era invariante en función del formato de aplicación (*online* vs. lápiz y papel). En el presente estudio también analizamos la consistencia de la escala total ($\alpha=0.85$) y de las subescalas (α entre 0.61 y 0.87).
- Sexual Compulsivity Scale (SCS) (Kalichman et al., 1994; adaptación de Ballester-Arnal et al., 2012): Este cuestionario se utiliza únicamente en la evaluación pretest de la primera sesión de evaluación con el objetivo de realizar un *screening* para discriminar entre las personas que padecen compulsividad sexual y las que no. Cuenta con un total de 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1=nada característico de mí; 4=muy característico de mí). Estos ítems estuvieron basados originalmente en un manual de autoayuda para personas que buscan ayuda por sus problemas de adicción al sexo. Inicialmente, solo se exploró su fiabilidad en hombres homosexuales ($\alpha=0.89$), aunque posteriormente también se exploraron sus características psicométricas en otras poblaciones como hombres heterosexuales y mujeres ($\alpha=0.87$) (Kalichman & Rompa, 1995). En la validación española realizada por Ballester-Arnal et al. (2012), al igual que en validaciones

previas, se extrajeron dos factores: la interferencia de la conducta sexual y la falta de control. En términos de fiabilidad, esta adaptación muestra una buena consistencia interna de la escala completa ($\alpha=0.84$), similar a la obtenida en el presente estudio ($\alpha=0.89$). Las puntuaciones mayores o iguales a 18 en hombres y a 14 en mujeres indican un posible riesgo de compulsividad sexual.

Variables clínicas no sexuales:

- Internet Addiction Test (IAT) (Young, 1998; adaptación de Salmerón et al., 2009): Esta escala, diseñada para evaluar la adicción a internet, cuenta con 20 ítems tipo Likert (raramente/ocasionalmente/frecuentemente/a menudo/siempre). En su versión original, autoadministrada *online*, cuenta con seis factores cuyas subescalas han mostrado una consistencia interna de entre 0.54 y 0.82 (Widyanto & McMurrin, 2004), mientras que otras validaciones con poblaciones de diferentes nacionalidades extraen dos o tres factores con una buena consistencia interna (Chang & Law, 2008; Jelenchick et al., 2012; Pawlikowski et al., 2013; Tsimtsiou et al., 2014). En población española, Salmerón et al. (2009) realizaron un primer estudio preliminar con jóvenes extrayendo una fiabilidad (consistencia interna) de 0.91. Fernández-Villa et al. (2015), por su parte, realizaron una validación reciente con universitarios españoles y también identificaron dos factores (inversión emocional; desempeño y gestión del tiempo) y una buena consistencia interna total ($\alpha=0.91$). Una nueva validación preliminar en población general española confirma esta estructura factorial, cuya fiabilidad de la escala total y las subescalas oscila entre 0.89 y 0.94 (García-Barba et al., 2021), resultados muy próximos a la fiabilidad obtenida en este estudio (α entre 0.88 y 0.93). Las puntuaciones entre 0 y 19 indican ausencia de adicción a internet, mientras que las que se encuentran entre 20 y 39 indican un bajo riesgo de adicción a internet y las de 40 a 80 indican una posible adicción a internet. Este instrumento fue incluido en la evaluación pretest de la primera sesión de evaluación, en la reevaluación del grupo control y en el postest (GE) y los diferentes seguimientos (GE).
- Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSEI) (Rosenberg, 1979; adaptación de Martín-Albo, et al., 2007): Esta escala, empleada tanto en la evaluación pretest de la primera sesión como en la evaluación postest y de seguimiento (en el GE), proporciona información cualitativa y cuantitativa sobre la autoestima. Está formada por 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0=muy de acuerdo, 3=muy en desacuerdo). Esta escala presenta un buen nivel de validez y fiabilidad ($\alpha=0.87$ y fiabilidad test-retest de 0.85) y, además, ha sido ampliamente empleada y validada en población española (Martín-Albo et al., 2007; Vázquez, Jiménez & Vázquez-Morejón, 2004). Aunque no haya una baremación estricta, algunos autores indican que las puntuaciones inferiores a 25 indicarían una baja autoestima. En el

presente estudio también analizamos la fiabilidad de esta escala, que resultó ser ligeramente superior a la hallada por estos autores ($\alpha=0.92$).

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snath, 1983; adaptación de Tejero et al., 1986): Este cuestionario se incluyó en la batería de la primera sesión del pretest con el propósito de explorar los síntomas de ansiedad y depresión. Contiene 14 afirmaciones referidas a síntomas de depresión y ansiedad, cuya frecuencia o intensidad ha de ser evaluada mediante una escala Likert de 4 puntos (las puntuaciones van de 0 a 3). De los 14 ítems que la componen, la mitad evalúan la depresión y la otra mitad la ansiedad apareciendo de forma intercalada. Se considera como indicativa de sintomatología ansiosa o depresiva una puntuación por encima de 11 puntos; entre 8 y 10 puntos la presencia de sintomatología es dudosa y entre 0 y 7 se considera ausencia de sintomatología. Las propiedades psicométricas de esta escala y concretamente de su versión española, han sido evaluadas por diversos autores y en pacientes tanto sanos como con diferentes patologías. La gran mayoría de los estudios obtuvieron índices de consistencia interna superiores a 0.80 en la subescala de ansiedad, mientras que en la escala de depresión los rangos de consistencia interna resultaron ser similares en prácticamente todos los estudios (α de entre 0.80 y 0.87) (Terol-Cantero et al., 2015). Con nuestros datos, la consistencia interna de ambas subescalas es similar ($\alpha=0.82$ en la subescala de ansiedad y $\alpha=0.84$ en la subescala de depresión).
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al. 1970; adaptación de Seisdedos, 1982): El cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo ha sido utilizado en este estudio en diferentes momentos de evaluación: como parte de la batería pretest de la segunda sesión de evaluación, en la batería de reevaluación del grupo control y en los cuestionarios empleados en el postest y en los seguimientos en el grupo experimental. Se trata de un autoinforme compuesto por 40 ítems que se subdividen en dos escalas de 20 ítems cada una: la escala de ansiedad-estado (condición emocional transitoria), enmarcada temporalmente en "ahora, en este momento" (20 primeros ítems), y la ansiedad como rasgo (tendencia a la ansiedad relativamente estable), cuyo marco de referencia temporal es "en general, en la mayoría de las ocasiones" (20 últimos ítems). El sistema de respuesta es tipo Likert de 4 puntos (0=nada; 1=algo; 2=bastante; 3=mucho). Los rangos de puntuación de cada subescala oscilan entre 0 y 60, y cuenta con una baremación diferencial para hombres y mujeres, donde puntuaciones iguales a 19 en ambas subescalas en hombres e iguales a 21 en la escala de ansiedad-estado y 24 en la de ansiedad-rasgo en mujeres, sitúan a la persona en el percentil 50. Sus propiedades psicométricas en población española han sido estudiadas por diversos autores, encontrando niveles buenos de consistencia interna que oscilan, en algunos estudios, entre 0.90 y 0.94 (Guillén-Riquelmeé & Buela-Casal et al., 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2012). La consistencia interna tanto de esta escala como de sus subescalas es algo inferior en el presente estudio, rondando el 0.60.

- The Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck et al., 1996; adaptación de Sanz et al., 2003): Este inventario, diseñado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, forma parte de diferentes baterías empleadas en este estudio. Concretamente, incluimos esta escala entre los cuestionarios empleados en la segunda sesión de evaluación del pretest, en la reevaluación de grupo control, y en el posttest y los seguimientos del grupo experimental. Se trata de un autoinforme compuesto por 21 ítems con respuesta Likert de 4 puntos (de 0 a 3). Estos 21 ítems recogen diferentes síntomas característicos de la depresión (por ejemplo, tristeza, pérdida de interés, cambios en el patrón del sueño, etc.). La puntuación total en la escala oscila entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima). Una puntuación entre 0 y 13 indicaría ausencia de síntomas depresivos mientras que el resto de puntuaciones indicaría diferentes grados de sintomatología depresiva: depresión leve (entre 14-19 puntos), depresión moderada (entre 20-28 puntos) y depresión severa (entre 29-63 puntos). Su adaptación española, llevada a cabo por Sanz et al. (2003), muestra una consistencia interna de 0.87, muy parecida a la obtenida en el presente estudio ($\alpha=0.90$).
- Screening de diagnósticos concurrentes (trastornos concurrentes comunes que no anulan un diagnóstico independiente de hipersexualidad) y diagnóstico diferencial: Estos cuestionarios se dividen en dos grupos y sólo se administran en la batería de la segunda sesión del pretest. Por un lado, el cuestionario de trastornos concurrentes comunes explora la posible presencia de otros problemas psicológicos concurrentes que no anulan un diagnóstico de adicción al cibersexo a través de preguntas extraídas de los criterios DSM-5. Concretamente se explora el trastorno de adaptación, el TDA/H, el TOC, el trastorno depresivo mayor, los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente y trastorno de la conducta) y la presencia de otras adicciones a través de diferentes preguntas dicotómicas (Sí/No). El número de ítems empleado para cada trastorno oscila entre 1 y 6, en función del trastorno y de la sintomatología que se deba explorar . El otro cuestionario explora la presencia de otros diagnósticos que pudieran estar explicando la sintomatología clínica a través de diferentes preguntas breves sobre diagnósticos previos con opciones de respuesta dicotómica que permiten hacer un *screening* inicial de diferentes trastornos . Entre los diagnósticos explorados se encuentran las condiciones médicas generales, el consumo de sustancias o fármacos, los trastornos bipolares , ciclotímicos o psicóticos , y los trastornos de personalidad (límite, antisocial, histriónico, narcisista y obsesivo-compulsivo). Para explorar estos últimos trastornos , también se incluyen preguntas dicotómicas basadas en los criterios diagnósticos principales de cada uno de ellos.

Otras variables relevantes:

- The Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) (Barrat & Patton, 1983; Patton et al., 1995; adaptación de Oquendo et al., 2001): Esta escala se incluye en la batería de la segunda sesión del pretest y en el posttest y los seguimientos del grupo experimental para evaluar la impulsividad. Consta de 30 ítems que exploran diferentes aspectos de la impulsividad: la Impulsividad Cognitiva (Atención), la Impulsividad Motora y la Impulsividad No Planeada. Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta (1=raramente/nunca, 2=ocasionalmente, 3=a menudo; 4=siempre o casi siempre). Las puntuaciones oscilan entre 30 y 120, siendo las puntuaciones mayores de 72 las que indican una alta impulsividad, las puntuaciones entre 52 y 71 las que indican una impulsividad normal y las puntuaciones menores de 51 una baja impulsividad. Su adaptación española presenta una consistencia interna elevada, alrededor de 0.8, similar a la obtenida en el presente estudio ($\alpha=0.82$), mientras que su fiabilidad test-retest tras 2 meses es de 0.89 (Oquendo et al., 2001).
- Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004; adaptación de Hervás & Jódar, 2008): Incluida en la batería correspondiente a la segunda sesión del pretest y en el posttest y los seguimientos del grupo experimental, esta escala se empleó con el objetivo de explorar las dificultades en la regulación emocional. Concretamente, evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de 28 ítems con una escala Likert de 5 puntos (1=Casi nunca [0-10%], 2=Algunas veces [11-35%], 3=La mitad de las veces [36-65%], 4=La mayoría de las veces [66-90%], 5=Casi siempre [91-100%]). La versión española (Hervás & Jódar, 2008) se compone de 5 factores: Descontrol emocional, Rechazo emocional, Interferencia en conductas dirigidas a metas, Desatención emocional y Falta de claridad emocional (confusión). La escala original demostró tener una alta consistencia interna ($\alpha=.93$), una buena fiabilidad test-retest en un periodo de 4 a 8 semanas ($\rho=.88$, $p<.01$), una adecuada validez predictiva y de criterio, mientras que en la versión española los datos de consistencia interna fueron algo menores (α entre 0.31 y 0.89), especialmente en la subescala de desatención ($\alpha=0.31$). Posteriormente, la validación preliminar llevada a cabo por García-Barba et al., (2021) en personas con consumo de riesgo de cibersexo demostró una buena fiabilidad total y de las subescalas (α entre 0.94 y 0.90), a excepción del factor Confusión que mostró una fiabilidad algo inferior ($\alpha=0.68$). En el presente estudio, tanto en la escala total como en las diferentes subescalas la consistencia interna es buena (α entre 0.82 y 0.93).

Variables relacionadas con la valoración subjetiva del programa:

- Escala de Evaluación Subjetiva: Se trata de una escala de 5 ítems desarrollada *ad hoc* en la que se explora la percepción de mejora-empeoramiento en diferentes aspectos como el estado

de ánimo general, el tipo de síntomas sexuales, la intensidad de los síntomas sexuales, la frecuencia con la que se experimentan esos síntomas y la interferencia causada por ellos. Cada uno de estos factores es valorado en una escala del 0 al 7 (0=mucho peor; 7=mucho mejor). Este instrumento se utilizó en los cuestionarios de la reevaluación del grupo control, y en el postest y en los seguimientos del grupo experimental.

- Escala de Satisfacción con el programa (basada en el cuestionario de credibilidad/expectativa (CEQ) de Borkovec & Nau, 1972): Se trata de una escala desarrollada *ad hoc* con el objetivo de explorar, una vez finalizado el tratamiento, factores como la satisfacción de la persona con el tratamiento en términos de agrado, lógica del tratamiento, recomendación, utilidad y molestia, entre otros. Consta de un total de 12 ítems, valorados en una escala del 0-10 (Nada – Muchísimo). Esta escala sólo se empleó en la evaluación correspondiente al postest (tras la intervención en el grupo experimental).

Además de estos instrumentos de evaluación, durante las sesiones de tratamiento los pacientes completaban dos registros semanales (anexos 7 y 8):

- Evaluación semanal del proceso de tratamiento. Se trata de un pequeño cuestionario formado por cinco ítems, cuyas opciones de respuesta oscilan entre 0=nada y 10=mucho; aunque uno de los ítems se evalúa del 0% al 100%. En estos ítems se explora la percepción sobre la capacidad para solucionar los problemas sexuales por parte del paciente, el grado de confianza con la terapia para solucionar este problema, el grado de comodidad durante las sesiones, la percepción de mejora sobre los síntomas sexuales y la consecución de las metas propuestas.
- Registro de la actividad sexual semanal. En este registro se recoge información de todas las conductas sexuales (tanto *online* como *offline*). La información que se explora tiene que ver con la descripción de la actividad sexual en sí (día y hora, tipo de actividad sexual, lugar, descripción de la conducta, duración y grado de placer experimentado [0-10]), con los antecedentes de la actividad sexual (situación antes de realizar esta conducta, pensamientos y emociones previas a la actividad sexual y grado de excitación previo [0-10]), y con las consecuencias de esta conducta sexual (pensamientos y emociones tras realizar la actividad sexual).

3.2. Información sobre el proceso terapéutico proporcionada por parte del terapeuta

Con el fin de obtener información sobre el proceso terapéutico, también diseñamos una serie de preguntas *ad hoc* sobre cada paciente completada por su terapeuta una vez finalizada la intervención con el paciente. La información recogida se dividía en dos grandes bloques. El primer bloque recoge información sobre todos los participantes del estudio. Esta información respondía a si el paciente había sido propuesto para iniciar el tratamiento (respuesta dicotómica

Sí/No); si además de ser propuesto, había iniciado el tratamiento (respuesta dicotómica Sí/No) y, en el caso de que no hubiera iniciado la intervención, cuál era el motivo (por ejemplo, continuaba con otro terapeuta, dejó de responder, etc.).

El segundo bloque de preguntas sólo se completaba si el paciente en cuestión había iniciado el tratamiento. La información recogida en este bloque comprendía el grado de adherencia (en una escala tipo Likert; 0=Nada adherente; 4=Muy adherente); motivos de la baja adherencia (respuesta abierta); si el paciente finalizó el tratamiento (respuesta dicotómica Sí/No); en el caso de abandono, número de sesión de abandono y motivo (si el terapeuta lo conocía); si el paciente contaba con apoyo social durante el tratamiento (respuesta dicotómica Sí/No) y qué tipo de apoyo (respuesta abierta); si participó algún coterapeuta durante la intervención (respuesta dicotómica Sí/No) y si ésta fue una participación puntual o prolongada. Finalmente, sobre aquellos pacientes que habían finalizado el tratamiento se recogía información sobre si en las últimas sesiones se había trabajado algún otro aspecto (respuesta dicotómica Sí/No) y, en caso afirmativo, qué se había trabajado (por ejemplo, abuso sexual, disfunción sexual, refuerzo de autoestima, etc.).

4. Programa de intervención

El programa ADISEX, que aplicamos para el tratamiento de los pacientes con un consumo problemático de cibersexo está basado en el de Ballester (2006) [ver capítulo 4], aunque con diversas variaciones. En primer lugar, el número de sesiones se redujo a 12 con una duración de hora y media cada una de ellas y, en segundo lugar, su aplicación se realizó de forma *online*, aunque también individualmente como propuso el autor en la propuesta de 2006, y con una periodicidad semanal. El esquema del contenido ha sido publicado en los manuales de Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario & Giménez-García (2020), Ballester-Arnal y Gil-Llario (en prensa) y Ballester-Arnal y García-Barba (en prensa).

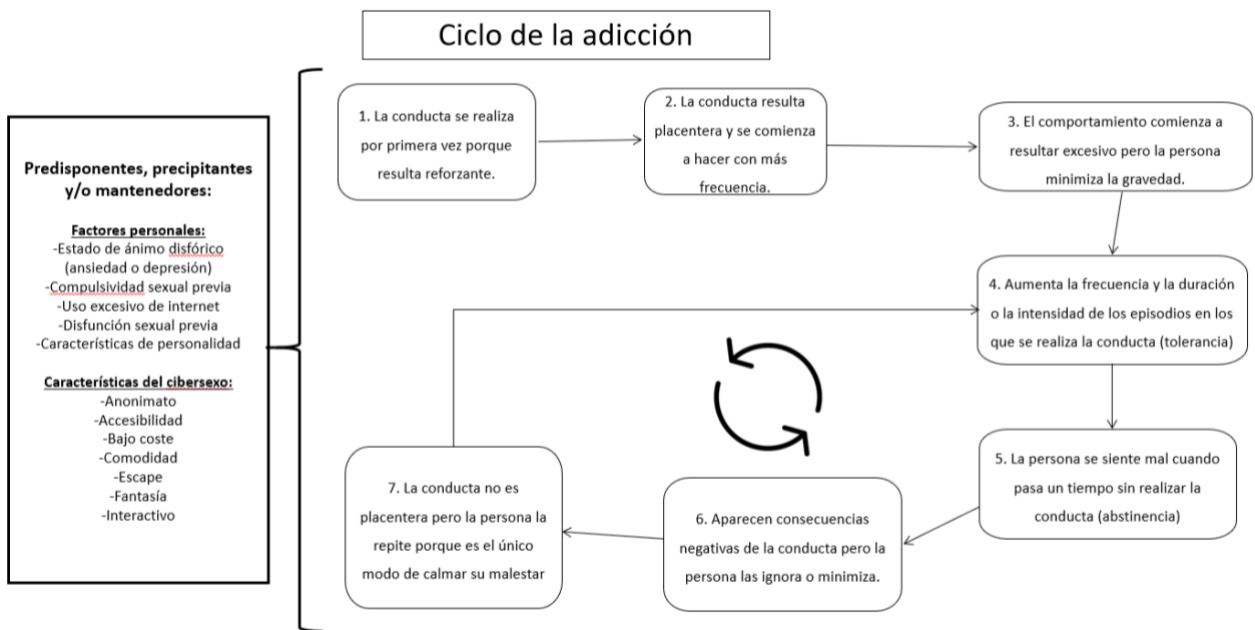
Las características y componentes de las sesiones de este programa, que fue el aplicado en este estudio, se exponen brevemente a continuación.

Sesión 1. Módulo psicoeducativo y establecimiento de la motivación (anexo 9).

En esta sesión se trabajan diferentes aspectos teóricos sobre la adicción al cibersexo. Concretamente, se explica lo que es una adicción conductual, las similitudes y diferencias con otras adicciones, las manifestaciones concretas de la adicción al cibersexo, etc. También se explica el ciclo de la adicción al cibersexo (figura 7), adaptándolo a su caso particular mediante el uso de la información recogida en el registro semanal y ayudando al paciente a identificar qué factores en su caso pueden estar actuando como predisponentes, precipitantes y/o mantenedores de la adicción; así como el lugar del ciclo de la adicción en el que se encuentra.

Figura 7

Ciclo de la adicción al cibersexo



Una vez explicado el ciclo de la adicción, se exponen las diferentes posibilidades de intervención (intervenciones farmacológicas y psicológicas), explicando las características de este tratamiento, y ahondando en la percepción y las expectativas que tiene el paciente sobre este proceso de intervención. En este punto es importante ajustar las expectativas, advertir de que su percepción de mejora puede variar, que su evolución no será siempre constante, etc.

Por otro lado, también se aborda la importancia de la motivación, proponiéndole al paciente que elabore una tabla con ventajas e inconvenientes del uso del cibersexo. Un punto destacable de esta sesión es trabajar sobre la percepción del anonimato. Mediante ejemplos de situaciones reales (por ejemplo, organizar un viaje en internet, noticias sobre personas que poseen material pornográfico infantil, etc.) ayudamos a que el paciente tome conciencia del falso anonimato que entraña internet. Además, al finalizar la sesión el paciente recibe un documento sobre el anonimato en la red para que pueda leerlo detenidamente y reflexionar sobre ello. Finalmente, se establece el objetivo de la terapia y cuáles son los criterios o indicadores de cambio.

-Tareas para realizar entre sesiones: además de la lectura sobre el anonimato, también enviamos al paciente un documento con diferentes perfiles de personas en riesgo o con adicción al cibersexo, con el fin de facilitar la comprensión del problema, así como la identificación de diferentes síntomas. Asimismo, debe completar el listado de ventajas e inconvenientes que se ha trabajado durante la sesión. Finalmente, se le pide que complete los registros semanales (anexos 7 y 8).

Sesión 2. Planificación ambiental.

Al inicio de la sesión se resuelve cualquier duda sobre la sesión anterior y sobre las tareas que ha realizado durante la semana, y se repasan con el paciente los registros semanales (anexos 7 y 8), como se realiza en todas las sesiones.

Durante esta sesión se trabaja concretamente sobre la planificación ambiental. En primer lugar, se explica en qué consiste la planificación ambiental y cuál es el objetivo (dificultar el uso de internet con fines sexuales poniendo barreras físicas, tecnológicas, etc.). Con la ayuda de los registros semanales se establecen los límites conductuales (comportamientos prohibidos, de riesgo o saludables), así como las medidas que el paciente puede implementar para evitar realizarlas identificando y previniendo las situaciones de mayor riesgo (por ejemplo, instalación de un programa de control parental, cambio de ubicación del ordenador del trabajo, etc.). En este sentido, también se contempla la posibilidad de incluir a una persona que realice las labores de coterapeuta y el grado de participación (por ejemplo, persona que solo gestione las contraseñas del control parental). Este punto es siempre opcional y depende en parte de la voluntad y las circunstancias sociales del paciente.

Por otro lado, se establecen los objetivos durante el tratamiento (abstinencia total del uso de internet con fines sexuales durante el tiempo que dure la intervención), y se fija un momento temporal en el que se abandona definitivamente la conducta sexual *online*. Para ayudar al paciente con esta tarea también se trabaja el duelo ante la pérdida de ciertas conductas sexuales, y se anima al paciente a rescatar algunas estrategias que le han resultado útiles en algún momento. Además, se establece un contrato de contingencias en el que se elabora un listado de refuerzos (diarios, semanales, mensuales y a largo plazo) que debe utilizar cuando consiga ciertos objetivos (por ejemplo, estar un día sin utilizar internet con fines sexuales).

-Tareas para realizar entre sesiones: Seguir completando los registros semanales (anexos 7 y 8) y aplicar los cambios propuestos con la planificación ambiental, revisando posibles errores.

Sesión 3. Inicio del entrenamiento en técnicas de autorregulación emocional.

Antes de iniciar esta sesión, se resuelven posibles dudas que hayan surgido durante la semana, y se aclara cualquier error o duda en la planificación ambiental, proponiendo mejoras si fuera necesario. También se revisan los registros semanales.

Durante esta tercera sesión de intervención se trabaja sobre la regulación emocional. En primer lugar, se ajusta la información y el concepto que tiene el paciente sobre lo que es una emoción, los sentimientos, el afecto, los pensamientos, etc. y sobre lo que es la inteligencia emocional, haciendo especial hincapié en que lo que se pretende no es eliminar las emociones negativas, sino más bien aprender a atenderlas, identificarlas, diferenciarlas y ajustarlas a cada

situación. También se explican las diferentes estrategias existentes para regular las emociones (fisiológicas, cognitivas y conductuales), aunque en esta sesión nos centraremos concretamente en las estrategias cognitivas.

Para trabajar con las estrategias cognitivas, se empieza explicando el modelo ABC de Ellis, las grandes creencias irracionales y los pensamientos negativos concretos de situaciones específicas.

-Tareas para realizar entre sesiones: Además de los registros semanales habituales (anexos 7 y 8), al paciente se le pide que complete un nuevo registro basado en el modelo ABC y se le envía un documento explicativo sobre lo trabajado durante la sesión en el que se incluye una tabla con distintos errores del pensamiento para trabajar en la próxima sesión.

Sesión 4. Errores cognitivos y discusión cognitiva.

Antes de iniciar esta sesión como en todas las anteriores, se resuelven posibles dudas sobre la sesión anterior y se revisan todos los registros y tareas realizados durante la semana.

Una vez comprobamos que el paciente ha leído los documentos de la sesión anterior, se le explica en profundidad lo que es un error del pensamiento y los diferentes errores que podemos encontrarnos. Con la ayuda del registro ABC que completó durante la semana anterior a esta sesión, ayudamos al paciente a identificar errores cognitivos en sus propios pensamientos. Una vez se han identificado los errores del pensamiento en su registro, con la ayuda de uno de estos pensamientos u otro que pueda ser frecuente en el paciente, se explican los pasos para combatir los pensamientos negativos.

Pasos para combatir los pensamientos negativos:

1. Identificar el pensamiento real y valorar cuál es el grado de creencia sobre ese pensamiento (0-100).
2. Buscar evidencias a favor y en contra de la racionalidad o verosimilitud de ese pensamiento.
3. Evaluar nuevamente la probabilidad de que este pensamiento sea cierto (0-100).
4. Buscar un pensamiento alternativo que se ajuste más a la realidad.
5. Desdramatización. Valorar cómo de horrible sería (0-100) si el pensamiento inicial fuera cierto y se cumpliera lo que se teme.
6. Utilidad. Si realmente valora ese pensamiento como algo horrible, ¿qué utilidad tiene pensar en eso?

-Tareas para realizar entre las sesiones: Registros habituales, nuevo registro ABC en el que se incluyen pensamientos alternativos, discusión cognitiva de un pensamiento durante la semana y leer documento sobre esta sesión.

Sesión 5. Autoverbalizaciones, las trampas del pensamiento, responsabilidad vs. culpa y recursos de afrontamiento.

Al inicio de la sesión se resuelven posibles dudas de la sesión anterior, de las lecturas o de las tareas realizadas, y se revisan todas las tareas semanales.

En esta sesión se trabaja sobre las autoverbalizaciones como estrategia complementaria para combatir los pensamientos negativos. En primer lugar, se explica que consiste en elaborar frases breves, positivas y con un alto grado de creencia que puedan ayudar a sentirse mejor, ya que contrarrestan los pensamientos negativos. Estas frases pueden ser más generales (por ejemplo, realmente tengo cualidades positivas) o más concretas (por ejemplo, tengo que darle tiempo a esta persona para que me conozca mejor). Se le pide al paciente que genere algunas afirmaciones positivas sobre sí mismo o alguna situación en concreto que le ayuden a afrontar situaciones de riesgo para su adicción.

Por otro lado, en esta sesión también se trabaja sobre las trampas del pensamiento. Concretamente, se explica que hay pensamientos positivos que aparentemente son buenos porque generan bienestar. Sin embargo, pueden llevarnos al autoengaño e incluso a alguna recaída (por ejemplo, por una vez no pasa nada, solo serán cinco minutos, me merezco poder disfrutar un rato, podré parar cuando lo desee, etc.); mientras que otros pensamientos, a pesar de ser negativos y generar malestar, pueden ayudarnos. Como ejemplo de estos últimos pensamientos se trabaja sobre la culpa y la responsabilidad, cómo al sentirnos responsables del problema, aunque nos genere emociones negativas, podemos darle una solución y ser partícipes de ella, mientras que la culpabilidad puede llevar a restar fuerzas ya que erróneamente da pie a asumir que la adicción es parte intrínseca y consustancial al paciente.

-Tareas para realizar entre las sesiones: Registros habituales, continuar con el registro ABC de la sesión anterior, elaborar el listado de autoverbalizaciones, identificar posibles trampas del pensamiento y leer un documento que se envía al finalizar la sesión.

Sesión 6. Autoestima, estigma y metas vitales.

Del mismo modo que en las sesiones anteriores, esta sesión también empieza revisando todas las tareas semanales y resolviendo las dudas que hayan podido surgir con respecto a la sesión anterior.

Una vez revisadas, se empieza con el abordaje de la autoestima. En primer lugar, se describe lo que es la autoestima y su importancia y se pide al paciente que valore cómo es su

autoestima en general y en función de diferentes ámbitos (aspecto físico, salud, personalidad o carácter, relaciones sociales, a nivel moral, funcionamiento mental, rendimiento académico o laboral, sexualidad). Esta valoración se realiza de forma cuantitativa (del 0 al 10) y de forma cualitativa (destacar algo positivo y algo negativo de cada ámbito). También se le pide que identifique las virtudes que más destaca sobre sí mismo y que las escriba en algún lugar visible, (por ejemplo, cartel en el dormitorio).

Por otro lado, también se explora el posible origen de la baja autoestima, así como las cosas de las que pueda sentirse culpable el paciente. Normalmente identifican hechos relacionados con la adicción al cibersexo. En este sentido, no solo se le pide al paciente que se centre en la parte más negativa, sino que también identifique cosas de las que se siente orgulloso, así como su capital emocional (personas que en algún momento han sido significativas en la vida del paciente, que han creído en él, etc.).

Otra parte muy importante a trabajar es la dimensión social de la autoestima, muy relacionada con el estigma asociado a la adicción al cibersexo. En este punto se trabaja cómo afrontar el temor hacia la opinión de los demás y el estigma asociado a este problema mediante los pasos de la discusión cognitiva y pidiéndole al paciente que se diga a sí mismo lo que le diría a un familiar o amigo que estuviera en su misma situación, destacando la importancia de tener una buena opinión sobre uno mismo.

En esta misma sesión también se exploran las metas vitales y su importancia, pidiéndole al paciente que identifique qué metas vitales son importantes para él y le gustaría perseguir. Finalmente, se aborda la autoeficacia y su importancia a la hora de enfrentarse a situaciones difíciles.

-Tareas para realizar entre las sesiones: registros habituales, registro ABC en el que se incluyen los pensamientos alternativos, leer documento sobre esta sesión, completar el listado de virtudes y dejarlo en un lugar visible y completar el listado de personas que forman parte del capital emocional.

Sesión 7. Recursos de afrontamiento, atención plena y entrenamiento en respiración lenta.

Como en todas las sesiones anteriores, esta sesión comienza con el repaso de las tareas semanales y la resolución de dudas o inquietudes.

Una vez repasadas todas las tareas, se realiza una especie de recorrido mental en el que se recuerdan todas las estrategias, conocimientos, etc. que ha ido adquiriendo el paciente durante las sesiones de tratamiento. En este caso se utiliza la metáfora de la mochila en la que guardamos todo el equipaje para alcanzar la meta final y se le pide al paciente que guarde en algún sitio

accesible (simulando esa “mochila”) todas las estrategias aprendidas. Al finalizar este pequeño recorrido, se trabaja sobre una nueva estrategia: la atención plena.

Para enseñar al paciente lo que es la atención plena se realizan tres ejercicios en los que se trabaja la atención plena con un objeto (en este caso, con un fruto seco o un alimento pequeño), con su propio cuerpo (recorrido por todas las partes del cuerpo identificando sensaciones) y con sus emociones (se le pide al paciente que identifique todas las emociones que está experimentando en ese momento). Mediante estos tres ejercicios se va explicando el funcionamiento de la atención plena, así como su utilidad.

Finalmente, se explica la técnica de respiración lenta como herramienta para combatir la ansiedad.

-Tareas para realizar entre las sesiones: Registros habituales, registro ABC en el que se incluyen los pensamientos alternativos, practicar la respiración lenta durante 5-10 minutos, realizar ejercicios de atención plena (ya sea con algún alimento, con sensaciones corporales o con sus propias emociones) dos/tres veces durante la semana.

Sesión 8. Técnicas de afrontamiento del estrés.

En primer lugar, se revisan las tareas realizadas durante la semana y se resuelven las posibles dudas que hayan podido surgir.

En segundo lugar, trabajamos sobre los objetivos de la propia sesión. Uno de estos objetivos es enseñar al paciente una nueva técnica: la solución de problemas o toma de decisiones. Se le explica esta técnica, así como su utilidad y, a través de un problema actual que presente el paciente, se trabaja cada uno de los pasos de esta técnica siguiendo a D’Zurilla y Goldfried (definición del problema, actitud positiva, generación de alternativas, valoración de cada alternativa, elección de la alternativa más adecuada y plan de acción).

Otro punto a trabajar durante esta sesión son las estrategias conductuales alternativas de afrontamiento. Para ello, se le pide al paciente que elabore un listado de posibles actividades alternativas al cibersexo ante emociones disparadoras, estrés o malestar emocional (por ejemplo, deporte, escuchar música, leer, etc.). De forma muy similar a estas estrategias, pedimos al paciente que elabore un plan de escape ante señales de alarma que indiquen una posible recaída. Se trata de un listado de actividades que permitan al usuario escapar de esa situación, ya sea mental o físicamente, para evitar o dificultar una recaída inminente. Entre estas estrategias nos encontramos con la elaboración de una carta a sí mismo que le pueda ayudar en un momento en que sienta el impulso de realizar la conducta indeseada, humanizar a la persona que ha objetivado o cosificado, etc.

-Tareas para realizar entre las sesiones: registros habituales, lectura del material que se envía al paciente, aplicar los pasos de la solución de problemas a un problema, redactar el plan de escape, redactar las posibles actividades alternativas ante emociones negativas y redactar la carta dirigida a uno mismo.

Sesión 9. Estilos de vida.

Nuevamente, al inicio de esta sesión se repasan las tareas realizadas durante la semana y se resuelven las posibles dudas.

Esta sesión se centra principalmente en trabajar sobre todos los ámbitos de la vida del paciente que han podido quedar afectados por la adicción. Se le explica al paciente cómo una adicción se convierte en un estilo de vida autodestructivo que, de forma directa o indirecta, acaba interfiriendo en diferentes áreas. Se van repasando uno a uno los diferentes ámbitos (alimentación, sedentarismo, vida social, sueño, sustancias tóxicas, adicción o abuso de ciertas conductas y salud sexual) comentando cómo sería una vida saludable con respecto a ese ámbito, exponiendo los beneficios de cada uno de ellos. Se le pide al paciente que comente cómo cree que cuida de ese ámbito en concreto y cómo podría mejorarlo.

Con respecto a la salud sexual, quizás una de las áreas más afectadas, se trabaja el autocuidado, la sensualidad e intimidad en las relaciones sociales y con la propia pareja (sin necesidad de mantener relaciones sexuales), dar placer a la pareja o a uno mismo sin necesidad de tocar los genitales, sexualidad genital, conductas de riesgo, sexualidad sin afecto ni sensualidad y los beneficios de la masturbación.

-Tareas para realizar entre las sesiones: Registros habituales, planes concretos para mejorar la calidad de vida en los ámbitos afectados y ejercicios para promover la sensualidad.

Sesiones 10 y 11. Desvanecimiento del control de estímulos y abordaje de otras cuestiones no tratadas anteriormente.

Al inicio de estas sesiones se repasan las tareas semanales pertinentes, así como la resolución de dudas e inquietudes.

Con el fin de comprobar si el paciente puede controlar su conducta sexual por sí mismo sin necesidad de mantener las restricciones impuestas durante la planificación ambiental, se le pide al paciente que vaya exponiéndose poco a poco a situaciones de riesgo. Dependiendo del paciente y de las características de su adicción, puede volver a acceder a páginas pornográficas para ver qué siente, instalarse aplicaciones con contenido sexual, acceder a chats, etc. Estas breves exposiciones deben ser controladas y consensuadas en la sesión. Es decir, el paciente y el terapeuta acuerdan en función de las características del paciente y de su adicción, las tareas que

va a realizar (por ejemplo, descargarse una *app* con contenido sexual y crear un perfil; explorar una página pornográfica durante 10 minutos, etc.). Es importante que en ese momento tenga a mano el listado de “pistas de frenado” o “plan de escape” para poder usarlas en el caso de que fuera necesario, además de anotar cualquier impulso, la situación asociada, pensamientos, emociones, etc. Esto no significa que vaya a poder realizar esas conductas en el futuro. Solo queremos saber cómo reaccionaría, qué sentiría y qué haría en el caso de encontrarse ante esas situaciones.

En estas sesiones también se abordan otros problemas que, en ocasiones, pueden requerir un mayor número de sesiones. Entre estos problemas solemos encontrarnos con algún trauma sexual en la infancia o adolescencia, problemas de pareja, disfunciones sexuales, otras adicciones, etc.

-Tareas para realizar entre las sesiones: Continuar con el desvanecimiento anotando cualquier situación en la que aparezca un impulso sexual. En alguna ocasión, el abordaje de otro problema no tratado también requiere la realización de alguna tarea.

Sesión 12. Prevención de recaídas.

En esta sesión también se repasan las tareas realizadas durante la semana anterior y si hay algún aspecto importante a tratar. No obstante, el punto más importante en esta sesión es la prevención de recaídas. En primer lugar, se realiza un repaso de la evolución del paciente con la ayuda de los registros que ha completado semanalmente, y también se le pide al paciente que realice su propia valoración del progreso. En segundo lugar, se repasa todo lo aprendido durante las sesiones de tratamiento, destacando los puntos trabajados en cada una de las sesiones. En tercer lugar, se le pide al paciente que identifique los factores que asocia a su mejoría, reforzando todo el proceso y los objetivos que ha conseguido. También es importante explorar posibles dudas, miedos e inquietudes, así como las expectativas futuras que tiene el paciente con respecto a su vida y al problema en particular. Se le recuerda la importancia de continuar practicando las técnicas aprendidas y se le recuerda la disponibilidad de los terapeutas ante una posible recaída.

Finalmente, se explica al paciente cómo será la evaluación post-intervención, así como el resto de evaluaciones de seguimiento.

5. Procedimiento

Esta investigación forma parte de un proyecto más extenso que comprende algunas fases previas al estudio y comparte las fases de todo el proceso. A continuación, exponemos las fases del estudio.

5.1 Fases previas al presente estudio

Fase 1. Construcción del programa de tratamiento

Nuestro equipo de investigación confeccionó este programa de tratamiento partiendo de una versión inicial (Ballester, 2006). Tanto esta como su versión inicial están basadas en otras intervenciones que han resultado ser eficaces para el tratamiento de las adicciones en general y de las adicciones sexuales en particular. Concretamente, se seleccionaron módulos que se han mostrado eficaces para estas patologías (por ejemplo, psicoeducación) y se han adaptado a las características de la adicción al cibersexo. En este sentido, también se han explorado todos los factores que han sido identificados como mantenedores de la adicción al cibersexo (por ejemplo, dificultades en la regulación emocional) para incluirlos como aspectos fundamentales a trabajar dentro del propio programa.

Finalmente, se elaboraron las diferentes agendas de sesión, disponibles para todos los terapeutas, en las que se distribuyen todos los módulos seleccionados para nuestro tratamiento en las diferentes sesiones.

Fase 2. Formación de los terapeutas.

Una vez elaboradas las agendas de sesión, se llevó a cabo una formación completa de los terapeutas. Esta formación consistía en la aplicación del tratamiento completo junto a la evaluación pretest por parte de un terapeuta a otro (*role-playing*), mientras que el resto observaba y planteaba cualquier duda que pudiera surgirle como terapeuta y/o como paciente, además de realizar sugerencias de mejora. La persona que hacía de terapeuta fue Rafael Ballester, el investigador principal (IP) de este proyecto y del grupo de investigación, y la que hacía de paciente fue Jesús Castro, miembro del equipo Salusex. Estas sesiones de *role-playing* quedaron grabadas para poder revisarlas antes de aplicar el tratamiento.

Para este estudio participaron un total de 6 terapeutas (2 hombres y 4 mujeres) a los que se les asignaban los pacientes de forma completamente aleatoria. Además, cada paciente era tratado por un mismo terapeuta tanto en la intervención como en todos los procesos de evaluación.

5.2 Obtención de la muestra y aplicación del tratamiento

Obtención de la muestra

La recogida de muestra se inició en el año 2016 como parte del proyecto más extenso del que forma parte. No obstante, no fue hasta 2018 cuando se inició el proceso de intervención de los participantes. Tanto para la obtención de la muestra como para realizar todas las sesiones empleamos nuestra plataforma desarrollada *ad hoc* para esta investigación (<https://adiccionalsexo.uji.es/>). Esta plataforma contiene un apartado de evaluación en

el que se encuentra la batería a la que denominamos *pretest: primera sesión* (<https://adiccionalsexouji.es/cuestionarios/index.php/475856/lang-es>), detallada en el apartado de instrumentos y en el anexo 3, así como información sobre nuestro equipo, la adicción al cibersexo o las condiciones del tratamiento (por ejemplo, gratuidad del mismo). Todas las personas que completaban este cuestionario recibían automáticamente un documento pdf explicativo con los resultados más relevantes y un código de identificación. Además, a las personas cuyos resultados podrían indicar un uso problemático de cibersexo se les recomendaba contactar con nuestro equipo de terapeutas a través de la misma plataforma o de la dirección de correo electrónico salusex@uji.es.

Para obtener la muestra se emplearon diferentes estrategias que detallamos a continuación. Por un lado, se encuentran las estrategias pasivas de reclutamiento. Esta plataforma se encuentra disponible a través de cualquier buscador como Google empleando términos de búsqueda como “adicción al cibersexo”, “adicción al sexo”, “tratamiento adicción al cibersexo”, “tratamiento adicción a la pornografía”, entre otros términos, por lo que, cualquier persona que buscara alguno de estos términos en internet podía acceder a nuestra plataforma y completar la batería de evaluación pretest (primera sesión).

En cuanto a las estrategias de reclutamiento activas, destacamos las siguientes: (1) envío masivo de correos electrónicos a través de listas de servidores de diferentes instituciones (universidades, organizaciones, profesionales de salud mental, etc.); (2) contacto telefónico con servicios de salud mental, centros de adicciones, centros de planificación familiar, etc. de toda España; (3) difusión del estudio en sitios web, radios y periódicos; (4) publicaciones de *banners* a través de Facebook mediante el pago de anuncios publicitarios; (5) difusión en redes sociales como twitter, Instagram, etc.; (6) colocación de *flyers* informativos en lugares de interés (ej.: encuentros científicos donde se reúnen profesionales de salud mental, sexualidad, etc.).

En la figura 6 se observa de forma esquemática el desglose total de personas que han accedido a nuestros servicios. Hay que destacar que 8271 personas iniciaron la encuesta inicial *online* de nuestra plataforma, de los cuales 3504 completaron la totalidad de la batería y obtuvieron un pdf con los datos principales.

Evaluación y tratamiento

Cuando las personas contactaban con nuestro equipo, se les solicitaba el código de identificación asignado al completar la batería de evaluación pretest: primera sesión o, si no habían respondido a esta encuesta, se les pedía que lo hicieran antes de la primera sesión de evaluación. A su vez, se le asignaba a uno de nuestros seis terapeutas disponibles que contactaba con el paciente para confirmar la cita si ya había reservado visita o, si no la había reservado, proponerle una fecha para proceder con la evaluación pretest.

La evaluación pretest se compone de un total de tres sesiones. En estas tres sesiones se aplica principalmente la entrevista diagnóstica estructurada CISEX en su versión extendida (expuesta en el apartado de instrumentos) y, además, se completa con otros instrumentos de evaluación (cuestionarios correspondientes a la batería pretest de la primera sesión y la de la segunda).

En primer lugar, antes de iniciar la primera sesión de evaluación, el paciente ya ha completado la batería que hemos denominado pretest primera sesión (ver apartado de instrumentos) por lo que el terapeuta cuenta con cierta información relevante que incluso puede verificar e indagar más sobre ella si fuera necesario en las sesiones de evaluación. Este enlace se encuentra disponible en nuestra plataforma *ADISEX* en el apartado de evaluación (<https://adiccionalsexouji.es/adiccion-al-cibersexo/evaluacion-cibersexo/>). El acceso a estos resultados se realizaba mediante el código de identificación que se le asignó al paciente al responder a este último enlace. En esta primera sesión también se establece el *rapport* terapeuta-paciente, se expone la información sobre nuestro grupo de investigación, las sesiones de evaluación y tratamiento y se resuelve cualquier duda que pudiera tener el paciente. Además, se comunican los principios éticos y confidenciales que sigue el programa.

En la segunda sesión de evaluación continuamos aplicando la entrevista diagnóstica CISEX. Al finalizar esta sesión de evaluación, al paciente se le envía un enlace creado en la plataforma *limeSurvey* (<http://adiccionalsexouji.es/cuestionarios/index.php/666866/lang-es>) en el que se recogen los cuestionarios correspondientes a la batería pretest de la segunda sesión. Debe completar estos cuestionarios utilizando su código de identificación que le facilitará el propio terapeuta.

Finalmente, en la tercera sesión de evaluación, se revisan los datos obtenidos en la batería anterior y se indaga sobre algún otro aspecto relacionado con las posibles comorbilidades presentes para así hacer una devolución del diagnóstico adecuada.

Una vez se ha hecho la devolución del diagnóstico, a todas las personas que presentan un perfil de riesgo de adicción al cibersexo o de adicción se les propone participar en la intervención y se les explica brevemente en qué consistirá el tratamiento. A las personas que se les asigne en el grupo control se les explica que, aunque se les proponga para recibir el tratamiento, pasan primero a la lista de espera, mientras que a las personas del grupo experimental se les propone una fecha con una semana de diferencia para iniciar el tratamiento. Finalmente, a las personas de este último grupo se les explica el registro semanal de la actividad sexual (anexo 8) y se le pide que lo completen durante la semana.

Una vez transcurridos tres meses desde el diagnóstico, se contacta nuevamente con las personas del grupo control ofreciéndoles la posibilidad de iniciar el tratamiento y

solicitándoles que completen el enlace que contiene la batería de reevaluación del grupo control (anexo 5) recordándoles nuevamente su código de paciente (<https://adiccionalsexouji.es/cuestionarios/index.php/238416/lang-es>). Además de estos datos, los pacientes del grupo control son reevaluados mediante la entrevista diagnóstica CISEX abreviada que se aplica en una única sesión. Si el paciente sigue cumpliendo criterios de adicción o de riesgo de adicción al cibersexo, podían iniciar el tratamiento una semana después de la reevaluación.

Todas las personas que finalizaban el tratamiento eran citadas una semana después de haberlo finalizado con el objetivo de realizar la evaluación posttest. Para esta evaluación completaban la batería correspondiente a la evaluación posttest (anexo 6) utilizando su código de paciente que garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas (https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_3RfXMcPdrMunk0d). Posteriormente y en una única sesión, eran reevaluados mediante la entrevista CISEX versión abreviada. En esta sesión se les comunicaba cuándo tendría lugar el próximo seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses tras la finalización del tratamiento) y, aproximadamente una semana antes de cada seguimiento, se les enviaba el mismo enlace de evaluación posttest con su código de identificación y el número de seguimiento correspondiente y se les solicitaba que lo respondieran antes de la siguiente sesión.

Una vez finalizado el último seguimiento (12 meses tras finalizar el tratamiento), se daba por completado el proceso.

6. Análisis estadísticos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS Versión 27.0 y el programa G*Power 3.1 (empleado para calcular el tamaño del efecto).

Los análisis estadísticos empleados en este estudio se realizaron empleando medidas no paramétricas debido principalmente al reducido tamaño muestral (n entre 59 y 13) y a la pérdida muestral en los seguimientos que dificultaba la realización de otros análisis como los de medidas repetidas. Además, en muchas ocasiones tampoco se satisfacen los criterios de normalidad y homogeneidad en las varianzas (Portney, 2020).

En primer lugar, para analizar las diferencias entre muestras independientes (grupo control vs. grupo experimental y grupo de abandono vs. grupo que finalizó el tratamiento) se emplearon los estadísticos chi-cuadrado, como estadístico de contraste para las variables categóricas, y la prueba U de MannWhitney para la comparación de dos promedios independientes (variables continuas). La magnitud de las diferencias para las pruebas realizadas con el estadístico chi-cuadrado se calculó mediante la V de Cramer, mientras que para calcular el tamaño del efecto en las variables continuas (análisis realizados con la prueba U de MannWhitney) se empleó la d de Cohen. Para la V de Cramer, los tamaños del efecto en torno a 0.10 se consideran pequeños, alrededor de 0.30 moderados y próximos a 0.50 grandes, mientras

que para la d de Cohen tamaños del efecto sobre 0.20 son pequeños, en torno a 0.50 medianos y alrededor de 0.80 o más grandes (Ellis, 2010).

Para comparar las diferencias entre las distintas variables exploradas en muestras relacionadas (ej.: grupo experimental en la evaluación inicial vs. Grupo experimental en el posttest; GC en el pre-test vs GC tras tres meses sin intervención) empleamos como estadísticos no paramétricos la prueba de McNemar (como estadístico no paramétrico para las variables dicotómicas), la prueba z de Wilcoxon (para la comparación de promedios de las variables continuas de dos muestras relacionadas) y la prueba de signos (como estadístico no paramétrico para las variables ordinales).

Para calcular las diferencias en las variables del grupo experimental en los diferentes momentos de evaluación (evaluación inicial, postratamiento y de seguimiento tras 1, 3, 6 y 12 meses de haber finalizado la intervención) debido a la disminución del tamaño muestral, muy acusado en los últimos seguimientos, no pudimos hacer análisis de medidas repetidas, por lo que los estadísticos de elección fueron la prueba z de Wilcoxon para las variables continuas, la prueba de McNemar para las diferencias entre las variables dicotómicas y la prueba de signos para las variables ordinales. Para calcular la magnitud del efecto se empleó la *odds ratio* (OR) en las pruebas de McNemar, siendo un valor nulo cuando la OR es igual 1.0, lo que indica que no hay diferencias en las proporciones; mientras que valores superiores o inferiores a 1.0 indican un aumento o disminución de la probabilidad (Portney, 2020).

Finalmente, para realizar las regresiones se emplearon dos métodos diferentes en función de la variable dependiente. Cuando la variable dependiente es una variable categórica, utilizamos una regresión logística binaria, mientras que las regresiones lineales simples se emplearon cuando la variable dependiente es continua. Respecto al método empleado, escogimos el método por pasos en las regresiones lineales puesto que, por un lado, el número de variables independientes es muy elevado y, además, uno de nuestros objetivos, es conocer qué variables pueden predecir un mayor cambio. Para estos casos donde el tema es muy novedoso, como analizar la eficacia de un programa nuevo, y los investigadores desconocen qué variables podrían tener más peso en el modelo, ejecutar un análisis por pasos y ajustar el modelo seleccionado proporciona una mejor predicción que ningún modelo (Olusegun et al., 2015).

7. Aspectos éticos

Para la realización de este estudio se siguieron los criterios internacionales de la Declaración de Helsinki. Además, esta tesis se deriva de un proyecto de investigación financiado por la Universitat Jaume I (código P1-1B2015-82), contando con la aprobación de la Comisión Deontológica de dicha universidad.

En todo momento se ha garantizado la seguridad de los datos siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la legislación de la Unión Europea (Reglamento General de Protección de Datos [UE] 2016/679).

La recogida de datos correspondiente a los diferentes momentos de evaluación se realizaba mediante dos plataformas que garantizaban la privacidad de los datos: la diseñada específicamente para este proyecto (<https://adiccionalsexouji.es/>) y la plataforma Qualtrics. Todos estos datos se identificaban mediante un código asignado aleatoriamente al paciente que solo es conocido por el propio paciente y el terapeuta (siempre con el consentimiento informado del paciente). El acceso a la plataforma de tratamiento (<https://adiccionalsexouji.es/>) también se hacía mediante el uso de códigos, creados con el uso de las iniciales del terapeuta o el nombre del terapeuta y una combinación numérica aleatoria, que solo el paciente y el terapeuta conocían. También se utilizó un disco duro encriptado para el almacenamiento de cualquier dato comprometido o, en su defecto, almacenamiento físico seguro en los ficheros del equipo de toda la información disponible en papel (empleando siempre el uso del código del paciente para identificar la información y nunca sus datos personales), al que solo tienen acceso las personas autorizadas; en este caso, los terapeutas del equipo de investigación. Además, nuestro equipo de investigación *Salusex* tiene creado un fichero de datos personales, aprobado por la Rectora, con una persona responsable designada que es el propio IP del equipo, notificado al Registro General de Protección de Datos y publicado en el Diario Oficial de la Comunitat Valenciana.

Capítulo 7. Resultados

1. Análisis del perfil general de las personas que presentan un perfil problemático del uso de cibersexo

El primer objetivo del presente estudio pretende analizar las características de las personas que presentan un perfil problemático del uso de cibersexo. Dentro de estos análisis contamos con un total de 59 personas que, como ya se vio en el apartado de participantes, presentaban un perfil de riesgo o de adicción al cibersexo.

1.1 Perfil sociodemográfico

A nivel sociodemográfico observamos que la mayoría de las personas que presentan un perfil problemático del uso de cibersexo son hombres (94.9%), con una media de edad de 36.61 años ($DT=9.39$) y activos a nivel laboral (78%). En cuanto a los estudios alcanzados, el 61% posee algún título superior (diplomatura, licenciatura/grado o máster/doctorado), mientras que el resto de las personas ha alcanzado como mínimo el nivel de estudios secundarios. Poco más de la mitad se consideran ateos/agnósticos (50.8%), seguidos del 35.6% que se identifican como creyentes no practicantes. Finalmente, la mayoría de las personas que presentan este perfil residen en España (71.2%) mientras que un 25.4% residía en algún país latinoamericano en el momento de la evaluación (ver Tabla 13).

Tabla 13. Variables sociodemográficas de las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo

Personas con un perfil problemático (n=59)	
Género	
Hombre	94.9% (n=56)
Mujer	5.1% (n=3)
No binario	0% (n=0)
Edad (rango entre 22 y 67 años)	$M=36.61$ ($DT=9.39$)
Situación laboral	
Estudiante	10.2% (n=6)
Ocupado	78% (n=46)
Desempleado	8.5% (n=5)
Inactivo	3.3% (n=2)
Nivel de estudios alcanzado	
Sin estudios	0% (n=0)
Estudios primarios	0% (n=0)
Estudios secundarios	15.3% (n=9)
Formación profesional	23.7% (n=14)
Diplomatura	10.2% (n=6)
Licenciatura/Grado	25.4% (n=15)
Máster o doctorado	25.4% (n=15)
Creencias religiosas	
Creyente no practicante	35.6% (n=21)
Creyente practicante	13.6% (n=8)
Ateo/agnóstico	50.8% (n=30)
País de residencia	
España	71.2% (n=42)
Países de Latinoamérica (Perú, Argentina, etc.)	25.4% (n=15)
Otros países europeos (Alemania, Suiza)	3.4% (n=2)

1.2 Perfil sexual general no clínico

En la tabla 14, analizamos algunos aspectos relacionados con la sexualidad en general en las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo. La mayoría de las personas de este grupo son heterosexuales (71.2%) y con pareja estable (74.6%). En menor medida, nos encontramos con personas bisexuales (16.9%) y homosexuales (11.9%); así como personas sin pareja estable (20.3%) o con parejas esporádicas (5.1%). En lo que respecta a la frecuencia sexual, algo más de la mitad de los evaluados mantenía relaciones sexuales a diario (32.2%) o más de una vez al día (23.7%). El resto de personas refería una frecuencia sexual de entre tres y 7 veces por semana (30.6%) y 1 vez por semana (10.1%). Solo el 3.4% presentaba una frecuencia sexual inferior a una vez a la semana. Hasta la fecha, todas las personas que se encuentran dentro de este perfil se habían masturbado en solitario, el 96.6% había realizado y/o recibido sexo oral y un 83.1% había mantenido relaciones sexuales con penetración vaginal. En cuanto a la masturbación junto a otra persona, el 78% había realizado esta práctica, mientras que un porcentaje inferior (62.7%) había mantenido relaciones sexuales con penetración anal. Con respecto a la experiencia de abuso sexual en la infancia o adolescencia, su prevalencia es del 18.6% en esta muestra.

En este apartado también se exploraron las preferencias sexuales parafilicas. En las personas con un perfil problemático de cibersexo. Algunas de estas preferencias son relativamente frecuentes, sobre todo las preferencias voyeuristas como *observar sin ser visto a otras personas desnudándose o realizando cualquier actividad sexual sin su consentimiento* (72.9%). Otras preferencias sexuales como exponer los genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera (exhibicionismo) (44.1%), utilizar objetos para alcanzar el placer sexual (fetichismo) (42.4%) e incluso las preferencias sadomasoquistas (ser humillado, pegado o atado para alcanzar el placer sexual [37.3%] y hacer sufrir física o psicológicamente (humillar) para alcanzar el placer sexual [25.4%]) también son relativamente frecuentes entre las personas que solicitaron tratamiento. Conviene destacar que la atracción parafílica *mantener relaciones sexuales con niños* es la que se experimenta con menor frecuencia entre las personas de este perfil (6.8%).

Tabla 14. Variables sexuales generales de las personas con un perfil de uso problemático de cibersexo

	Personas con un perfil problemático (n=59)
Orientación sexual	
Heterosexual	71.2% (n=42)
Bisexual	16.9% (n=10)
Homosexual	11.9% (n=7)
Otras orientaciones	0% (n=0)
Situación sentimental	
Sin pareja estable	20.3% (n=12)
Con pareja estable	74.6% (n=44)
Parejas esporádicas	5.1% (n=3)
Frecuencia Actividad Sexual <i>Offline</i>	
Dos o tres veces/mes	3.4% (n=2)
Una vez a la semana	10.1% (n=6)
Tres veces a la semana	15.3% (n=9)
Entre 3 y 7 veces a la semana	15.3% (n=9)
A diario	32.2% (n=19)
Más de una vez al día	23.7% (n=14)
Tipo de actividades sexuales <i>offline</i> realizadas hasta la fecha	
Masturbación	100% (n=59)
Masturbaciones mutuas	78% (n=46)
Coito o penetración vaginal	83.1% (n=49)
Sexo oral	96.6% (n=57)
Coito o penetración anal	62.7% (n=37)
Haber sufrido abuso sexual en la infancia o adolescencia	18.6% (n=11)
Preferencias sexuales parafilicas (excitación entre algo y muchísimo)	
Exponer mis genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera	44.1% (n=26)
Utilizar objetos (p.e., ropa interior o zapatos) para alcanzar el placer sexual	42.4% (n=25)
Rozar con mis genitales a otra persona sin su consentimiento	33.9% (n=20)
Mantener relaciones sexuales con niños	6.8% (n=4)
Ser humillado, pegado o atado para alcanzar el placer sexual	37.3% (n=22)
Hacer sufrir física o psicológicamente (humillar) para alcanzar el placer sexual	25.4% (n=15)
Vestirme como una mujer para alcanzar el placer sexual (sólo en varones heterosexuales)	20.3% (n=12)
Observar sin ser visto a otras personas desnudándose o realizando cualquier actividad sexual sin su consentimiento	72.9% (n=43)

1.3 Variables no clínicas relacionadas con la sexualidad online

Un apartado esencial en este estudio, tanto a nivel empírico como en la práctica clínica, es conocer los hábitos sexuales *online* de las personas que presentan un perfil clínico de adicción al cibersexo. En la tabla 15 se detallan algunas de las características exploradas en relación a las actividades sexuales *online* no clínicas.

En lo relativo al tipo de conductas sexuales *online*, analizamos los tipos de actividades que habían realizado hasta la fecha, siendo las más comunes el visionado de imágenes o películas pornográficas (96.6%), el flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios conocidos o desconocidos (84.7%) y chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario (79.7%). Otras conductas como el contacto sexual por medio de webcam (71.2%), la búsqueda

de información sobre educación sexual (64.4%) o la búsqueda en páginas web de contactos (64.4%) también son relativamente comunes entre las personas evaluadas. Por el contrario, las conductas sexuales menos realizadas hasta la fecha son las que pueden implicar algún tipo de inversión económica como la compra de material sexual *online* (25.4%) o el contacto con trabajadores/as sexuales (35.6%). Además, el uso de internet con el propósito de buscar una pareja romántica también es poco común (35.6%).

En cuanto a las motivaciones relacionadas con estas prácticas encontramos, por un lado, las motivaciones hedónicas entre las que se encuentra el uso de internet con el objetivo de encontrar material sexual con el que masturbarse (86.4%) o el disfrute de actividades sexuales que no suelen realizar en la vida diaria (66.1%). Otros fines frecuentes tienen que ver con la regulación del estrés y el manejo de emociones. En este caso, las personas que presentan un perfil problemático realizan actividades sexuales para relajarse tras el estrés de las obligaciones (81.4%), distraerse (69.5%) y, en menor medida, animarse cuando se está decaído (47.5%). Las motivaciones sociales, como el conocer a otras personas (32.2%) o intentar establecer relaciones (35.6%) tienen menos peso, del mismo modo que ocurre con el aprendizaje sobre sexo (20.3%)

Tabla 15. Variables no clínicas relacionadas con la sexualidad online en personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo

	Personas con un perfil problemático (n=59)
Actividades Sexuales <i>Online</i> (ASO) realizadas hasta la fecha (Sí)	
Comprar material sexual <i>online</i>	25.4% (n=15)
Búsqueda de información sobre educación sexual	64.4% (n=38)
Lectura de textos eróticos	52.5% (n=31)
Visionado de imágenes o películas pornográficas	96.6% (n=57)
Flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios conocidos o desconocidos	84.7% (n=50)
Chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario	79.7% (n=47)
Contacto sexual por medio de Webcam con otro usuario	71.2% (n=42)
Búsqueda en páginas web de contactos	64.4% (n=38)
Respuesta a anuncios sexuales	40.7% (n=24)
Contacto con trabajadores/as sexuales	35.6% (n=21)
Búsqueda de pareja romántica	35.6% (n=21)
Búsqueda de pareja sexual	55.9% (n=33)
Motivaciones	
Disfrutar de actividades sexuales que no suelo practicar en mi vida diaria	66.1% (n=39)
Encontrar material sexual con el que masturbarme	86.4% (n=51)
Relajarme del estrés de mis obligaciones	81.4% (n=48)
Animarme cuando estoy decaído	47.5% (n=28)
Distraerme	69.5% (n=41)
Aprender cosas sobre sexo	20.3% (n=12)
Conocer a otras personas	32.2% (n=19)
Intentar establecer relaciones	35.6% (n=21)

1.4 Perfil clínico no sexual y comorbilidades

Otras dimensiones exploradas se detallan en la tabla 16. En esta tabla nos encontramos con el análisis de diferentes variables clínicas no sexuales. Partiendo de los datos sobre adicción a Internet, las puntuaciones obtenidas entre las personas que presentan un perfil problemático de uso del cibersexo sugieren que el 39% del total presentaría, además, un perfil de adicción a internet.

La ansiedad y la depresión también fueron exploradas a través de diferentes cuestionarios. Para el análisis de los síntomas depresivos, empleamos dos medidas cuyos valores indican que entre el 39% (BDI) y el 49.1% (HADS-Depresión) de las personas evaluadas presenta sintomatología depresiva moderada/grave. En lo que respecta a la ansiedad, también empleamos distintas medidas que, en general, ofrecen unos valores similares. Según los datos obtenidos mediante el empleo de la escala HADS, el 18.6% presentaba una ansiedad media/moderada en el momento de la evaluación, mientras que el 59.3% presentaba unos niveles altos de ansiedad. Estos datos son similares a la ansiedad-estado, evaluada a través del STAI, que nos ofrecen una medida de ansiedad en el momento de la evaluación (el 57.6% se situaría por encima del percentil 75, mientras que el 23.7% presentan puntuaciones que los sitúan entre el percentil 50 y el 75). Cuando exploramos medidas más estables de ansiedad (ansiedad-rasgo), los porcentajes resultan muy similares; poco más de la mitad de las personas que solicitaron tratamiento (55.9%) se encuentran en un percentil superior al 75, mientras que el 27.1% se sitúa entre el percentil 50 y el 75.

Asimismo, también analizamos otras variables que pueden estar relacionadas con la adicción al cibersexo como la autoestima, las dificultades en la regulación emocional y la impulsividad. Con respecto a la autoestima, el 37.3% de los participantes presentaba una autoestima baja en el momento de la evaluación, mientras que el 16.9% presentaba unos niveles de medios de autoestima. En lo que respecta a la impulsividad, para considerar una alta impulsividad las puntuaciones deben ser superiores a 72. El 37.3% de las personas de este grupo superan esta puntuación, o lo que es lo mismo, tienen una alta impulsividad. Finalmente, para la escala de dificultades en la regulación emocional la puntuación media obtenida por los participantes ($M=70.01$, $DT=20.03$), sin embargo, no contamos con ninguna baremación que permita establecer puntos de corte para lo que se consideraría presentar dificultades en este constructo.

Tabla 16. Variables clínicas no sexuales en personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo

	Personas con un perfil problemático (n=59)
Variables clínicas no sexuales:	
Possible adicción a internet (IAT)	39% (n=23)
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Depresión	
Depresión media	23.7% (n=14)
Alta depresión	25.4% (n=15)
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Ansiedad	
Ansiedad media	18.6% (n=11)
Ansiedad alta	59.3% (n=35)
Ansiedad-Estado (STAI)	
Percentil 50-75	23.7% (n=14)
Percentil 75-99	57.6% (n=34)
Ansiedad-Rasgo (STAI) - Rasgo	
Percentil 50-75	27.1% (n=16)
Percentil 75-99	55.9% (n=33)
Depresión (BDI-II)	
Depresión leve	22% (n=13)
Depresión moderada	30.5% (n=18)
Depresión severa	8.5% (n=5)
Autoestima (RSEI)	
Autoestima media	16.9% (n=10)
Autoestima baja	37.3% (n=22)
Dificultades en la regulación emocional (DERS)	$M=70.01$ ($DT=20.03$)
Impulsividad (BIS-11)	37.3% (n=22)

Por otro lado, en la tabla 17 exploramos la presencia de sintomatología comórbida entre las personas que presentan un perfil problemático de cibersexo. Un porcentaje muy elevado (69.5%) presentaría síntomas generales de trastorno adaptativo. Algo más del 25% cuenta con síntomas generales del trastorno depresivo mayor (25.4%) y del trastorno obsesivo-compulsivo (27.1%). También es relativamente frecuente la presencia de síntomas nucleares del trastorno explosivo intermitente (15.3%), del TDAH (16.9%) y del trastorno negativista desafiante (11.9%).

Tabla 17. Presencia de síntomas asociados a problemas comórbidos en las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo

	Personas con un perfil problemático (n=59)
Síntomas Trastorno Adaptativo	69.5% (n=41)
Síntomas TDAH	16.9% (n=10)
Síntomas Trast. Depresivo Mayor	25.4% (n=15)
Síntomas Trastorno Obsesivo-Compulsivo	27.1% (n=16)
Síntomas Trast. Negativista Desafiante	11.9% (n=7)
Síntomas Trast. Explosivo Intermitente	15.3% (n=9)
Síntomas Trast. De la Conducta	1.7% (n=1)
Síntomas Adicción a Sustancias	0% (n=0)

1.5 Variables clínicas y disposicionales relacionadas con la sexualidad general

Centrándonos en medidas que exploran la severidad de la sexualidad general, empleamos diferentes escalas desarrolladas para evaluar este constructo desde diferentes conceptualizaciones. Según muestran los resultados (tabla 18) la mayoría de personas con un perfil problemático de cibersexo también presentan dificultades en el control de los impulsos sexuales generales. El 91.5% presenta un perfil de posible hipersexualidad y un 89.8% encajaría en el perfil de posibles compulsivos sexuales. El menor porcentaje lo encontramos en las puntuaciones que ofrece la escala de adicción al sexo, aunque mediante este instrumento se identifica que un 84.7% podría presentar un problema de adicción sexual. Finalmente, los evaluados presentan un perfil moderado en lo que respecta a la búsqueda de sensaciones sexuales ($M=27.63$; $DT=6.70$), que se trataría de una variable disposicional relacionada con la sexualidad en general.

Tabla 18. Variables clínicas y disposicionales relacionadas con la sexualidad general en las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo

	Personas con un perfil problemático (n=59)
Variables clínicas sexuales:	
Sexual Addiction Screening Test (SAST)	84.7% (n=50)
Sexual Compulsivity Scale (SCS)	89.8% (n=53)
Hypersexual Behavior Inventory (HBI)	91.5% (n=54)
Sexual Sensation Seeking Scale (SSSS)	$M=27.63$ ($DT=6.70$)

1.6 Variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo

Para el análisis de la severidad del consumo de cibersexo se exploraron diferentes factores que se encuentran detallados en las tablas 19 y 20. Partiendo de los datos expuestos en la tabla 19, una de las variables más exploradas a la hora de analizar el consumo problemático o adictivo del cibersexo en general o de cualquier actividad sexual *online* en particular es el tiempo invertido. Según nuestros datos, las personas que presentan un perfil problemático de uso del cibersexo emplean semanalmente unos 807.46 minutos en actividades sexuales *online* ($DT=659.47$), o lo que es lo mismo, 13.46 horas semanales como promedio.

Otros indicadores de severidad que exploramos tienen que ver con la valoración subjetiva del problema. En este sentido, la mayoría de las personas de este perfil (93.2%) presentaba preocupación por el hecho de utilizar internet con fines sexuales en el momento de ser evaluados. Además, un alto porcentaje de las personas evaluadas considera que pasa más tiempo del que debería en páginas sexuales (93.2%) y que esta actividad interfiere de alguna forma en su vida (98.3%).

Siguiendo con las valoraciones subjetivas del uso problemático, analizamos de forma exhaustiva las diferentes actividades sexuales *online* y otros indicadores importantes como el grado de control, el grado de malestar o el tiempo invertido durante aproximadamente los últimos seis meses antes de la evaluación, asociados a cada una de las conductas sexuales. El visionado de imágenes o películas pornográficas es la actividad más frecuente entre todos los evaluados (96.6%), seguida muy de cerca del uso de chats con fines sexuales (71.2%) y del flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios (64.4%). Estas actividades también son en las que más tiempo invierten las personas que fueron incluidas dentro de este perfil, empleando una media de entre 7.36 y 8.31 horas semanales en cada una de estas actividades sexuales *online*. El contacto sexual por medio de webcam con otros usuarios (50.8%) y la búsqueda de pareja sexual (35.6%) también son actividades relativamente frecuentes entre los evaluados, en las cuales invierten aproximadamente una media de 5.25 y 11.67 horas semanales respectivamente. Por otro lado, aunque solo un 11.9% utilice internet para contactar con trabajadores/as sexuales, las personas que lo realizan invierten más de una hora a la semana en ello. El resto de actividades sexuales *online* tienen una prevalencia marginal en los últimos seis meses entre las personas que presentan un perfil problemático.

Otra de las dimensiones que exploramos en cuanto a las actividades sexuales *online* es el porcentaje de toda su sexualidad que representa cada una de estas actividades, lo que nos daría una idea de la saliencia de ese comportamiento. Nuevamente, el visionado de imágenes o películas pornográficas es la actividad que mayor porcentaje representa, siendo éste de una media de 39.3% con respecto a toda la conducta sexual (*offline* y *online*). El resto de conductas sexuales *online* ocupan una proporción menor de la totalidad de la sexualidad, oscilando entre una media de 8 y de 22.77%, siendo la búsqueda de pareja romántica la que menor porcentaje de la conducta sexual ocupa (8%) de la única persona que ha realizado esta actividad.

Por otro lado, analizamos la cantidad de orgasmos semanales alcanzados a través de las diferentes actividades sexuales *online*. En este sentido, el visionado de imágenes o películas pornográficas también es la actividad que mayor número de orgasmos semanales aporta a las personas evaluadas ($M=6.40$; $DT=4.23$). Otras actividades como el contacto sexual por medio de webcam, el flirteo o las insinuaciones sexuales hacia otros usuarios, el uso de chats con fines sexuales o la búsqueda de pareja sexual son actividades mediante las cuales alcanzan entre 2.31 y 3.45 orgasmos semanales. El resto de prácticas sexuales, menos frecuentes en nuestra muestra, provocan entre 0 y 1.14 orgasmos semanales entre el reducido número de personas que realiza estas conductas.

Como indicadores subjetivos del uso problemático de estas actividades, también exploramos el grado de malestar y de control percibido en cada una de ellas. Aunque todas las actividades producen cierto grado de malestar en todas las personas evaluadas (a excepción de la búsqueda de pareja romántica), las que mayor malestar generan son las que requieren de alguna forma la interacción con otras personas. En este sentido, el contacto sexual por medio de webcam ($M=8.19$; $DT=2.19$), la búsqueda de pareja sexual ($M=7.88$; $DT=2.06$), el uso de chats con fines sexuales ($M=7.72$; $DT=2.02$), el flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios ($M=7.32$; $DT=2.42$) y el contacto con trabajadores/as sexuales ($M=7.29$; $DT=1.89$) son las prácticas que mayor malestar generan; mientras que el visionado de pornografía y la compra de material sexual *online* generan ligeramente menos malestar en las personas que lo realizan ($M=6.08$, $DT=3.04$; $M=5.33$, $DT=4.73$).

Finalmente, atendiendo al grado de control percibido, algunas de las conductas que requieren la interacción con otras personas son las que mayor percepción de falta de control generan. Estas conductas son el contacto sexual por medio de webcam ($M=3.34$; $DT=2.53$), el flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios ($M=3.67$; $DT=2.50$) y el uso de chats con fines sexuales ($M=4.12$; $DT=2.85$). Además, el uso de pornografía ($M=4.17$; $DT=2.35$) o la búsqueda de pareja sexual ($M=4.25$; $DT=3.16$) también se perciben como carentes de control. Por último, el contacto con trabajadores/as sexuales ($M=5.57$; $DT=3.65$) y la compra de material sexual ($M=7.33$; $DT=3.79$) por lo general, no suponen una gran percepción de pérdida de control, aunque dado el tamaño muestral y las desviaciones típicas de estas medias, para algunos participantes sí supondrían actividades en las que sienten grandes dificultades de control.

Tabla 19. Severidad del consumo de cibersexo en personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo

	Personas con un perfil problemático (n=59)
Tiempo invertido en ASO (minutos/semana)	M=807.46 (DT=659.47)
¿Alguna vez te ha preocupado el hecho de utilizar internet con objetivos sexuales? (Sí)	93.2% (n=55)
¿Crees que pasas más tiempo del que deberías conectado a páginas sexuales? (Sí)	93.2% (n=55)
¿Crees que el sexo en internet interfiere de alguna forma en tu vida? (Sí)	98.3% (n=58)
Actividades Sexuales Online	
Visionado de imágenes o películas pornográficas (Sí)	96.6% (n=57)
Porcentaje de sexualidad	M=39.32 (DT=23.21)
Tiempo (minutos/semana)	M=498.68 (DT=642.52)
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=6.40 (DT=4.23)
Grado de malestar (0-10)	M=6.08 (DT=3.04)
Grado de control (0-10)	M=4.17 (DT=2.38)
Flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios (Sí)	64.4% (n=38)
Porcentaje de sexualidad	M=21.65 (DT=12.69)
Tiempo (minutos/semana)	M=495.83 (DT=831.31)
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=2.77 (DT=2.22)
Grado de malestar (0-10)	M=7.32 (DT=2.42)
Grado de control (0-10)	M=3.67 (DT=2.50)
Chatear con fines sexuales con otros usuarios a través de texto (Sí)	71.2% (n=42)
Porcentaje de sexualidad	M=22.77 (DT=14.82)
Tiempo (minutos/semana)	M=441.75 (DT=794.99)
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=3.18 (DT=2.98)
Grado de malestar (0-10)	M=7.72 (DT=2.02)
Grado de control (0-10)	M=4.12 (DT=2.85)
Contacto sexual por medio de webcam con otro usuario (Sí)	50.8% (n=30)
Porcentaje de sexualidad	M=18.14 (DT=11.08)
Tiempo (minutos/semana)	M=315.19 (DT=379.20)
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=3.45 (DT=3.10)
Grado de malestar (0-10)	M=8.19 (DT=2.19)
Grado de control (0-10)	M=3.34 (DT=2.53)
Búsqueda de pareja sexual (Sí)	35.6% (n=21)
Porcentaje de sexualidad	M=13.06 (DT=7.92)
Tiempo (minutos/semana)	M=700.71 (DT=1115.98)
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=2.31 (DT=2.12)
Grado de malestar (0-10)	M=7.88 (DT=2.06)
Grado de control (0-10)	M=4.25 (DT=3.16)
Búsqueda de pareja romántica (Sí)	1.7% (n=1)
Porcentaje de sexualidad	M=8.00 (DT=0)
Tiempo (minutos/semana)	M=30.00 (DT=0)
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=0 (DT=0)
Grado de malestar (0-10)	M=0 (DT=0)
Grado de control (0-10)	M=8.00 (DT=0)
Comprar material sexual (Sí)	6.8% (n=4)
Porcentaje de sexualidad	M=12.00 (DT=12.12)
Tiempo (minutos/semana)	M=126.67 (DT=151.44)
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=0.67 (DT=1.16)
Grado de malestar (0-10)	M=5.33 (DT=4.73)
Grado de control (0-10)	M=7.33 (DT=3.79)
Contacto con trabajadores/as sexuales (Sí)	11.9% (n=7)
Porcentaje de sexualidad	M=18.72 (DT=20.41)
Tiempo (minutos/semana)	M=82.14 (DT=113.94)
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=1.14 (DT=1.35)
Grado de malestar (0-10)	M=7.29 (DT=1.89)
Grado de control (0-10)	M=5.57 (DT=3.65)

Por otra parte, como ya se expuso en el apartado de metodología, el perfil clínico de uso problemático de cibersexo se obtuvo mediante el empleo de dos herramientas diagnósticas de la adicción al cibersexo (Internet Sex Screening Test [ISST, Delmonico, 1997] y la Entrevista Diagnóstica CISEX [Anexo 1]) en la que se incluían diferentes propuestas de síntomas y criterios diagnósticos. Los datos detallados en el apartado de participantes, muestran cómo todos los participantes que están en este grupo son los que fueron identificados como mínimo con un perfil de riesgo por lo que, los porcentajes de cumplimiento de estos criterios diagnósticos resultaron ser muy elevados (entre 33.9% y 55.9%). No obstante, estos porcentajes no siempre son máximos dado que algunos pacientes cumplen algunos de los criterios, pero no otros. Al explorar uno a uno los síntomas de adicción al cibersexo incluidos en estas propuestas (ver capítulos 2 y 3), los más prevalentes entre estos sujetos tienen que ver con la frecuencia o duración de las conductas sexuales *online* (síntoma 4; 83.1%); con el malestar experimentado tras realizar la conducta sexual *online* (síntoma 15; 83.1%) y con la imposibilidad de cesar o limitar dichas conductas (síntoma 3; 77.9%), entre otros. En cambio, solo un 30.5% omite sus responsabilidades debido a esta adicción, siendo éste el síntoma menos común entre las personas que presentan un perfil problemático del uso de cibersexo (ver Tabla 20).

Tabla 20. Prevalencia de síntomas propios del cuadro clínico de adicción al cibersexo en personas con un perfil de uso problemático

	Personas con un perfil problemático (n=59)
Presencia de los siguientes síntomas (Sí):	
Síntoma 1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo	69.5% (n=41)
Síntoma 2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva	72.9% (n=43)
Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual	77.9% (n=46)
Síntoma 4. El comportamiento sexual se realiza con mayor frecuencia o duración a los que se tenía previsto	83.1% (n=49)
Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva	76.3% (n=45)
Síntoma 6. Realización continuada de la conducta a pesar de los problemas psicológicos o físicos	64.4% (n=38)
Síntoma 7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas, laborales	50.8% (n=30)
Síntoma 8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...)	30.5% (n=18)
Síntoma 9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disfóricos	72.9% (n=43)
Síntoma 10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes	55.9% (n=33)
Síntoma 11. Síntomas de tolerancia	67.8% (n=40)
Síntoma 12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (craving)	52.5% (n=31)
Síntoma 13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual	55.9% (n=33)
Síntoma 14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual	47.5% (n=28)
Síntoma 15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual	83.1% (n=49)
Síntoma 16. Síntomas de abstinencia	50.8% (n=30)
Criterio H. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro cuadro clínico	100% (n=59)
Criterio I. La persona tiene al menos 18 años	100% (n=59)

2. Eficacia de un programa de tratamiento estructurado cognitivo-conductual *online* para la adicción al cibersexo

En los apartados anteriores, analizamos los resultados más relevantes sobre el perfil general y clínico de las personas que presentaban un perfil problemático del uso de cibersexo, así como otros factores que pueden estar relacionados con esta condición. Estos análisis nos han permitido conocer, entre otras cosas, el estado previo a la intervención de las personas que solicitaron tratamiento. Una vez conocidos estos datos, el siguiente objetivo que perseguimos es analizar los cambios en las variables clínicas después de la intervención y pasados un mes, tres, seis y doce meses tras la misma en un grupo experimental que pasó por la condición de tratamiento.

2.1 Diferencias en las variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo

Los resultados de las tablas 21, 22 y 23 hacen referencia a los cambios en la severidad del consumo de cibersexo entre la evaluación previa a la intervención y el momento post-intervención y los diferentes seguimientos. Para realizar estas comparaciones, debido a la disminución del *n* muestral en los seguimientos correspondientes a los 6 y 12 meses tras la finalización del tratamiento, no pudimos hacer análisis de medidas repetidas ya que supondrían una pérdida muestral considerable, por lo que empleamos la prueba *z* de Wilcoxon en aquellas variables cuantitativas, la prueba de McNemar para las diferencias entre las variables categóricas dicotómicas, la prueba de signo para las variables categóricas con tres o cuatro niveles y la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para las variables ordinales con cuatro niveles o más. No obstante, en muchas ocasiones no hemos podido emplear ninguna prueba estadística debido a la ausencia o al limitado número de valores en esa variable en concreto (por ejemplo, tiempo invertido en la búsqueda de pareja romántica). Además, los análisis se realizaron comparando siempre las puntuaciones de la evaluación previa al tratamiento (pretest) con la evaluación post intervención (postest) o con los diferentes seguimientos (Seg1mes, Seg3meses, Seg6meses y Seg12meses).

Como podemos observar, encontramos diferencias estadísticamente significativas en el tiempo total invertido en actividades sexuales *online* ($p < 0.001$), siendo mayor la media de horas semanales que pasan conectados a internet con fines sexuales en la evaluación previa a la intervención ($M = 13.68$ horas/semana) que en el resto de evaluaciones (postest y seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses) (M entre 17 minutos/semana y 51.60 minutos/semana) en las que en ningún caso se llegó a una hora semanal de media (ver Tabla 21).

Una de las medidas que empleamos con el objetivo de evaluar la severidad del consumo de cibersexo fue el Internet Sex Screening Test (ISST). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación inicial (pretest) y la evaluación post intervención (postest) y los

diferentes seguimientos (Seg1mes, Seg3meses, Seg6meses y Seg12meses). Empezando por la puntuación total de la escala, la media en la evaluación inicial era de 17.08 ($DT=3.43$), lo que, según el diseño de esta escala, indicaría un problema de riesgo de adicción al cibersexo, rozando el perfil clínico de adicción. Esta media disminuye considerablemente (p entre 0.005 y <0.001) en todos los momentos de evaluación realizados después de la intervención, manteniéndose los cambios relativamente estables incluso tras 12 meses después de haber recibido el tratamiento. Además, al ser estas puntuaciones menores de 9 puntos (M entre 2.88 y 4.15), los usuarios pasarían a tener por lo general, un perfil de uso recreativo del cibersexo. Estos cambios también son observables en las diferentes subescalas de este cuestionario. En todas ellas, la media en las puntuaciones disminuye entre la evaluación previa al tratamiento (pretest) y la evaluación post-intervención (postest), y se mantiene relativamente estable durante el resto de evaluaciones que corresponden a los diferentes seguimientos (ver Tabla 21).

Tabla 21. Diferencias entre el Pretest y el Postest y los diferentes seguimientos en la severidad del consumo de cibersexo a través del tiempo invertido en las ASO en general y de las puntuaciones obtenidas en el ISST

	Pretest (n=25)	Postest (n=25)	Seg1mes (n=22)	Seg3meses (n=21)	Seg6meses (n=13)	Seg12meses (n=10)
Tiempo invertido en ASO (minutos/semana)	<i>M</i> =820.80 (<i>DT</i> =570.19)	<i>M</i>=17.00 (<i>DT</i>=36.57)	<i>M</i>=22.82 (<i>DT</i>=44.38)	<i>M</i>=51.60 (<i>DT</i>=87.26)	<i>M</i>=25.20 (<i>DT</i>=51.73)	<i>M</i>=19.21 (<i>DT</i>=41.42)
Wilcoxon (<i>p</i>)		<i>z</i> =-4.375 (<0.001)	<i>z</i> =-4.289 (<0.001)	<i>z</i> =-4.377 (<0.001)	<i>z</i> =-4.378 (<0.001)	<i>z</i> =-4.377 (<0.001)
Internet Sex Screening Test (total)	<i>M</i> =17.08 (<i>DT</i> =3.43)	<i>M</i>=2.88 (<i>DT</i>=3.08)	<i>M</i>=3.38 (<i>DT</i>=3.17)	<i>M</i>=3.76 (<i>DT</i>=3.22)	<i>M</i>=4.15 (<i>DT</i>=4.54)	<i>M</i>=4.00 (<i>DT</i>=4.85)
Wilcoxon (<i>p</i>)		<i>z</i> =-4.381 (<0.001)	<i>z</i> =-4.027 (<0.001)	<i>z</i> =-4.022 (<0.001)	<i>z</i> =-3.183 (0.001)	<i>z</i> =-2.809 (0.005)
ISST Compulsividad Sexual <i>Online</i> (0-8)	<i>M</i> =5.16 (<i>DT</i> =1.18)	<i>M</i>=0.68 (<i>DT</i>=0.98)	<i>M</i>=0.91 (<i>DT</i>=1.19)	<i>M</i>=0.76 (<i>DT</i>=1.13)	<i>M</i>=0.54 (<i>DT</i>=1.13)	<i>M</i>=1.10 (<i>DT</i>=1.73)
Wilcoxon (<i>p</i>)		<i>z</i> =-4.401 (<0.001)	<i>z</i> =-4.128 (<0.001)	<i>z</i> =-4.040 (<0.001)	<i>z</i> =-3.192 (0.001)	<i>z</i> =-2.814 (0.005)
ISST Comportamiento <i>Online</i> Solitario no Compulsivo (0-6)	<i>M</i> =5.04 (<i>DT</i> =0.93)	<i>M</i>=0.96 (<i>DT</i>=1.17)	<i>M</i>=1.18 (<i>DT</i>=1.05)	<i>M</i>=1.48 (<i>DT</i>=1.25)	<i>M</i>=1.69 (<i>DT</i>=1.49)	<i>M</i>=1.30 (<i>DT</i>=1.34)
Wilcoxon (<i>p</i>)		<i>z</i> =-4.418 (<0.001)	<i>z</i> =-4.144 (<0.001)	<i>z</i> =-3.951 (<0.001)	<i>z</i> =-2.956 (0.003)	<i>z</i> =-2.820 (0.005)
ISST Comportamiento <i>Online</i> Social (0-6)	<i>M</i> =3.68 (<i>DT</i> =1.49)	<i>M</i>=0.40 (<i>DT</i>=0.76)	<i>M</i>=0.09 (<i>DT</i>=0.42)	<i>M</i>=0.48 (<i>DT</i>=0.87)	<i>M</i>=0.77 (<i>DT</i>=1.24)	<i>M</i>=1.10 (<i>DT</i>=1.37)
Wilcoxon (<i>p</i>)		<i>z</i> =-4.294 (<0.001)	<i>z</i> =-3.969 (<0.001)	<i>z</i> =-3.880 (<0.001)	<i>z</i> =-3.081 (0.002)	<i>z</i> =-2.831 (0.005)
ISST Gasto Económico <i>Online</i> (0-2)	<i>M</i> =0.92 (<i>DT</i> =0.81)	<i>M</i>=0.08 (<i>DT</i>=0.40)	<i>M</i>=0.09 (<i>DT</i>=0.42)	<i>M</i>=0.19 (<i>DT</i>=0.51)	<i>M</i>=0.31 (<i>DT</i>=0.63)	<i>M</i>=0.10 (<i>DT</i>=0.32)
Wilcoxon (<i>p</i>)		<i>z</i> =-3.520 (<0.001)	<i>z</i> =-3.286 (0.001)	<i>z</i> =-2.952 (0.003)	<i>z</i> =-2.271 (0.023)	<i>z</i> =-2.271 (0.023)
ISST Percepción de Gravedad (0-3)	<i>M</i> =2.28 (<i>DT</i> =0.89)	<i>M</i>=0.76 (<i>DT</i>=0.78)	<i>M</i>=0.81 (<i>DT</i>=0.85)	<i>M</i>=0.86 (<i>DT</i>=0.79)	<i>M</i>=0.69 (<i>DT</i>=0.95)	<i>M</i>=0.40 (<i>DT</i>=0.97)
Wilcoxon (<i>p</i>)		<i>z</i> =-4.187 (<0.001)	<i>z</i> =-3.685 (<0.001)	<i>z</i> =-3.703 (<0.001)	<i>z</i> =-2.836 (0.005)	<i>z</i> =-2.714 (0.007)

Por otro lado, también comparamos el cambio en la realización de diferentes actividades sexuales *online* entre estos periodos temporales, así como en las diferentes características asociadas a estos comportamientos. Como podemos observar en la tabla 22, la participación en todas las actividades sexuales *online* disminuye significativamente en el post-tratamiento y se mantiene relativamente estable en los diferentes seguimientos con respecto a la evaluación inicial (pretest). Algunas conductas que inicialmente eran algo frecuentes como la búsqueda de pareja sexual (40%), o muy poco frecuentes como la compra de material sexual *online* (12%) y el contacto con trabajadoras/es sexuales (8%), pero que generaban bastante malestar (M entre 6 y 8) y de las que se percibía un control medio-bajo (M entre 3.79 y 6) disminuyen a 0 en prácticamente todas las evaluaciones realizadas tras la intervención (postratamiento y seguimientos). Destacamos una pequeña excepción en la compra de material sexual, ya que en el seguimiento realizado a los 6 meses tras la intervención (Seg6meses) dos personas refieren haber realizado esta conducta invirtiendo, además, el mismo tiempo semanal (3 horas) que en la evaluación previa a la intervención. No obstante, el grado de malestar que genera esta práctica es mucho menor ($M_{\text{pretest}}=8$, $M_{\text{Seg6meses}}=2$), mientras que el grado de control percibido es ligeramente superior ($M_{\text{pretest}}=6$, $M_{\text{Seg6meses}}=7$).

El visionado de imágenes o películas pornográficas, actividad sexual *online* más prevalente en la evaluación pre-intervención, también sufre una disminución significativa en la evaluación post-intervención que se mantiene en los seguimientos (p entre 0.125 y <0.001). Estas diferencias no son estadísticamente significativas en los dos últimos seguimientos debido, probablemente, al bajo número de participantes en estos dos momentos temporales. El grado de control en esta actividad sexual aumenta al comparar los datos previos a la intervención con la evaluación post-tratamiento ($M_{\text{pretest}}=4.07$, $M_{\text{postest}}=8.75$) y se mantiene relativamente estable en el resto de evaluaciones, llegando incluso a una media de 9.40 en el último seguimiento (Seg12meses). También disminuye el grado de malestar con esta actividad y se mantiene estable durante los seguimientos, pasando de $M_{\text{pretest}}=5.95$ a medias de entre 2.89 y 0.40. Otro cambio relevante en esta actividad tiene que ver con el tiempo invertido durante la semana. En la evaluación previa al tratamiento, el tiempo medio empleado en esta conducta es de 8.83 horas/semana ($M=529.57$; $DT=481.49$ minutos/semana), disminuyendo significativamente hasta valores de entre 34.38 minutos/semana y 1.21 horas/semana en los diferentes momentos de evaluación realizados tras finalizar el tratamiento, a excepción de los dos últimos seguimientos donde las diferencias no son significativas debido, probablemente, al motivo mencionado anteriormente (p entre 0.068 y 0.006). Finalmente, los orgasmos alcanzados semanalmente con esta actividad pasan de una media de 5.81 en la evaluación previa al tratamiento a un máximo de 3.37 de media y un mínimo de 0.87 en las evaluaciones correspondientes al postratamiento y a los seguimientos (p entre 0.221 y 0.018).

En lo que respecta a las actividades sexuales *online* que requieren la interacción con otros usuarios, como es el caso del flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios, el chateo con fines sexuales con otros usuarios y el contacto sexual por medio de webcam, su prevalencia entre las personas que recibieron el tratamiento también disminuye significativamente entre el momento previo a la intervención y la evaluación postratamiento, pasando de una prevalencia de entre el 56% y el 68% a una participación prácticamente nula en estas actividades tanto en el post-tratamiento como en los diferentes seguimientos (prácticas realizadas por un número de personas entre 0 y 4) (p entre <0.001 y 0.125). El porcentaje de la sexualidad (saliencia) que representan estas actividades no varía notablemente entre las personas que continúan realizando esta actividad sexual *online* y los datos obtenidos en la evaluación inicial. Sin embargo, el tiempo dedicado semanalmente a estas conductas disminuye considerablemente, aunque no alcance significación estadística debido, probablemente, a la muestra tan reducida que realiza estas conductas en los seguimientos. Específicamente, en el caso del flirteo e insinuaciones sexuales la dedicación temporal se reduce de 12.98 horas/semana en el pretest a una media de entre 30 minutos y 1h y cuarto a la semana en el posttest y los seguimientos; de una $M_{\text{pretest}}=10.30$ horas/semana a aproximadamente 1 hora/semana en el uso de chats con fines sexuales; y de una media de 4.30 horas/semana a una media de entre 30 minutos y 1h y media a la semana en el caso del contacto sexual a través de la webcam.

El número de orgasmos semanales también disminuye, aunque no de forma estadísticamente significativa, en el postratamiento y en los seguimientos manteniéndose entre uno o menos de un orgasmo semanal en cada una de las actividades sexuales sociales *online* exploradas. En lo que respecta al malestar y el control percibido en estas actividades, en el flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios y en el uso de chats con fines sexuales apenas disminuye el malestar, mientras que el control aumenta sobre todo en el flirteo e insinuaciones sexuales en las personas que siguen realizando esta actividad en el seguimiento de los 12 meses tras la intervención. Por el contrario, en las personas que mantienen contactos sexuales por medio de webcam, se aprecia un cambio en el control y el malestar percibido, pasando de una media de 7.50 a una de entre 4 y 0 en el caso del malestar en el postratamiento y los seguimientos; mientras que el control percibido pasa de una media de 3.17 en la evaluación previa al tratamiento a una media de entre 7.50 y 10 en el postratamiento y los seguimientos. No obstante, estos cambios no son significativos a nivel estadístico probablemente por el reducido número de personas que sigue realizando estas actividades tras haber pasado por la condición de intervención.

Tabla 22. Diferencias entre el Pretest y el Postest y los diferentes seguimientos en la realización de diferentes Actividades Sexuales Online

	Pretest (n=25)	Postest (n=25)	Seg1mes (n=22)	Seg3meses (n=21)	Seg6meses (n=13)	Seg12meses (n=10)
Actividades Sexuales Online						
Visionado de imágenes o películas pornográficas (Sí)	96% (n=24)	32% (n=8)	40.9% (n=9)	52.4% (n=11)	46.2% (n=6)	50% (n=5)
McNemar (p)		$X^2=12.071 (<0.001)$	$X^2=9.091 (0.001)$	$X^2=6.125 (0.008)$	$X^2=2.250 (0.125)$	$X^2=2.250 (0.125)$
Porcentaje de sexualidad Wilcoxon (p)	$M=46.52 (DT=24.33)$	$M=28.38 (DT=32.89)$ $z=-0.771 (0.441)$	$M=35.22 (DT=32.72)$ $z=-0.140 (0.888)$	$M=22.50 (DT=25.51)$ $z=-1.479 (0.139)$	$M=40.83 (DT=34.98)$ $z=-0.738 (0.461)$	$M=56.00 (DT=27.66)$ $z=-0.271 (0.786)$
Tiempo (minutos/semana) Wilcoxon (p)	$M=529.57 (DT=481.49)$	$M=34.38 (DT=38.86)$ $z=-2.240 (0.025)$	$M=72.78 (DT=65.63)$ $z=-2.310 (0.021)$	$M=55.54 (DT=48.39)$ $z=-2.756 (0.006)$	$M=54.00 (DT=56.83)$ $z=-1.826 (0.068)$	$M=52.00 (DT=42.20)$ $z=-1.826 (0.068)$
Orgasmos (orgasmos/semana) Wilcoxon (p)	$M=5.81 (DT=3.89)$	$M=0.87 (DT=1.13)$ $z=-2.366 (0.018)$	$M=1.33 (DT=1.12)$ $z=-2.094 (0.036)$	$M=3.73 (DT=8.79)$ $z=-1.693 (0.091)$	$M=2.00 (DT=1.58)$ $z=-1.225 (0.221)$	$M=3.00 (DT=1.58)$ $z=-1.490 (0.136)$
Grado de malestar (0-10) Wilcoxon (p)	$M=5.95 (DT=3.13)$	$M=1.12 (DT=1.25)$ $z=-2.036 (0.042)$	$M=2.89 (DT=2.09)$ $z=-1.474 (0.141)$	$M=2.75 (DT=2.30)$ $z=-1.427 (0.154)$	$M=1.50 (DT=1.64)$ $z=-1.761 (0.078)$	$M=0.40 (DT=0.54)$ $z=-1.604 (0.109)$
Grado de control (0-10) Wilcoxon (p)	$M=4.07 (DT=2.62)$	$M=8.75 (DT=1.58)$ $z=-2.384 (0.017)$	$M=8.33 (DT=1.41)$ $z=-2.549 (0.011)$	$M=7.58 (DT=2.74)$ $z=-1.955 (0.051)$	$M=8.50 (DT=1.38)$ $z=-2.023 (0.043)$	$M=9.40 (DT=0.55)$ $z=-1.826 (0.068)$
Flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios (Sí)						
McNemar (p)	64% (n=16)	0% (n=0)	9.1% (n=2)	4.8% (n=1)	7.7% (n=1)	30% (n=3)
Porcentaje de sexualidad Wilcoxon (p)	$M=23.67 (DT=14.20)$	-. ^a	$M=20.00 (DT=0.00)$ $z=0.000 (1.000)$	$M=20.00 (DT=)$ -. ^a	$M=50.00 (DT=)$ -. ^a	$M=21.67 (DT=25.66)$ $z=-0.535 (0.593)$
Tiempo (minutos/semana) Wilcoxon (p)	$M=773.57 (DT=1284.82)$	-. ^a	$M=75.00 (DT=63.64)$ $z=-1.342 (0.180)$	$M=60.00 (DT=)$ -. ^a	$M=60.00 (DT=)$ -. ^a	$M=30.00 (DT=30.00)$ $z=-1.604 (0.109)$
Orgasmos (orgasmos/semana) Wilcoxon (p)	$M=2.64 (DT=2.09)$	-. ^a	$M=0.50 (DT=0.71)$ $z=-1.342 (0.180)$	$M=1.00 (DT=)$ -. ^a	$M=0.00 (DT=)$ -. ^a	$M=0.00 (DT=0.00)$ $z=-1.342 (0.180)$
Grado de malestar (0-10) Wilcoxon (p)	$M=6.87 (DT=2.50)$	-. ^a	$M=7.00 (DT=4.24)$ $z=0.000 (1.000)$	$M=8.00 (DT=)$ -. ^a	$M=6.00 (DT=)$ -. ^a	$M=4.67 (DT=4.16)$ $z=-1.604 (0.109)$
Grado de control (0-10) Wilcoxon (p)	$M=2.91 (DT=2.45)$	-. ^a	$M=5.50 (DT=3.54)$ $z=-1.342 (0.180)$	$M=4.00 (DT=)$ -. ^a	$M=5.00 (DT=)$ -. ^a	$M=7.67 (DT=2.52)$ $z=-1.604 (0.109)$
Chatear con fines sexuales con otros usuarios a través de texto (Sí)						
McNemar (p)	68% (n=17)	4% (n=1)	9.1% (n=2)	4.8% (n=1)	7.7% (n=1)	10% (n=1)
Porcentaje de sexualidad Wilcoxon (p)	$M=22.00 (DT=14.37)$	$M=5.00 (DT=)$ -. ^a	$M=20.00 (DT=0.00)$ $z=-1.000 (0.317)$	$M=20.00 (DT=)$ -. ^a	$M=50.00 (DT=)$ -. ^a	$M=50.00 (DT=)$ -. ^a
Tiempo (minutos/semana) Wilcoxon (p)	$M=617.50 (DT=1230.72)$	$M=20.00 (DT=)$ -. ^a	$M=75.00 (DT=63.64)$ $z=-1.342 (0.180)$	$M=60.00 (DT=)$ -. ^a	$M=60.00 (DT=)$ -. ^a	$M=60.00 (DT=)$ -. ^a
Orgasmos (orgasmos/semana) Wilcoxon (p)	$M=3.07 (DT=3.75)$	$M=0.00 (DT=)$ -. ^a	$M=0.50 (DT=0.71)$ $z=-1.342 (0.180)$	$M=1.00 (DT=)$ -. ^a	$M=1.00 (DT=)$ -. ^a	$M=1.00 (DT=)$ -. ^a
Grado de malestar (0-10) Wilcoxon (p)	$M=7.13 (DT=2.47)$	$M=7.00 (DT=)$ -. ^a	$M=7.00 (DT=4.24)$ $z=-0.447 (0.655)$	$M=8.00 (DT=)$ -. ^a	$M=6.00 (DT=)$ -. ^a	$M=6.00 (DT=)$ -. ^a

Grado de control (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =3.74 (<i>DT</i> =2.95)	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	<i>M</i> =5.50 (<i>DT</i> =3.53) <i>z</i> =-1.342 (0.180)	<i>M</i> =4.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Contacto sexual por medio de webcam con otro usuario (Sí) McNemar (<i>p</i>)	56% (n=14)	12% (n=3) <i>X</i> ² =7.692 (0.003)	0% (n=0) <i>X</i> ² =10.083 (<0.001)	19.1% (n=4) <i>X</i> ² =4.000 (0.039)	7.7% (n=1) <i>X</i> ² =2.250 (0.125)	10% (n=1) <i>X</i> ² =2.250 (0.125)
Porcentaje de sexualidad Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =19.62 (<i>DT</i> =11.27)	<i>M</i> =5.33 (<i>DT</i> =4.51) <i>z</i> =-1.342 (0.180)	- ^a - ^a	<i>M</i> =37.50 (<i>DT</i> =32.27) <i>z</i> =-1.069 (0.285)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	<i>M</i> =15.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Tiempo (minutos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =257.69 (<i>DT</i> =398.21)	<i>M</i> =30.00 (<i>DT</i> =26.46) <i>z</i> =-1.342 (0.180)	- ^a - ^a	<i>M</i> =97.50 (<i>DT</i> =99.12) <i>z</i> =0.000 (0.1.000)	<i>M</i> =30.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	<i>M</i> =30.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Orgasmos (orgasmos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =3.69 (<i>DT</i> =3.79)	<i>M</i> =0.33 (<i>DT</i> =0.58) <i>z</i> =-1.342 (0.180)	- ^a - ^a	<i>M</i> =0.50 (<i>DT</i> =0.58) <i>z</i> =-1.633 (0.102)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Grado de malestar (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =7.50 (<i>DT</i> =2.66)	<i>M</i> =2.33 (<i>DT</i> =4.04) <i>z</i> =-0.447 (0.655)	- ^a - ^a	<i>M</i> =4.00 (<i>DT</i> =2.71) <i>z</i> =-1.633 (0.102)	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Grado de control (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =3.17 (<i>DT</i> =2.98)	<i>M</i> =8.33 (<i>DT</i> =2.87) <i>z</i> =-1.342 (0.180)	- ^a - ^a	<i>M</i> =7.50 (<i>DT</i> =2.08) <i>z</i> =-1.604 (0.109)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Búsqueda de pareja sexual (Sí) McNemar (<i>p</i>)	40% (n=10)	0% (n=0) <i>X</i> ² =8.100 (0.002)	0% (n=0) <i>X</i> ² =7.111 (0.004)	0% (n=0) <i>X</i> ² =7.111 (0.004)	0% (n=0) <i>X</i> ² =2.250 (0.125)	0% (n=0) <i>X</i> ² =2.250 (0.125)
Porcentaje de sexualidad Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =14.17 (<i>DT</i> =4.92)	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a
Tiempo (minutos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =564.00 (<i>DT</i> =565.98)	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a
Orgasmos (orgasmos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =2.20 (<i>DT</i> =1.64)	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a
Grado de malestar (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =7.17 (<i>DT</i> =2.93)	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a
Grado de control (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =3.79 (<i>DT</i> =3.24)	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a
Búsqueda de pareja romántica (Sí) McNemar (<i>p</i>)	0% (n=0)	0% (n=0) - ^a	4.8% (n=1) <i>X</i> ² =0.000 (1.000)	0% (n=0) - ^a	0% (n=0) - ^a	10% (n=1) <i>X</i> ² =0.000 (1.000)
Porcentaje de sexualidad Wilcoxon (<i>p</i>)	- ^a	- ^a - ^a	<i>M</i> =30.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Tiempo (minutos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	- ^a	- ^a - ^a	<i>M</i> =60.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Orgasmos (orgasmos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	- ^a	- ^a - ^a	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =__) - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =__) - ^a
Grado de malestar (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	- ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a	- ^a - ^a
Grado de control (0-10)	- ^a	- ^a	- ^a	- ^a	- ^a	- ^a

Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Comprar material sexual (Sí)	12% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	15.4% (n=2)	0% (n=0)
McNemar (<i>p</i>)		$X^2=1.333$ (0.250)	$X^2=1.333$ (0.250)	$X^2=1.333$ (0.250)	$X^2=0.000$ (1.000)	$X^2=1.333$ (0.250)
Porcentaje de sexualidad	<i>M</i> =17.50 (<i>DT</i> =10.61)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	<i>M</i> =30.00 (<i>DT</i> =28.28)	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	<i>z</i> =0.000 (0.1.000)	-. ^a
Tiempo (minutos/semana)	<i>M</i> =180.00 (<i>DT</i> =169.71)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	<i>M</i> =180.00 (<i>DT</i> =__)	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =1.41)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	<i>M</i> =1.50 (<i>DT</i> =2.12)	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Grado de malestar (0-10)	<i>M</i> =8.00 (<i>DT</i> =1.41)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	<i>M</i> =2.00 (<i>DT</i> =2.83)	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Grado de control (0-10)	<i>M</i> =6.00 (<i>DT</i> =4.24)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	<i>M</i> =7.00 (<i>DT</i> =2.12)	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Contacto con trabajadores/as sexuales (Sí)	8% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
McNemar (<i>p</i>)		$X^2=0.500$ (0.500)	$X^2=0.500$ (0.500)	$X^2=0.500$ (0.500)	$X^2=0.000$ (1.000)	$X^2=0.000$ (1.000)
Porcentaje de sexualidad	<i>M</i> =20.00 (<i>DT</i> =14.14)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Tiempo (minutos/semana)	<i>M</i> =105.00 (<i>DT</i> =106.07)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Orgasmos(orgasmos/semana)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =0.00)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Grado de malestar (0-10)	<i>M</i> =6.00 (<i>DT</i> =2.82)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Grado de control (0-10)	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =0.00)	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a
Wilcoxon (<i>p</i>)		-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a	-. ^a

Nota: ^a= las celdas vacías representan términos no incluidos debido a limitaciones en el tamaño de la muestra (generalmente, porque el n es igual o menor a 1, o porque la distribución es igual en ambos grupos o momentos de evaluación); GE-PRE: evaluación del grupo experimental antes de la intervención; GE-POST: evaluación del grupo experimental al finalizar el tratamiento; GE-Seg1,3,6,12meses: evaluación del grupo experimental 1, 3, 6 y 12 meses después de finalizar el tratamiento. En negrita se encuentran señalados los momentos de evaluación post-intervención y seguimientos entre los que encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la evaluación previa a la intervención (GE-PRE).

Por otro lado, también exploramos las diferencias en los perfiles y la presencia de sintomatología clínica de adicción al cibersexo entre estos periodos de evaluación. Como se expone en la tabla 23, encontramos diferencias estadísticamente significativas en prácticamente todas las variables clínicas exploradas con respecto a la adicción al cibersexo. Estas diferencias se dan entre la evaluación inicial del grupo experimental (previa a la intervención [pretest]) y los siguientes momentos de evaluación (post-intervención [postest] y seguimientos al mes [Seg1mes] y a los 3 [Seg3meses], 6 [Seg6meses] y 12 meses [Seg12meses] tras finalizar el tratamiento).

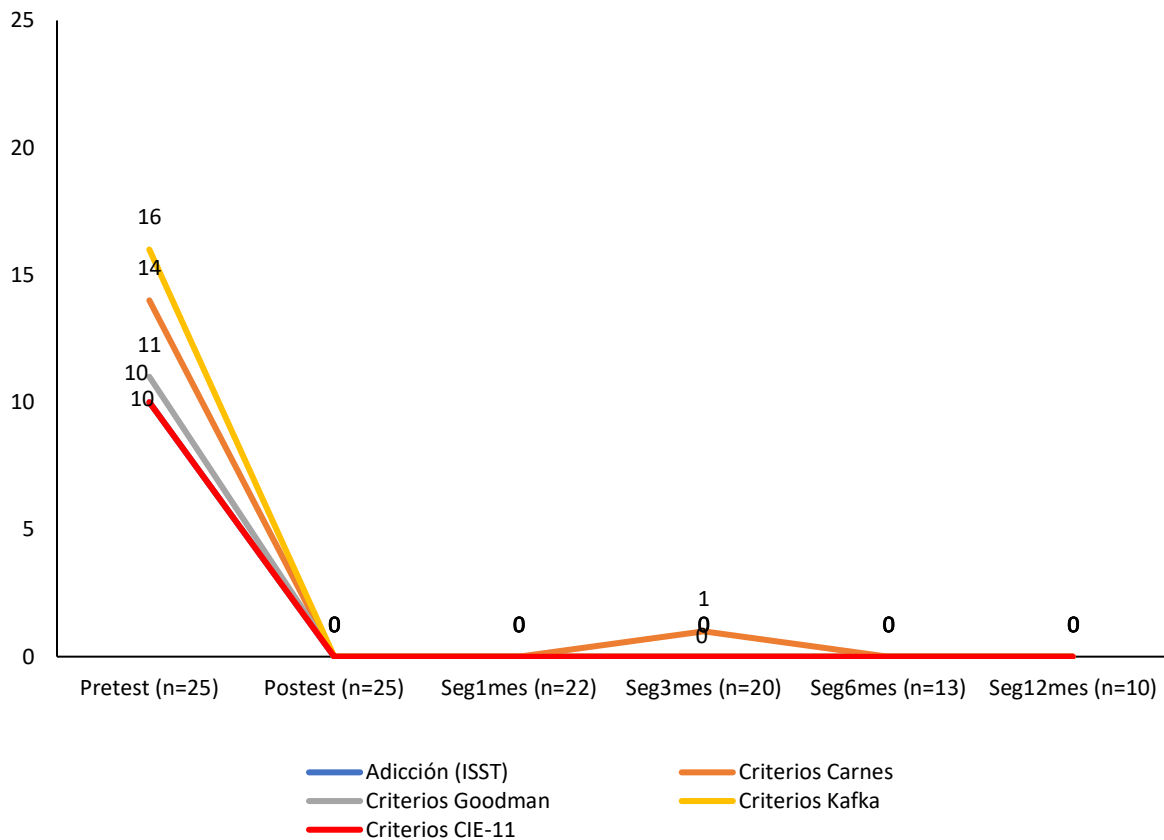
Partiendo de la clasificación entre distintos perfiles de consumo que nos permite llevar a cabo el ISST, antes del tratamiento la mayoría de los participantes presentaba un perfil de riesgo de adicción (60%), mientras que el consumo del resto de participantes (40%) podría clasificarse como un consumo adictivo. Sin embargo, tanto en la evaluación post-intervención como en el resto de evaluaciones esta distribución cambia drásticamente (p entre <0.001 y 0.002), siendo prácticamente todos los participantes usuarios recreativos de cibersexo (entre 80% y 92%) a excepción de dos casos, que corresponden a los porcentajes restantes (entre 8% y 20%) que tendrían un perfil de riesgo de adicción. Como dato importante, destacar que uno de los dos casos se trata siempre de una misma persona, es decir, uno de los participantes se mantuvo dentro del perfil de riesgo desde el postratamiento hasta pasado un año tras la intervención, mientras que el otro caso no corresponde a la misma persona. En la evaluación postratamiento y el primer seguimiento, la persona que mantenía un perfil de riesgo mejoró tras tres meses después de la intervención, por lo que pasó a considerarse un perfil recreativo. No obstante, en los seguimientos correspondientes a los 3 y 6 meses tras la intervención, otro sujeto empeoró, pasando de tener un perfil recreativo a uno de riesgo, aunque volvió a mejorar en el último seguimiento. Por el contrario, es en este último seguimiento donde otro sujeto pasó a calificarse como usuario de riesgo tras haberse mantenido en un perfil recreativo durante más de 6 meses tras la intervención.

Con respecto a la presencia de síntomas clínicos nos encontramos con unos datos similares. El porcentaje de personas que presentan los diferentes síntomas clínicos explorados disminuye significativamente a cero o prácticamente cero en todos los síntomas y en todos los momentos de evaluación, por lo que el cambio en la presencia de sintomatología clínica se mantendría estable incluso tras 12 meses después de haber recibido el tratamiento (p entre 0.250 y <0.001), aunque en algunos momentos de evaluación post-intervención estas diferencias con respecto a la evaluación pretest no tengan significación estadística. Del mismo modo, el diagnóstico de adicción al cibersexo en función de las propuestas diagnósticas realizadas por diferentes autores, así como la propuesta incluida en la CIE-11, también se reduce a cero o prácticamente cero en todos los momentos de evaluación tras la aplicación del tratamiento (ver

Figura 8). Destacamos también que, a excepción de algún caso particular, por lo general las personas que presentan algún síntoma de adicción o cumplen con algún criterio diagnóstico en la evaluación post-intervención y/o en los seguimientos son las mismas que siguen presentando un perfil de riesgo de adicción tras la intervención medido mediante el ISST.

Figura 8

Cambios en el cumplimiento de criterios diagnósticos tras la intervención y en los seguimientos posteriores



*Nota. En esta figura se utilizaron datos numéricos correspondientes a la cantidad de personas (n) que cumplen con los criterios diagnósticos en cada momento de evaluación.

Estas diferencias también son observables en las actividades sexuales *online* problemáticas, donde solo de forma puntual en el post-test y en los primeros seguimientos algunas personas presentan problemas con el uso de webcam y con los chats sexuales, aunque esta prevalencia disminuye a cero en los últimos seguimientos (ver Tabla 23).

Tabla 23. Diferencias entre el Pretest, Posttest y los diferentes seguimientos en los criterios diagnósticos de adicción al cibersexo

	Pretest (n=25)	Posttest (n=25)	Seg 1mes (n=22)	Seg 3meses (n=21)	Seg 6meses (n=13)	Seg 12meses (n=10)
Internet Sex Screening Test (perfiles)						
Recreativo	0% (n=0)	92% (n=23)	90.1% (n=20)	90.4% (n=19)	84.6% (n=11)	80% (n=8)
Riesgo de adicción	60% (n=15)	8% (n=2)	9.1% (n=2)	9.5% (n=2)	15.4% (n=2)	20% (n=2)
Perfil de adicto/a	40% (n=10)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Prueba de signos (<i>p</i>)		<i>z</i> =-4.800 (<0.001)	<i>z</i> =-4.249 (<0.001)	<i>z</i> =-4.364 (<0.001)	<i>z</i> =-3.328 (<0.001)	<i>z</i> =-2.848 (0.002)
Presencia de los siguientes síntomas (Sí):						
Síntoma 1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo McNemar (<i>p</i>)	80% (n=20)	0% (n=0) $X^2=17.053 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=15.059 (<0.001)$	4.8% (n=1) $X^2=14.069 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$
Síntoma 2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva McNemar (<i>p</i>)	80% (n=20)	4% (n=1) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=15.059 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$
Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual McNemar (<i>p</i>)	84% (n=21)	4% (n=1) $X^2=17.053 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.059 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$
Síntoma 4. El comportamiento sexual se realiza con mayor frecuencia o duración a los que se tenía previsto McNemar (<i>p</i>)	88% (n=22)	0% (n=0) $X^2=19.048 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=17.053 (<0.001)$	4.8% (n=1) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=9.091 (0.001)$	0% (n=0) $X^2=8.100 (0.002)$
Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva McNemar (<i>p</i>)	72% (n=18)	8% (n=2) $X^2=13.067 (<0.001)$	4.5% (n=1) $X^2=12.071 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=13.067 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$
Síntoma 6. Realización continuada de la conducta a pesar de los problemas psicológicos o físicos McNemar (<i>p</i>)	64% (n=16)	0% (n=0) $X^2=14.063 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=13.067 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=13.067 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$
Síntoma 7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas, laborales McNemar (<i>p</i>)	56% (n=14)	0% (n=0) $X^2=11.077 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=9.091 (0.001)$	0% (n=0) $X^2=10.083 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=3.200 (0.063)$	0% (n=0) $X^2=2.250 (0.125)$
Síntoma 8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...) McNemar (<i>p</i>)	32% (n=8)	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$	0% (n=0) $X^2=2.250 (0.125)$	0% (n=0) $X^2=1.333 (0.250)$
Síntoma 9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disfóricos McNemar (<i>p</i>)	76% (n=19)	4% (n=1) $X^2=16.056 (<0.001)$	4.5% (n=1) $X^2=14.063 (<0.001)$	14.3% (n=3) $X^2=12.071 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$
Síntoma 10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes McNemar (<i>p</i>)	56% (n=14)	0% (n=0) $X^2=12.071 (<0.001)$	9.1% (n=2) $X^2=7.692 (0.003)$	9.5% (n=2) $X^2=7.692 (0.003)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$
Síntoma 11. Síntomas de tolerancia McNemar (<i>p</i>)	76% (n=19)	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=14.063 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=14.063 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$
Síntoma 12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (craving) McNemar (<i>p</i>)	48% (n=12)	4% (n=1) $X^2=7.692 (0.003)$	0% (n=0) $X^2=10.083 (<0.001)$	4.8% (n=1) $X^2=7.692 (0.003)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$

Síntoma 13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual McNemar (<i>p</i>)	60% (n=15)	0% (n=0) $X^2=12.071 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=11.077 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=12.071 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$
Síntoma 14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual McNemar (<i>p</i>)	56% (n=14)	0% (n=0) $X^2=11.077 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=11.077 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=11.077 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$
Síntoma 15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual McNemar (<i>p</i>)	80% (n=20)	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=8.100 (0.002)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$
Síntoma 16. Síntomas de abstinencia McNemar (<i>p</i>)	52% (n=13)	0% (n=0) $X^2=10.083 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=9.091 (0.001)$	4.8% (n=1) $X^2=9.091 (0.001)$	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$
Criterios diagnósticos						
Carnes McNemar (<i>p</i>)	56% (n=14)	0% (n=0) $X^2=11.077 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=9.091 (0.001)$	4.8% (n=1) $X^2=7.692 (0.003)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$	0% (n=0) $X^2=3.200 (0.063)$
Goodman McNemar (<i>p</i>)	44% (n=11)	0% (n=0) $X^2=8.100 (0.002)$	0% (n=0) $X^2=8.100 (0.002)$	0% (n=0) $X^2=9.091 (0.001)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$	0% (n=0) $X^2=3.200 (0.063)$
Kafka McNemar (<i>p</i>)	64% (n=16)	0% (n=0) $X^2=14.063 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=12.071 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=12.071 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$
CIE-11 (% personas que cumplen con todos los síntomas) McNemar (<i>p</i>)	40% (n=10)	0% (n=0) $X^2=8.100 (0.002)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=2.250 (0.125)$	0% (n=0) $X^2=2.250 (0.125)$
Pérdida de control (Síntomas 2 y 4) McNemar (<i>p</i>)	100% (n=25)	0% (n=0) $X^2=20.045 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=19.048 (<0.001)$	4.8% (n=1) $X^2=18.050 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=9.091 (0.001)$	0% (n=0) $X^2=8.100 (0.002)$
Abandono de aspectos personales, sociales, responsabilidades, etc.(Síntomas 7 y 8) McNemar (<i>p</i>)	64% (n=16)	0% (n=0) $X^2=12.071 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=10.083 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=11.077 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$	0% (n=0) $X^2=3.200 (0.063)$
Imposibilidad de parar/reducir la conducta sexual (ítem 3) McNemar (<i>p</i>)	84% (n=21)	4% (n=1) $X^2=17.053 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.059 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$	0% (n=0) $X^2=7.111 (0.004)$
Persistencia en el comportamiento sexual a pesar de la interferencia (síntoma 6) McNemar (<i>p</i>)	64% (n=16)	0% (n=0) $X^2=14.063 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=13.067 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=13.067 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$
Actividades Sexuales Online problemáticas						
Uso de Webcam McNemar (<i>p</i>)	56% (n=14)	0% (n=0) $X^2=12.071 (<0.001)$	4.5% (n=1) $X^2=10.083 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=9.091 (0.001)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$
Consumo de pornografía McNemar (<i>p</i>)	84% (n=21)	0% (n=0) $X^2=19.048 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=16.056 (<0.001)$	0% (n=0) $X^2=6.125 (0.008)$	0% (n=0) $X^2=5.143 (0.016)$
Uso de apps McNemar (<i>p</i>)	12% (n=3)	0% (n=0) $X^2=1.333 (0.250)$	0% (n=0) $X^2=1.333 (0.250)$	0% (n=0) $X^2=1.333 (0.250)$	0% (n=0) $X^2=0.000 (1.000)$	0% (n=0) $X^2=0.000 (1.000)$
Uso de chats sexuales McNemar (<i>p</i>)	52% (n=13)	4% (n=1) $X^2=10.083 (<0.001)$	4.5% (n=1) $X^2=9.091 (0.001)$	4.8% (n=1) $X^2=9.091 (0.001)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$	0% (n=0) $X^2=4.167 (0.031)$
Contacto con trabajadores/as sexuales	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)

McNemar (<i>p</i>)		^a	^a	^a	^a	^a
Masturbación	4% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
McNemar (<i>p</i>)		<i>X²=0.000 (1.000)</i>	<i>X²=0.000 (1.000)</i>	<i>X²=0.000 (1.000)</i>	<i>X²=0.000 (1.000)</i>	<i>X²=0.000 (1.000)</i>

Nota: ^a= las celdas vacías representan términos no incluidos debido a limitaciones en el tamaño de la muestra (generalmente, porque el n es igual o menor a 1, o porque la distribución es igual en ambos grupos o momentos de evaluación); GE-PRE: evaluación del grupo experimental antes de la intervención; GE-POST: evaluación del grupo experimental al finalizar el tratamiento; GE-Seg1,3,6,12meses: evaluación del grupo experimental 1, 3, 6 y 12 meses después de finalizar el tratamiento. En negrita se encuentran señalados los momentos de evaluación post-intervención y seguimientos entre los que encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la evaluación previa a la intervención.

2.2 Diferencias en la hipersexualidad y conductas sexuales offline

Con el objetivo de analizar los cambios en la sexualidad general antes de la intervención y en las evaluaciones post-intervención y de seguimiento aplicamos el Hypersexual Behavior Inventory (HBI) además de emplear otras medidas como la exploración de las diferentes actividades sexuales *offline*, su grado de control, de malestar, etc. Estos resultados se detallan en la tabla 24. Tal y como podemos observar, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y los diferentes momentos de evaluación tras la intervención (postest y seguimientos) en la presencia de hipersexualidad (HBI) (p entre 0.004 y <0.001). Además, también encontramos diferencias entre el pretest y algunas evaluaciones tras la intervención en los porcentajes de actividad sexual que representan tanto la masturbación sin utilizar material sexual *online* como las relaciones sexuales con pareja estable. Cabe destacar que muchas de las otras comparaciones no pudieron ser analizadas estadísticamente debido a que la participación de los evaluados en estas actividades era nula o prácticamente nula.

Analizando las diferencias en las medidas del HBI entre la evaluación previa a la intervención y las evaluaciones tras la intervención (postest) y los diferentes seguimientos, encontramos que, mientras que en la evaluación inicial un 88% de los participantes tendría un problema de posible hipersexualidad (≥ 53 puntos), en el resto de evaluaciones (postest y seguimientos), la presencia de personas con este perfil oscila entre el 0 y el 12%, dándose su mayor porcentaje en la evaluación postest.

En lo que se refiere al cambio en los porcentajes de sexualidad mencionados anteriormente, tanto en el post-tratamiento como en las evaluaciones de seguimiento, el porcentaje de la sexualidad (saliencia) que representan actividades como la masturbación sin utilizar material sexual *online* o las relaciones sexuales con pareja estable aumenta notablemente como es deseable. En el caso de la masturbación, este porcentaje varía de una $M_{GE-PRE}=13.34$ a una M entre 30.13 y 69.54 en el post-tratamiento y los seguimientos, aunque estas diferencias solo resultaron ser estadísticamente significativas al comparar el pretest con el postest ($p=0.018$). En lo que respecta a las relaciones con pareja estable, las diferencias son estadísticamente significativas entre el pretest y el postest, Seg1mes y Seg3meses ($M_{pretest}=16.82$; $M_{postest}=77.55$; $M_{Seg1mes}=68.31$; $M_{Seg3meses}=55.93$). No obstante, en el resto de seguimientos, el porcentaje de sexualidad que representa esta actividad también es mayor que en la evaluación inicial, rondando el 45% de toda la conducta sexual en los dos últimos seguimientos.

Otras variables relacionadas con estas dos actividades sexuales como el tiempo semanal invertido, el número de orgasmos semanales y el malestar experimentado con la actividad generalmente decrecen en el post-tratamiento y en los diferentes seguimientos, aunque no de

forma significativa; mientras que el grado de control aumenta ligeramente en todas las evaluaciones realizadas tras la intervención en comparación con la evaluación previa al tratamiento (p entre 0.072 y 0.752).

El resto de actividades sexuales tienen una prevalencia mínima o nula entre los participantes tanto antes de iniciar el tratamiento como en las evaluaciones posteriores.

Tabla 24. Diferencias entre el Pretest, Postest y los diferentes seguimientos en la hipersexualidad y actividades sexuales offline

	Pretest (n=25)	Postest (n=25)	Seg 1mes (n=22)	Seg 3meses (n=21)	Seg 6meses (n=13)	Seg 12meses (n=10)
Possible hipersexualidad (HBI)	88% (n=22)	12% (n=3)	0% (n=0)	9.5% (n=2)	7.7% (n=1)	10% (n=1)
McNemar (p)		$X^2=17.053$ (<0.001)	$X^2=18.050$ (<0.001)	$X^2=16.056$ (<0.001)	$X^2=9.091$ (0.001)	$X^2=7.111$ (0.004)
Actividades Sexuales Offline						
Masturbación sin utilizar material sexual online (Sí)	48% (n=12)	52% (n=13)	45.5% (n=10)	71.4% (n=15)	53.8% (n=7)	80% (n=8)
McNemar (p)		$X^2=0.000$ (1.000)	$X^2=0.000$ (1.000)	$X^2=0.900$ (0.344)	$X^2=0.000$ (1.000)	$X^2=0.571$ (0.453)
Porcentaje de sexualidad	$M=13.34$ (DT=10.51)	$M=69.54$ (DT=34.12)	$M=46.50$ (DT=30.55)	$M=43.93$ (DT=31.73)	$M=57.14$ (DT=28.11)	$M=30.13$ (DT=34.52)
Wilcoxon (p)		$z=-2.375$ (0.018)	$z=-1.761$ (0.078)	$z=-1.612$ (0.107)	$z=-1.753$ (0.080)	$z=-1.604$ (0.109)
Tiempo (minutos/semana)	$M=118.64$ (DT=105.26)	$M=66.92$ (DT=63.21)	$M=64.00$ (DT=53.99)	$M=54.33$ (DT=41.23)	$M=52.86$ (DT=33.65)	$M=31.43$ (DT=23.10)
Wilcoxon (p)		$z=-1.604$ (0.109)	$z=-1.604$ (0.109)	$z=-1.826$ (0.068)	$z=-1.483$ (0.138)	$z=-1.342$ (0.180)
Orgasmos (orgasmos/semana)	$M=6.70$ (DT=11.85)	$M=2.33$ (DT=1.87)	$M=1.50$ (DT=1.08)	$M=2.07$ (DT=1.16)	$M=2.00$ (DT=1.16)	$M=1.14$ (DT=1.07)
Wilcoxon (p)		$z=0.000$ (1.000)	$z=-1.841$ (0.066)	$z=-1.225$ (0.221)	$z=-1.342$ (0.180)	$z=-1.000$ (0.317)
Grado de malestar (0-10)	$M=4.08$ (DT=3.82)	$M=1.08$ (DT=1.80)	$M=1.40$ (DT=1.58)	$M=0.27$ (DT=0.79)	$M=0.00$ (DT=0.00)	$M=0.00$ (DT=0.00)
Wilcoxon (p)		$z=-1.461$ (0.144)	$z=-1.490$ (0.136)	$z=-1.841$ (0.042)	$z=-1.604$ (0.109)	$z=-1.342$ (0.180)
Grado de control (0-10)	$M=7.46$ (DT=2.35)	$M=9.00$ (DT=1.47)	$M=8.40$ (DT=1.71)	$M=9.27$ (DT=1.44)	$M=9.43$ (DT=0.79)	$M=10.00$ (DT=0.00)
Wilcoxon (p)		$z=-1.802$ (0.072)	$z=-0.316$ (0.752)	$z=-1.85$ (0.236)	$z=-1.656$ (0.098)	$z=-1.604$ (0.109)
Relaciones sexuales con pareja estable (Sí)	52% (n=13)	44% (n=11)	59.1% (n=13)	61.9% (n=13)	46.2% (n=6)	40% (n=4)
McNemar (p)		$X^2=0.000$ (1.000)	$X^2=0.125$ (0.727)	$X^2=0.571$ (0.453)	$X^2=0.500$ (0.500)	$X^2=1.333$ (0.250)
Porcentaje de sexualidad	$M=16.82$ (DT=8.15)	$M=77.55$ (DT=27.13)	$M=68.31$ (DT=35.35)	$M=55.93$ (DT=30.98)	$M=45.83$ (DT=34.98)	$M=45.00$ (DT=26.46)
Wilcoxon (p)		$z=-2.201$ (0.028)	$z=-2.201$ (0.028)	$z=-2.201$ (0.028)	$z=-1.214$ (0.225)	$z=-1.604$ (0.109)
Tiempo (minutos/semana)	$M=119.09$ (DT=70.92)	$M=86.36$ (DT=58.53)	$M=113.46$ (DT=89.80)	$M=94.29$ (DT=53.54)	$M=38.00$ (DT=21.68)	$M=67.50$ (DT=28.72)
Wilcoxon (p)		$z=-0.921$ (0.357)	$z=-0.730$ (0.465)	$z=-1.265$ (0.206)	$z=-1.604$ (0.109)	$z=-1.069$ (0.285)
Orgasmos (orgasmos/semana)	$M=2.40$ (DT=1.43)	$M=1.80$ (DT=0.79)	$M=2.08$ (DT=1.38)	$M=1.86$ (DT=1.42)	$M=1.17$ (DT=0.41)	$M=1.75$ (DT=0.96)
Wilcoxon (p)		$z=-1.633$ (0.102)	$z=-1.633$ (0.102)	$z=-1.342$ (0.180)	$z=-1.414$ (0.157)	$z=-1.000$ (0.317)
Grado de malestar (0-10)	$M=1.00$ (DT=2.22)	$M=0.18$ (DT=0.60)	$M=0.23$ (DT=0.59)	$M=0.14$ (DT=0.53)	$M=0.00$ (DT=0.00)	$M=0.00$ (DT=0.00)
Wilcoxon (p)		$z=-1.000$ (0.317)	$z=-1.342$ (0.180)	$z=-0.979$ (0.327)	$z=0.000$ (1.000)	$z=0.000$ (1.000)
Grado de control (0-10)	$M=8.67$ (DT=1.67)	$M=9.45$ (DT=0.69)	$M=9.54$ (DT=0.66)	$M=8.71$ (DT=2.67)	$M=9.50$ (DT=0.55)	$M=10.00$ (DT=0.00)
Wilcoxon (p)		$z=-1.134$ (0.257)	$z=-1.134$ (0.257)	$z=-0.677$ (0.498)	$z=-0.816$ (0.414)	$z=-1.000$ (0.317)
Relaciones sexuales con parejas esporádicas (Sí)	12% (n=3)	4% (n=1)	0% (n=0)	4.8% (n=1)	7.7% (n=1)	20% (n=2)
McNemar (p)		$X^2=0.500$ (0.500)	$X^2=1.333$ (0.250)	$X^2=0.500$ (0.500)	$X^2=0.000$ (1.000)	$X^2=0.000$ (1.000)
Porcentaje de sexualidad	$M=11.67$ (DT=7.64)	$M=10.00$ (DT=_)	_ ^a	$M=2.00$ (DT=_)	$M=10.00$ (DT=_)	$M=30.00$ (DT=28.28)
Wilcoxon (p)		_ ^a	_ ^a	_ ^a	_ ^a	_ ^a
Tiempo (minutos/semana)	$M=70.00$ (DT=17.32)	$M=60.00$ (DT=_)	_ ^a	$M=$ (DT=_)	$M=60.00$ (DT=_)	_ ^a
Wilcoxon (p)		_ ^a	_ ^a	_ ^a	_ ^a	_ ^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	$M=1.00$ (DT=0.00)	$M=2.00$ (DT=_)	_ ^a	$M=$ (DT=_)	$M=1.00$ (DT=_)	$M=0.00$ (DT=_)
Wilcoxon (p)		_ ^a	_ ^a	_ ^a	_ ^a	_ ^a
Grado de malestar (0-10)	$M=3.67$ (DT=4.04)	$M=0.00$ (DT=_)	_ ^a	$M=0.00$ (DT=_)	$M=2.00$ (DT=_)	$M=0.50$ (DT=0.71)
Wilcoxon (p)		_ ^a	_ ^a	_ ^a	_ ^a	_ ^a

Grado de control (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =8.33 (<i>DT</i> =1.53)	<i>M</i> =9.00 (<i>DT</i> =__) _a	_a _a	<i>M</i> =9.00 (<i>DT</i> =__) _a	<i>M</i> =9.00 (<i>DT</i> =__) _a	<i>M</i> =9.50 (<i>DT</i> =0.71) _a
Relaciones sexuales con personas distintas a la pareja (infidelidad) (Sí) McNemar (<i>p</i>)	4% (n=1)	0% (n=0)	4.5% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Porcentaje de sexualidad Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =__)	<i>M</i> =__ (<i>DT</i> =__) _a	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =__) _a	_a _a	_a _a	_a _a
Tiempo (minutos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =15.00 (<i>DT</i> =__)	_a _a	<i>M</i> =30.00 (<i>DT</i> =__) _a	_a _a	_a _a	_a _a
Orgasmos (orgasmos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =__)	_a _a	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =__) _a	_a _a	_a _a	_a _a
Grado de malestar (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =__)	_a _a	<i>M</i> =9.00 (<i>DT</i> =__) _a	_a _a	_a _a	_a _a
Grado de control (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =__)	_a _a	<i>M</i> =6.00 (<i>DT</i> =__) _a	_a _a	_a _a	_a _a
Relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales (Sí) McNemar (<i>p</i>)	8% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Porcentaje de sexualidad Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =0.00)	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a
Tiempo (minutos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =22.50 (<i>DT</i> =10.61)	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a
Orgasmos (orgasmos/semana) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =0.00)	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a
Grado de malestar (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =7.00 (<i>DT</i> =4.24)	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a
Grado de control (0-10) Wilcoxon (<i>p</i>)	<i>M</i> =4.00 (<i>DT</i> =1.41)	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a	_a _a

Nota: "a" las celdas vacías representan términos no incluidos debido a limitaciones en el tamaño de la muestra (generalmente, porque el n es igual o menor a 1, o porque la distribución es igual en ambos grupos o momentos de evaluación) GE-PRE: evaluación del grupo experimental antes de la intervención; GE-POST: evaluación del grupo experimental al finalizar el tratamiento; GE-Seg1,3,6,12meses: evaluación del grupo experimental 1, 3, 6 y 12 meses después de finalizar el tratamiento. En negrita se encuentran señalados los momentos de evaluación post-intervención y seguimientos entre los que encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la evaluación previa a la intervención.

2.3 Perfil clínico no sexual y disposicional

Finalmente, se exploraron las diferencias en las dimensiones que conforman el perfil clínico no sexual y las variables disposicionales de los participantes (Tabla 25).

En primer lugar, exploramos la presencia de adicción a internet a través del IAT. Como podemos observar, el 28% de los participantes presentaba un perfil de posible adicción a internet antes de iniciar el tratamiento. Una vez finalizado el tratamiento (postest) y en todos los seguimientos, ninguno de los participantes presentaba dicho perfil, situándose todos en un perfil de riesgo bajo o nulo. Estas diferencias entre las medidas del pretest y el resto de medidas resultaron ser significativas hasta el seguimiento de los 3 meses (p entre 0.016 y 0.031); las otras dos medidas restantes (Seg6meses [$p=0.500$] y Seg12meses [$p=0.500$]) no resultaron ser significativas probablemente debido al reducido tamaño muestral.

En las medidas de ansiedad estado-rasgo exploradas mediante el STAI, también nos encontramos cambios significativos en la distribución entre las medidas previas al tratamiento y las posteriores (postest y seguimientos tras 1, 3, 6 y 12 meses). Empezando por la ansiedad-estado, encontramos diferencias en la distribución entre el pretest y todos los momentos de evaluación restantes (p entre 0.031 y <0.001). La prevalencia de personas que se encuentran en un percentil superior al 50 disminuye considerablemente tras la intervención y se mantiene en el tiempo. Concretamente, antes de iniciar el tratamiento un 60% de la muestra presentaba una ansiedad-estado alta (percentil superior al 75). Este porcentaje disminuye considerablemente hasta un mínimo de 9.5% en el seguimiento de los 3 meses tras la intervención. Algo similar ocurre en la subescala ansiedad-rasgo. Los porcentajes de personas que se encuentran por encima del percentil 50 y 75 disminuyen tras la intervención y se mantienen durante los seguimientos posteriores (p entre 0.031 y <0.001); no obstante, estas diferencias no son significativas entre el pretest y el Seg12meses ($p=0.125$).

En cuanto a la depresión, también encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el momento previo a la intervención y las medidas obtenidas tras la misma y en los seguimientos correspondientes (p entre 0.031 y <0.001). Específicamente, antes de iniciar el tratamiento un 24% de los participantes presentaba sintomatología depresiva moderada/severa. Este porcentaje disminuye considerablemente en el resto de evaluaciones siendo ninguna o prácticamente ninguna las personas que presentarían esta sintomatología.

Otra de las variables exploradas es la autoestima medida a través del RSEI. Al inicio del tratamiento (evaluación pretest) un 32% de los participantes presentaba una autoestima baja, mientras que el 44% tenía una autoestima elevada. Tras la intervención, el porcentaje de personas con una autoestima baja se reduce hasta un 12% y se mantiene relativamente estable en el resto

de seguimientos, llegando incluso a un 0% en el seguimiento de los tres meses. Por el contrario, el porcentaje de personas con una autoestima elevada asciende notablemente, oscilando entre un 70% y un 81.8% en las evaluaciones posttest y de seguimiento. Estas diferencias entre los datos previos a la intervención y las evaluaciones realizadas después del tratamiento son estadísticamente significativas (p entre 0.008 y 0.002), a excepción de las evaluaciones tras 6 y 12 meses después de haber recibido el tratamiento ($p=0.429$).

Por otro lado, encontramos diferencias estadísticamente significativas en las dificultades en la regulación emocional (DERS) entre el momento previo a la evaluación (pretest) y el posttest ($p<0.001$) y los seguimientos (Seg 1, 3, 6, 12 meses; p entre 0.027 y <0.001). Estas diferencias se ven reflejadas en una disminución en la puntuación media de la evaluación previa al tratamiento ($M=67.08$, $DT=19.06$) con respecto a los otros momentos de evaluación (M entre 51.60 y 45.24), que se traduciría en menores dificultades para regular las emociones. Finalmente, en lo que respecta a la impulsividad, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest ($p=0.001$) y pretest el primer seguimiento (Seg1mes; $p=0.021$). En la evaluación previa al tratamiento, un 40% de los participantes se caracterizaba por tener un perfil de alta impulsividad. Este porcentaje se redujo a un 4% tras la intervención y aumentó ligeramente en los seguimientos posteriores. No obstante, nunca sobrepasó el 20%.

Tabla 25. Diferencias entre el pretest, el postest y los diferentes seguimientos en las variables clínicas no sexuales

	Pretest (n=25)	Postest (n=25)	Seg1mes (n=22)	Seg3meses (n=21)	Seg6meses (n=13)	Seg12meses (n=10)
Posible adicción a internet (IAT) McNemar (<i>p</i>)	28% (n=7)	0% (n=0) $\chi^2=5.143$ (0.016)	0% (n=0) $\chi^2=4.167$ (0.031)	0% (n=0) $\chi^2=4.167$ (0.031)	0% (n=0) $\chi^2=0.500$ (0.500)	0% (n=0) $\chi^2=0.500$ (0.500)
Ansiedad-Estado (STAI)						
Percentil 50-75	20% (n=5)	16% (n=4)	9.1% (n=2)	23.8% (n=5)	30.8% (n=4)	0% (n=0)
Percentil 75-99	60% (n=15)	24% (n=6)	18.2% (n=4)	9.5% (n=2)	15.4% (n=2)	30% (n=3)
Prueba de signo (<i>p</i>)		$z=-2.425$ (0.013)	$z=-2.940$ (0.002)	$z=-3.3474$ (<0.001)	$z=-2.475$ (0.008)	$z=-2.041$ (0.031)
Ansiedad-Rasgo (STAI)						
Percentil 50-75	32% (n=8)	20% (n=5)	22.7% (n=5)	19% (n=4)	38.5% (n=5)	10% (n=1)
Percentil 75-99	52% (n=13)	32% (n=8)	4.5% (n=1)	19% (n=4)	7.7% (n=1)	20% (n=2)
Prueba de signo (<i>p</i>)		$z=-2.219$ (0.022)	$z=-3.750$ (<0.001)	$z=-2.940$ (0.002)	$z=-2.041$ (0.031)	$z=-1.512$ (0.125)
Depresión (BDI)						
Depresión leve	28% (n=7)	8% (n=2)	4.5% (n=1)	4.8% (n=1)	7.7% (n=1)	0% (n=0)
Depresión moderada	16% (n=4)	8% (n=2)	0% (n=0)	4.8% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)
Depresión severa	8% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Prueba de signo (<i>p</i>)		$z=-2.219$ (0.022)	$z=-3.175$ (<0.001)	$z=-3.175$ (<0.001)	$z=-2.041$ (0.031)	$z=-2.041$ (0.031)
Autoestima (RSEI)						
Baja autoestima (≤ 25)	32% (n=8)	12% (n=3)	4.5% (n=1)	0% (n=0)	15.4% (n=2)	10% (n=1)
Autoestima media (26-29)	24% (n=6)	12% (n=3)	13.6% (n=3)	19% (n=4)	7.7% (n=1)	20% (n=2)
Autoestima alta (30-40)	44% (n=11)	76% (n=19)	81.8% (n=18)	81% (n=17)	76.9% (n=10)	70% (n=7)
Prueba de signo (<i>p</i>)		$z=-2.667$ (0.008)	$z=-3.071$ (0.002)	$z=-2.950$ (0.003)	$z=-0.791$ (0.429)	$z=-0.791$ (0.429)
Dificultades en la regulación emocional (DERS)	$M=67.08$ ($DT=19.06$)	$M=48.64$ ($DT=15.59$)	$M=45.24$ ($DT=14.63$)	$M=50.33$ ($DT=14.15$)	$M=46.08$ ($DT=17.79$)	$M=51.60$ ($DT=19.48$)
Wilcoxon (<i>p</i>)		$z=-3.929$ (<0.001)	$z=-3.755$ (<0.001)	$z=-3.842$ (<0.001)	$z=-2.761$ (0.006)	$z=-2.193$ (0.028)
Impulsividad (BIS)						
Impulsividad baja (≤ 51)	8% (n=2)	16% (n=4)	13.6% (n=3)	9.5% (n=2)	15.4% (n=2)	20% (n=2)
Impulsividad media (52-71)	52% (n=13)	80% (n=20)	77.3% (n=17)	76.2% (n=16)	69.2% (n=9)	60% (n=6)
Impulsividad alta (≥ 72)	40% (n=10)	4% (n=1)	9.1% (n=2)	14.3% (n=3)	15.4% (n=2)	20% (n=2)
Prueba de signo (<i>p</i>)		$z=-3.317$ (0.001)	$z=-2.309$ (0.021)	$z=-1.732$ (0.083)	$z=-1.342$ (0.180)	$z=-1.000$ (0.317)

Nota: GE-PRE: evaluación del grupo experimental antes de la intervención; GE-POST: evaluación del grupo experimental al finalizar el tratamiento; GE-Seg1,3,6,12meses: evaluación del grupo experimental 1, 3, 6 y 12 meses después de finalizar el tratamiento. En negrita se encuentran señalados los momentos de evaluación post-intervención y seguimientos entre los que encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la evaluación previa a la intervención.

2.4 Evaluación del proceso de tratamiento

Como parte de la evaluación de la mejora de los participantes, otro de los objetivos perseguidos en este estudio tiene que ver con la valoración subjetiva del cambio, así como con la valoración de los participantes sobre el tratamiento. Por lo general, tal y como observamos en la tabla 26, las personas que completaron el tratamiento se sintieron muy satisfechas con el mismo ($M=9.08$; $DT=0.86$) y encontraron su estructura muy lógica ($M=9.28$; $DT=0.94$) y muy útil en el tratamiento tanto de este como de otros problemas psicológicos similares, tanto que lo recomendarían en gran medida a un familiar o amigo que presentara el mismo problema. Como puntos fuertes se destaca la baja aversión que perciben los pacientes sobre el tratamiento ($M=0.88$; $DT=1.14$), el hecho de ser un programa de tratamiento *online* ($M=8.04$; $DT=2.19$), la sencillez ($M=8.76$; $DT=1.20$) y la duración del tratamiento ($M=8.16$; $DT=1.89$). Además, por lo general, el miedo a tener una recaída es bajo tras la intervención ($M=4.16$; $DT=2.21$); mientras que la percepción sobre la capacidad para afrontar una posible recaída es muy elevada ($M=8.60$; $DT=1.08$).

Tabla 26. Análisis de la satisfacción con el tratamiento

	Postest (n=25)
Lógica del tratamiento (0=nada, 10-muchísimo)	$M=9.28$ ($DT=0.94$)
Satisfacción con el tratamiento (0=nada, 10-muchísimo)	$M=9.08$ ($DT=0.86$)
Recomendar el tratamiento a un amigo/familiar con el mismo problema a(0=nada, 10-muchísimo)	$M=9.48$ ($DT=0.87$)
Utilidad de este tratamiento para otros problemas psicológicos (0=nada, 10-muchísimo)	$M=9.08$ ($DT=1.19$)
Utilidad de este tratamiento para su problema (0=nada, 10-muchísimo)	$M=9.16$ ($DT=1.11$)
En qué medida te ha resultado aversivo el tratamiento (0=nada, 10-muchísimo)	$M=0.88$ ($DT=1.14$)
En qué medida crees que habría influido que el tratamiento fuera presencial (0=nada, 10-muchísimo)	$M=3.32$ ($DT=2.66$)
En qué medida crees que el hecho que sea <i>online</i> es un aspecto positivo (0=nada, 10-muchísimo)	$M=8.04$ ($DT=2.19$)
En qué medida te ha parecido sencillo de seguir (0=nada, 10-muchísimo)	$M=8.76$ ($DT=1.20$)
En qué medida te ha parecido adecuada la duración del tratamiento (0=nada, 10-muchísimo)	$M=8.16$ ($DT=1.89$)
Temor a una posible recaída (0=nada, 10-muchísimo)	$M=4.16$ ($DT=2.21$)
En qué medida crees que tienes recursos para afrontar una posible recaída (0=nada, 10-muchísimo)	$M=8.60$ ($DT=1.08$)

Por otro lado, también analizamos la percepción de mejora en el postratamiento y su mantenimiento en los diferentes seguimientos con respecto al estado de ánimo en general, el tipo de síntomas sexuales experimentados, la intensidad y frecuencia de estos síntomas y la interferencia causada.

En la Tabla 27 se encuentran detalladas las respuestas a estos aspectos en cada momento de evaluación, así como el análisis de las diferencias entre todos los momentos de evaluación para cada ítem. Como podemos observar, en general no encontramos diferencias

estadísticamente significativas tras el posttest en ninguna de las cuestiones exploradas, siendo muy pocas las personas que perciben en algún momento de los seguimientos el empeoramiento en el tipo de síntomas, su intensidad y frecuencia y su interferencia, lo que indica que la percepción de mejora tras el tratamiento tiende a mantenerse hasta un año después. La única excepción la encontramos en el ítem “*Frecuencia con la que experimenta los síntomas desde la última evaluación*” donde encontramos diferencias estadísticamente significativas ($z=2.00$; $p=0.039$) entre las medidas tomadas tras 3 meses tras la intervención y tras 6 meses tras la intervención. Estos datos revelan una mejora significativa con el paso del tiempo en la percepción de la frecuencia de experimentación de estos síntomas entre estos dos momentos temporales.

Tabla 27. Diferencias entre el GE-Post y los diferentes seguimientos en las variables subjetivas de mejora

	Postest (n=25)	Seg1mes (n=22)	Seg3meses (n=21)	Seg6meses (n=13)	Seg12meses (n=10)	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	P
Estado de ánimo general desde la última evaluación							
Algo-bastante peor	4% (n=1)	4.5% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1.768 ≤ z ≤ -1.933	entre 1.000 y 0.077
Igual	28% (n=7)	13.6% (n=3)	28.6% (n=6)	7.7% (n=1)	20% (n=2)		
Algo-mucho mejor	68% (n=17)	81.8% (n=18)	71.4% (n=15)	92.3% (n=12)	80% (n=8)		
Tipo de síntomas sexuales experimentados desde la última evaluación							
Algo-bastante peor	0% (n=0)	4.5% (n=1)	14.3% (n=3)	0% (n=0)	10% (n=1)	1.061 ≤ z ≤ -1.170	entre 1.000 y 0.289
Igual	20% (n=5)	18.2% (n=4)	9.5% (n=2)	23.1% (n=3)	30% (n=3)		
Algo-mucho mejor	80% (n=20)	77.3% (n=17)	76.2% (n=16)	76.9% (n=10)	60% (n=6)		
Intensidad con la que experimentan los síntomas desde la última evaluación							
Algo-bastante peor	0% (n=0)	9% (n=2)	9.5% (n=2)	0% (n=0)	10% (n=1)	1.225 ≤ z ≤ -1.333	entre 1.000 y 0.180
Igual	16% (n=4)	18.2% (n=4)	23.8% (n=5)	15.4% (n=2)	10% (n=1)		
Algo-mucho mejor	84% (n=21)	72.7% (n=16)	66.7% (n=14)	84.6% (n=11)	80% (n=8)		
Frecuencia con la que experimenta los síntomas desde la última evaluación							
Algo-bastante peor	0% (n=0)	9% (n=2)	14.3% (n=3)	0% (n=0)	10% (n=1)	2.000 ≤ z ≤ -1.203	entre 1.000 y 0.039
Igual	16% (n=4)	27.3% (n=6)	19% (n=4)	15.4% (n=2)	10% (n=1)		
Algo-mucho mejor	84% (n=21)	63.6% (n=14)	66.7% (n=14)	84.6% (n=11)	80% (n=8)		
Interferencia que causan los síntomas sexuales desde la última evaluación							
Algo-bastante peor	0% (n=0)	4.5% (n=1)	4.8% (n=1)	0% (n=0)	10% (n=1)	1.768 ≤ z ≤ -0.991	entre 1.000 y 0.070
Igual	12% (n=3)	22.7% (n=5)	28.6% (n=6)	15.4% (n=2)	10% (n=1)		
Algo-mucho mejor	88% (n=22)	72.7% (n=16)	66.7% (n=14)	84.6% (n=11)	80% (n=8)		

Nota: Estos datos corresponden a las comparaciones entre todos los momentos de evaluación. GE-POST: evaluación del grupo experimental al finalizar el tratamiento; GE-Seg1,3,6,12meses: evaluación del grupo experimental 1, 3, 6 y 12 meses después de finalizar el tratamiento. En negrita se encuentran señalados los momentos de evaluación post-intervención y seguimientos entre los que encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente, también exploramos otros factores relacionados con el proceso del tratamiento (Tabla 28). Uno de ellos es el apoyo social percibido durante el mismo. En este caso, el 52% de las personas que finalizaron el tratamiento percibía algún tipo de apoyo social, siendo más frecuente el apoyo de la pareja sentimental (36% del total de la muestra), seguido por las amistades (12%) y finalmente el apoyo familiar (4%). Durante el tratamiento también se ofreció a todos los participantes la opción de que algún coterapeuta participara en el proceso, sobre todo en las tareas relacionadas con la planificación ambiental que se iniciaban en la segunda sesión de tratamiento. En este sentido solo un 16% de los participantes decidió incluir a un coterapeuta, siendo en prácticamente todas las ocasiones la propia pareja (12%) y participando sólo de forma puntual durante todo el proceso de tratamiento. Finalmente, otro aspecto a destacar es la inclusión de intervenciones puntuales sobre temas adicionales (durante las sesiones 10 y 11 de tratamiento), necesario en el 52% de los casos. Algunos aspectos abordados tenían como objetivo profundizar en áreas que ya se habían trabajado durante la propia intervención, pero que necesitaban una mayor dedicación en algunos casos concretos (por ejemplo, autoestima, sexualidad, etc.); mientras que otros aspectos tratados durante estas sesiones no estaban incluidos de manera inicial en nuestro programa de intervención (por ejemplo, abuso sexual, aceptación de la orientación sexual, etc.).

Tabla 28. Análisis de algunos factores relevantes durante el tratamiento

	Personas que finalizaron el tratamiento (n=25)
Apoyo social durante el tratamiento (Sí)	52% (n=13)
Familia	4% (n=1)
Pareja	36% (n=9)
Amigos	12% (n=3)
Participación de un coterapeuta (Sí)	16% (n=4)
Pareja	12% (n=3)
Amigo/a	4% (n=1)
Tipo de participación del coterapeuta	
Puntual (control de estímulos)	100% (n=4)
Recibir un tratamiento adicional (Sí)	52% (n=13)*
Sexualidad (placer, deseo, fantasías sexuales, etc.)	12% (n=3)
Autoestima	16% (n=4)
Aceptación de la orientación sexual	8% (n=2)
Abuso sexual	4% (n=1)
Problemas de pareja	8% (n=2)
Disfunción eréctil	8% (n=2)
Terapia con la pareja	12% (n=3)
Asertividad	4% (n=1)
Otras adicciones	4% (n=1)

*En algún caso se trabajaron varios aspectos adicionales

3. Predictores del cambio tras la aplicación de un tratamiento *online* para la adicción al cibersexo

Identificar las variables que predicen el cambio en la conducta sexual *online* problemática es otro de los objetivos principales de esta investigación. Puesto que el tamaño muestral es reducido, para llevar a cabo los análisis estadísticos pertinentes tuvimos que realizar diferentes regresiones lineales en función de las distintas agrupaciones de variables independientes. Además, las variables dependientes empleadas para este análisis fueron dos: el cambio en las puntuaciones del ISST (variable que surge al hacer la resta de las puntuaciones posttest menos las pretest) y el cambio en la presencia de síntomas clínicos (Sumatorio de síntomas clínicos en la evaluación inicial, previa al tratamiento – sumatorio de síntomas clínicos en el post-tratamiento).

Empezando por los cambios en la medida ISST tras el tratamiento, en la primera regresión que llevamos a cabo se incluyeron como VI distintas variables sociodemográficas. Antes de realizar esta regresión, empleamos el estadístico de contraste Durbin Watson para comprobar que era el método adecuado para esta regresión. Puesto que su valor es próximo a 2 (1.493) continuamos con el análisis. No obstante, este **primer modelo**, con un $R^2=0.028$ no sería estadísticamente significativo ($F=1.113$; $p=0.393$) por lo que, ninguna de las variables sociodemográficas expuestas en la tabla 29 explicaría los cambios en la medida del ISST.

Tabla 29. Variables sociodemográficas incluidas en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	24.451	5.275		4.557	0.000	13.749	37.268
Sexo	-1.411	2.022	-0.172	-0.713	0.485	-5.690	2.807
Edad	-0.119	0.071	-0.420	-1.677	0.111	-0.269	0.030
Nivel de estudios	-0.719	0.422	-0.365	-1.705	0.105	-1.605	0.167
Religión	-0.793	0.676	-0.264	-1.173	0.256	-2.212	0.627
País residencia	-0.852	1.308	-0.140	-0.651	0.523	-3.600	1.896
Situación laboral	-0.229	1.521	-0.034	-0.151	0.882	-3.425	2.966

Nota: Estadístico Durbin Watson=1.493

Al realizar esta misma regresión cambiando la VD por la diferencia tras la intervención en la presencia de síntomas clínicos de adicción al cibersexo, comprobamos que igualmente ninguna de estas variables sociodemográficas estaría relacionada con el cambio en la VD. A pesar de la viabilidad del análisis (Durbin Watson=2.047), el modelo no resultó significativo ($R^2=0.129$; $F=0.582$; $p=0.740$) (ver Tabla 30).

Tabla 30. Variables sociodemográficas incluidas en relación con el cambio en los síntomas de adicción al cibersexo

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	12.648	6.679		1.894	0.077	-1.512	26.807
Sexo	-0.552	2.392	-0.063	-0.231	0.820	-5.623	4.519
Edad	-0.010	0.087	-0.034	-0.117	0.908	-0.195	0.175
Nivel de estudios	0.634	0.523	0.295	1.213	0.243	-0.474	1.742
Religión	-1.071	0.861	-0.334	-1.243	0.232	-2.896	0.755
País residencia	0.153	1.566	0.024	0.098	0.923	-3.167	3.473
Situación laboral	-1.589	1.773	-0.223	-0.896	0.383	-5.347	2.169

Nota: Estadístico Durbin Watson=2.047

Otras variables exploradas fueron las relacionadas con la sexualidad en general. Para este **segundo bloque** de análisis, el método empleado fue la regresión lineal, con el método de evaluación por pasos “hacia atrás” para explorar qué variables de todas las que componen este apartado deberían incluirse en esta regresión. Para ello, tuvimos que realizar dos regresiones distintas que nos permitieran agrupar las variables en grupos más reducidos ya que el tamaño muestral no permite incluir un número excesivo de VI. En la primera regresión, incluimos como VI de este bloque la orientación sexual, la situación sentimental, la frecuencia de la actividad sexual *offline* y haber realizado diferentes actividades sexuales *offline* [masturbación sin utilizar material sexual *online*, relaciones sexuales con una pareja estable, relaciones sexuales con una pareja esporádica, relaciones sexuales con personas distintas a la pareja y relaciones con trabajadores/as sexuales]. Como VD incluimos el cambio en las puntuaciones del ISST. Este primer modelo no resultó ser estadísticamente significativo. En la segunda regresión, solo cambiamos las VI, incluyendo en este caso la preferencia por distintas conductas sexuales parafílicas [Exponer los genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera, Utilizar objetos para alcanzar el placer sexual, Mantener relaciones sexuales con niños, Rozar con los genitales a otra persona sin su consentimiento, Ser humillado, pegado o atado para alcanzar el placer sexual, Hacer sufrir física o psicológicamente para alcanzar el placer sexual, Vestirse como una mujer para alcanzar el placer sexual y Observar sin ser visto a otras personas desnudándose o realizando cualquier actividad sexual sin su consentimiento]. No obstante, en la tabla 31 solo se exponen las variables predictoras del modelo tras emplear el método por pasos “hacia atrás”. El modelo resultante de este método explicaría un 29.4% de la varianza de la VD ($F=5.373$, $p=0.014$). Como podemos observar, las variables incluidas en este modelo tienen que ver con la preferencia por distintas conductas parafílicas. Concretamente, las personas que experimentaban antes del tratamiento algún grado de placer al hacer sufrir física o psicológicamente para alcanzar el placer sexual ($\beta=4.317$, $p=0.005$) presentan mayor probabilidad de mejora en la puntuación de adicción al cibersexo tras el tratamiento. Por el contrario, las personas que experimentaban placer al vestirse como una mujer para alcanzar el placer sexual presentaban un menor grado de mejora ($\beta=-2.088$, $p=0.012$).

Tabla 31. Preferencias sexuales parafilicas incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	14.107	0.527		26.751	0.000	13.003	15.210
Hacer sufrir física o psicológicamente para alcanzar el placer sexual	4.317	1.346	0.851	3.207	0.005	1.500	7.134
Vestirse como una mujer para alcanzar el placer sexual	-2.821	1.012	-0.740	-2.787	0.012	-4.940	-0.702

Nota: Estadístico Durbin Watson=1.758

Estas mismas variables relacionadas con el perfil sexual general, también fueron exploradas en relación al cambio en la VD “cambio en la sintomatología de adicción al cibersexo tras la intervención”. Para ello también empleamos la regresión lineal, con el método de evaluación por pasos “hacia atrás”. Siguiendo la misma distribución de VI que las mencionadas anteriormente, en la tabla 32 se exponen las variables que resultaron ser predictoras en el primer modelo. Concretamente predecían el 30.6% del cambio en la varianza de esta VD ($F=4.088$, $p=0.022$) tener menor frecuencia sexual *offline* al inicio del tratamiento ($\beta=-0.981$, $p=0.012$) y mantener relaciones sexuales con parejas esporádicas ($\beta=3.993$, $p=0.035$). Estas variables se asocian con un mayor cambio en la presencia de sintomatología clínica de adicción al cibersexo.

Tabla 32. Variables sexuales generales incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en los síntomas de adicción al cibersexo.

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	14.882	2.577		5.774	0.000	9.467	20.296
Situación sentimental	2.979	1.483	0.416	2.009	0.060	-0.137	6.095
Frecuencia de actividad sexual <i>offline</i>	-0.981	0.353	-0.524	-2.783	0.012	-1.722	-0.240
Relaciones sexuales con parejas esporádicas	3.993	1.755	0.456	2.275	0.035	0.305	7.680

Nota: Estadístico Durbin Watson=1.676

En la segunda regresión, en la que se incluyen como VI las preferencias sexuales parafilicas, observamos que únicamente la actividad de exponer los genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera explicaría el 43% de los cambios en la VD ($F=8.168$, $p=0.003$). Aunque en este modelo también se incluyó la variable “*vestirse como una mujer para alcanzar el placer sexual*”, esta no resultó significativa ($p=0.061$) (ver Tabla 33).

Tabla 33. Preferencias sexuales parafilicas incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en los síntomas de adicción al cibersexo.

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	9.698	0.679		14.278	0.000	8.265	11.131
Exponer los genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera	2.012	0.539	0.652	3.733	0.002	0.875	3.149
Vestirse como una mujer para alcanzar el placer sexual	-1.522	0.759	-0.350	-2.006	0.061	-3.122	0.079

Nota: Estadístico Durbin Watson=2.586

En el **tercer bloque** de regresiones incluimos como VI diferentes escalas empleadas para evaluar la adicción al sexo (SAST, para la adicción al sexo; SCS para la compulsividad sexual y el cambio en la variable HBI para la hipersexualidad [variable que surge al restar de las puntuaciones posttest, las del pretest]), además de la búsqueda de sensaciones sexuales (SSSS). Esta regresión explicaría el 20.3% de la varianza de la VD (cambio en el ISST). En cuanto a las variables explicativas del modelo ($F=7.129$, $p=0.014$) solo se incluiría el cambio en la escala HBI ($\beta=0.066$, $p=0.014$); siendo esta relación positiva: a mayor cambio en las puntuaciones de hipersexualidad (HBI), mayor cambio en la VD. Al realizar este mismo análisis empleando como VD los cambios en la presencia de sintomatología clínica de adicción al cibersexo, el modelo no sería estadísticamente significativo ($F=2.130$, $p=0.110$).

En el **cuarto bloque** de análisis de regresión lineal, se siguieron los mismos pasos que en las regresiones previas incluyendo como VD el cambio en el ISST y como variables independientes la búsqueda de diferentes contenidos pornográficos, para la primera regresión de este apartado, y las diferentes motivaciones para la segunda regresión de este apartado, todas ellas expuestas en líneas anteriores. Como se detalla en la tabla 34, las variables que predicen el 38.7% de la VD ($F=6.059$, $p=0.004$) tratan de la visualización de dos tipos de contenido pornográfico: relaciones sexuales entre un hombre y una mujer ($\beta=2.767$, $p=0.031$) y ver relaciones sexuales entre personas del mismo sexo ($\beta=1.938$, $p=0.041$). Sentir atracción sexual por este tipo de contenido se relacionó con un mayor cambio en la sintomatología clínica tras la intervención. Con respecto a las motivaciones, ninguna resultó ser estadísticamente significativa en el modelo de regresión ($F=2.093$, $p=0.161$). Al analizar el efecto de estas VI en la VD cambio en la sintomatología clínica de adicción al cibersexo, los modelos resultantes no tienen significación estadística ($F=1.971$, $p=0.175$ y $F=2.266$, $p=0.147$).

Tabla 34. Variables sobre preferencias de contenido pornográfico incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	10.437	1.112		9.388	0.000	8.125	12.749
Material pornográfico: Una relación sexual entre un hombre y una mujer	2.767	1.194	0.406	2.318	0.031	0.284	5.250
Material pornográfico: Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo	1.938	0.892	0.355	2.172	0.041	0.083	3.793

Nota: Estadístico Durbin Watson=1.932

En el **quinto bloque** de análisis de regresión lineal evaluamos qué variables relacionadas con el perfil clínico sexual pueden estar relacionadas con el cambio en la puntuación del ISST tras el tratamiento. Para ello realizamos dos regresiones logísticas binarias: en la primera, las variables independientes fueron la realización antes del tratamiento de cada una de las actividades sexuales *online*; en la otra regresión se incluyó el tiempo total invertido en páginas sexuales antes de la intervención, el cambio en el tiempo invertido en actividades sexuales *online* tras la intervención y las medias en las subescalas previas a la intervención del ISST. Tras realizar el primer análisis de regresión lineal por pasos hacia atrás, las variables que explican el 39.5% de nuestra variable dependiente ($F=8.833$, $p=0.002$) son el uso de chats reproduciendo una fantasía sexual ($\beta=5.467$, $p=0.001$) y la búsqueda de pareja romántica ($\beta=-2.181$, $p=0.039$). Esta última variable se relacionó de forma negativa por lo que, el uso de internet con este fin se relaciona con un menor cambio en el ISST (ver Tabla 35). En la otra regresión (tabla 36), se asociaron de forma positiva con la VD el cambio en el tiempo invertido en ASO ($\beta=0.041$, $p=0.003$), la subescala de compulsividad sexual del ISST ($\beta=0.862$, $p=0.038$) y la subescala de actividad sexual *online* social ($\beta=1.266$, $p=0.001$). De forma negativa, se incluyó la variable tiempo invertido en ASO antes del tratamiento ($\beta=-0.043$, $p=0.003$) por lo que, un mayor cambio en el ISST está relacionado con una mayor disminución del tiempo invertido en ASO, una mayor compulsividad sexual previa y más actividad sexual *online* social y menos tiempo invertido en ASO al inicio del tratamiento.

Tabla 35. Tipo de ASO incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	10.000	1.250		7.999	0.000	7.407	12.593
Chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario	5.467	1.370	3.992	3.992	0.001	2.626	8.307
Búsqueda de pareja romántica	-2.181	0.991	-0.359	-2.200	0.039	-4.237	-0.125

Nota: Estadístico Durbin Watson=2.190

Tabla 36. Variables sexuales online incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	6.754	2.022		3.339	0.003	2.535	10.972
Tiempo previo	-0.043	0.013	-8.728	-3.388	0.003	-0.069	-0.16
ISST_Compulsividad	0.862	0.387	0.365	2.226	0.038	0.054	1.671
ISST_OnlineSocial	1.266	0.309	0.679	4.093	0.001	0.621	1.912
Diferencia dedicación temporal	0.041	0.012	8.578	3.365	0.003	0.016	0.067

Nota: Estadístico Durbin Watson=2.602

Al incluir estas variables independientes en dos nuevas regresiones lineales en las que la VD es el cambio en los síntomas clínicos de adicción al cibersexo, comprobamos que estos modelos también son significativos ($F=3.546$, $p=0.048$, cuando las VI son las ASO y $F=3.670$, $p=0.044$ cuando las VI son el tiempo invertido previo, el cambio en el tiempo invertido y las subescalas del ISST). Sin embargo, ninguna de las ASO resultó ser significativa por ella sola, mientras que una mayor percepción de gravedad (ISST) ($\beta=1.711$, $p=0.028$) y un menor uso de ASO en solitario ($\beta=-1.570$, $p=0.033$) predijeron el 19.5% de los cambios en los síntomas clínicos (ver Tabla 37).

Tabla 37. Variables sexuales clínicas online incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en la presencia de sintomatología clínica

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	14.751	3.067		4.809	0.000	8.353	21.665
ISST_ASO en solitario	-1.570	0.686	-0.498	-2.290	0.033	-3.000	-0.140
ISST_PercepciónGravedad	1.711	0.724	0.514	2.362	0.028	0.200	3.222

Nota: Estadístico Durbin Watson=1.627

En el **sexto bloque** de análisis de regresión lineal exploramos qué variables clínicas no relacionadas con el sexo o cibersexo, además de la presencia de otra sintomatología comórbida, pueden estar relacionadas con el cambio en nuestras VD a través de cuatro regresiones: dos para la VD cambio en el ISST y otras dos para la VD cambio en la sintomatología clínica. En las primeras regresiones, las variables independientes incluidas en el modelo fueron el cambio en las puntuaciones en los cuestionarios IAT, RSEI, STAIE y STAIR, BDI, BIS y DERS. En las segundas regresiones se incluyeron como VI la presencia de sintomatología de trastorno adaptativo, TDAH, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la conducta y consumo adictivo de sustancias.

Tras realizar el primer análisis de regresión lineal (siendo la VD el cambio en el ISST), se extrajeron diversas variables que explicaban el 30.4% de nuestra variable dependiente ($F=6.245$, $p=0.007$). Estas variables fueron el cambio en las puntuaciones en el cuestionario de autoestima (RSEI) ($\beta=0.088$, $p=0.009$) y el cambio en las puntuaciones del cuestionario de

impulsividad (BIS) ($\beta=0.103$, $p=0.048$), sugiriendo que un menor cambio en la autoestima y un mayor cambio en la impulsividad se asocia con un mayor cambio en el ISST (tabla 38). Sin embargo, la presencia de síntomas comórbidos de otros cuadros clínicos no se vio relacionada con esta VD.

Tabla 38. Variables clínicas no sexuales incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones del ISST.

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	12.397	0.690		17.955	0.000	10.965	13.828
Cambios en el RSEI	-0.238	0.086	-0.470	-2.759	0.011	-0.418	-0.059
Cambios en el BIS	0.103	0.049	0.356	2.092	0.048	0.001	0.205

Nota: Estadístico Durbin Watson=1.567

Al analizar el efecto de estas VI en el cambio en la sintomatología clínica de adicción al cibersexo tras la intervención observamos que, al contrario de lo que ocurría en el cambio del ISST, en este caso solo la presencia de alguna sintomatología comórbida explicaba el 39% de la VD ($F=5.679$, $p=0.006$). Concretamente, la presencia de sintomatología adaptativa y de TDAH se relacionó con un menor cambio en los síntomas clínicos de la adicción al cibersexo. Por el contrario, la presencia de sintomatología asociada al TOC se relacionó de forma positiva con esta VD ($\beta=0.929$ $p=0.055$), aunque no resultó ser significativa (ver Tabla 39).

Tabla 39. Comorbilidades incluidas como VI en el modelo de regresión en relación con el cambio en la presencia de sintomatología clínica

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	13.490	1.392		9.691	0.000	10.576	16.403
Síntomas de trastorno adaptativo	-1.796	0.634	-0.472	-2.834	0.011	-3.123	-0.470
Síntomas TDAH	-0.684	0.259	-0.454	-2.640	0.016	-1.226	-0.142
Síntomas TOC	0.929	0.455	0.351	2.043	0.055	-0.023	1.881

Nota: Estadístico Durbin Watson=2.672

Por otro lado, también analizamos si algunas **variables relacionadas con el proceso de tratamiento** (duración del tratamiento, nivel de adherencia, apoyo social y el haber trabajado otros problemas durante las últimas sesiones) están relacionadas con un mejor pronóstico tras el tratamiento. Sin embargo, ninguno de los modelos resultó ser significativo.

Finalmente, se realizó una última regresión (por pasos hacia atrás) para cada una de las variables dependientes, incluyendo todas las variables independientes que resultaron ser significativas en los análisis por bloques. En la tabla 40 se detallan los datos obtenidos para la primera regresión donde la VD es el cambio en las puntuaciones del ISST. Este modelo explicaría el 72.7% de la VD ($F=12.747$, $p<0.001$) e incluye algunas de las variables que resultaron

significativas en los análisis anteriores. Concretamente la búsqueda de material pornográfico normofílico (una relación sexual entre un hombre y una mujer, $\beta=3.885$, $p<0.001$; y relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, $\beta=1.640$, $p=0.029$), el uso de chats reproduciendo una fantasía sexual ($\beta=2.650$, $p=0.032$) y la compulsividad sexual previa medida a través de una subescala del ISST ($\beta=0.793$, $p=0.018$), se relacionaron de forma positiva con esta VD. Por el contrario, el uso de internet para buscar una pareja romántica se relacionó de forma inversa con los cambios producidos en las puntuaciones del ISST tras el tratamiento ($\beta=-1.739$, $p=0.017$).

Tabla 40. Variables incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en las puntuaciones en el ISST.

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	4.592	1.904		2.412	0.027	0.575	8.608
Material pornográfico: Una relación sexual entre un hombre y una mujer	3.885	0.761	0.626	5.104	<0.001	2.279	5.491
Material pornográfico: Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo	1.640	0.687	0.317	2.388	0.029	0.191	3.089
Chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario	2.650	1.134	0.292	2.337	0.032	0.258	5.041
Búsqueda de pareja romántica	-1.739	0.657	-0.312	-2.646	0.017	-3.126	-0.352
ISST_Compulsividad	0.793	0.303	0.345	2.621	0.018	0.155	1.432

Nota: Estadístico Durbin Watson=1.778

En la tabla 41 se detallan los resultados tras seguir el mismo procedimiento, empleando como VD los cambios en la presencia de sintomatología clínica. Aunque el modelo sea significativo y explique el 61.8% de la VD ($F=6.662$, $p=0.001$), son pocas las variables que realmente tienen significación estadística en esta regresión. Tener síntomas de trastorno adaptativo ($\beta=-1.656$, $p=0.008$) y síntomas de TDAH ($\beta=-0.603$, $p=0.016$) se relacionan de forma negativa y significativa con los cambios en la sintomatología clínica de la adicción al cibersexo. Del mismo modo, aunque no llega a ser significativo, la frecuencia sexual *offline* previa ($\beta=-0.529$, $p=0.067$) y tener un comportamiento sexual *online* en solitario previo ($\beta=-1.112$, $p=0.052$) también se relacionan de forma negativa con esta VD. Finalmente, la presencia de sintomatología TOC ($\beta=0.774$, $p=0.054$) y la percepción de gravedad previa ($\beta=1.028$, $p=0.087$), por el contrario, se relacionan positivamente con la VD, aunque estas relaciones que forman parte del modelo, tampoco son significativas.

Tabla 41. Variables incluidas en el modelo de regresión en relación con el cambio en la sintomatología clínica.

	β	ET	Coeficientes estandarizados Beta	t	p	95% IC-Exp (B)	
						Inf.	Sup.
Constante	20.505	3.141	-	6.528	<0.001	13.810	27.199
Frecuencia de actividad sexual <i>offline</i>	-0.529	0.268	-0.283	-1.972	0.067	-1.101	0.043
ISST_ASO en solitario	-1.112	0.526	-0.344	-2.114	0.052	-2.233	0.009
ISST_Percepción Gravedad	1.028	0.526	0.308	1.829	0.087	-0.170	2.225
Síntomas de trastorno adaptativo	-1.656	0.542	-0.432	-3.055	0.008	-2.812	-0.501
Síntomas TDAH	-0.603	0.222	-0.400	-2.715	0.016	-1.076	-0.129
Síntomas TOC	0.774	0.371	0.293	2.087	0.054	-0.017	1.565

Nota: Estadístico Durbin Watson=2.340

4. Análisis de las diferencias en el estado clínico de un grupo experimental antes de iniciar el tratamiento y al finalizarlo con respecto a un grupo control

Otro de los objetivos que persigue este estudio es comprobar si estos cambios producidos son debidos simplemente al paso del tiempo o a la propia intervención. Para ello utilizamos un grupo control que pasó por dos periodos de evaluación similares (idénticos en el caso del pretest) a los del grupo experimental.

4.1 Diferencias en las variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo

En la tabla 42 encontramos las diferencias en la severidad del consumo de cibersexo entre el grupo experimental y el grupo control en los dos momentos de evaluación: la evaluación inicial (pretest) y la evaluación tras tres meses (tras el tratamiento en el caso del GE [postest] y tras tres meses sin intervención en el caso del GC). Como podemos observar, en los datos correspondientes a la evaluación inicial (PRE-Intervención) apenas encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Las únicas diferencias que se encuentran en el porcentaje de sexualidad (saliencia) que representa el flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios ($z=-2.246$, $p=0.025$), mayor en el grupo experimental ($M=23.67$, $DT=14.20$) que en el grupo control ($M=13.85$, $DT=6.50$) con un tamaño del efecto grande ($d=0.805$); y en el grado de control experimentado con esta actividad ($z=-2.127$, $p=0.033$), siendo mayor en el grupo control ($M=4.65$, $DT=1.99$) con respecto al grupo experimental ($M=2.91$, $DT=2.45$) con un tamaño del efecto entre mediano y grande ($d=0.728$).

Por el contrario, en el periodo de evaluación POST-Intervención en el GE/tras 3 meses sin intervención en el GC, observamos un gran número de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Empezando por las puntuaciones en el ISST, las medias tanto en la escala general como en las subescalas son mayores en el grupo control que en el grupo experimental, con una significación de $p<0.001$ en todas ellas excepto en la percepción de gravedad ($p=0.025$) y con un tamaño del efecto grande ($d > 0.800$) a excepción de esta misma

subescala, donde el tamaño del efecto es moderado ($d=0.545$). La puntuación media en la escala total del grupo control ($M=15.05$, $DT=3.56$), al ser superior a 9 indica un consumo problemático de cibersexo, mientras que la puntuación media obtenida por las personas del grupo experimental ($M=2.88$, $DT=3.09$) los situaría en un perfil de uso recreativo.

Entre las actividades sexuales *online* más comunes también encontramos diferencias estadísticamente significativas. Empezando por los porcentajes de realización de estas actividades, encontramos diferencias entre pequeñas y moderadas (d entre 0.2 y 0.5) entre el GE y el GC en las medidas realizadas tras los tres meses (de tratamiento para el GE, de lista de espera para el GC) en realizar conductas sexuales como el visionado de imágenes o películas pornográficas, el flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios, el uso de chats con fines sexuales y el contacto sexual por medio de webcam, siendo todas ellas mucho más frecuentes en el grupo control que en el grupo experimental (p entre 0.043 y <0.001). En el porcentaje de conducta sexual que representa el contacto sexual por medio de webcam también encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo nuevamente mayor en las personas del grupo control que en las del grupo experimental ($z=-2.204$, $p=0.024$) con un tamaño del efecto grande ($d=1.324$). Finalmente, para el resto de variables (porcentaje de sexualidad que representan, tiempo invertido, orgasmos alcanzados, grado de control y grado de malestar) solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en el visionado de imágenes o películas pornográficas, debido generalmente a que las personas del grupo experimental ya no realizan esas actividades sexuales, o las realizan en un porcentaje muy reducido, o dedican muy poco tiempo/representa poco porcentaje de su sexualidad.

En la tabla 43 se detallan las diferencias en los síntomas y criterios diagnósticos entre las personas del grupo experimental y las del grupo control en el pretest (PRE-Intervención) y el posttest (POST-Intervención/Tras 3 meses sin intervención). Como podemos observar, en la evaluación inicial no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los síntomas ni en el cumplimiento de criterios de las propuestas diagnósticas. Sin embargo, en la evaluación tras tres meses (POST-Intervención/Tras 3 meses sin intervención) encontramos diferencias estadísticamente significativas en la presencia de todos los síntomas y en prácticamente todas las propuestas diagnósticas. De las personas que forman el grupo experimental, solo dos de ellas mantendría un perfil de riesgo de adicción evaluado a través del ISST tras la intervención ($\chi^2=31.419$, $p<0.001$).

El grupo control presenta en mayor porcentaje todos los síntomas explorados, mientras que solo algunas personas del grupo experimental presentarían alguno de los síntomas tras los tres meses de tratamiento (por ejemplo, *Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por*

controlar o interrumpir la conducta sexual, o Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva). Estas diferencias son entre moderadas y grandes (V entre 0.473 y 0.826). Si nos fijamos en las categorías diagnósticas, tanto las propuestas por autores como Carnes, Goodman o Kafka como las de la CIE-11, ninguna de las personas del grupo experimental cumple con los criterios diagnósticos tras la intervención, mientras que un 45.5% de los participantes del grupo control sigue cumpliendo con los diagnósticos de Kafka, un 31.8% los de Carnes y CIE-11 y un 13.6% los de Goodman. Finalmente, en cuanto a las actividades sexuales *online* problemáticas, en el momento de la evaluación post-intervención, solo una de las personas del grupo experimental presentaba problemas con el uso de chats sexuales. Estas diferencias también resultaron ser significativas en casi todas las actividades sexuales *online* exploradas (p entre 0.012 y <0.001).

Tabla 42. Diferencias entre el GE y el GC en la severidad del consumo de cibersexo antes de la intervención y después de la intervención (GE) o tras 3 meses sin intervención (GC)

	PRE-Intervención				POST-Intervención/Tras 3 meses sin intervención			
	GC (n=22)	GE (n=25)	U de Mann- Whitney o χ^2	Tamaño del efecto	GC (n=22)	GE (n=25)	U de Mann- Whitney o χ^2	Tamaño del efecto
Internet Sex Screening Test (total)	M=17.81 (DT=2.75)	M=17.08 (DT=3.43)	$z=-0.473$	$d=0.229$	M=15.05 (DT=3.56)	M=2.88 (DT=3.09)	$z=-5.670^{***}$	$d=1.751$
ISST Compulsividad Sexual <i>Online</i> (0-8)	M=5.55 (DT=0.91)	M=5.16 (DT=1.18)	$z=-1.207$	$d=0.365$	M=4.81 (DT=1.44)	M=0.68 (DT=0.99)	$z=-5.706^{***}$	$d=1.721$
ISST Comportamiento <i>Online</i> Solitario no Compulsivo (0-6)	M=5.14 (DT=0.77)	M=5.04 (DT=0.93)	$z=-0.182$	$d=0.117$	M=4.50 (DT=1.00)	M=0.96 (DT=1.17)	$z=-5.577^{***}$	$d=1.702$
ISST Comportamiento <i>Online</i> Social (0-6)	M=3.64 (DT=1.94)	M=3.68 (DT=1.49)	$z=-0.578$	$d=0.017$	M=3.19 (DT=1.91)	M=0.40 (DT=0.76)	$z=-4.525^{***}$	$d=1.416$
ISST Gasto Económico <i>Online</i> (0-2)	M=0.82 (DT=0.79)	M=0.92 (DT=0.81)	$z=-0.432$	$d=0.127$	M=0.38 (DT=0.67)	M=0.08 (DT=0.40)	$z=-2.208^*$	$d=0.545$
ISST Percepción de Gravedad (0-3)	M=2.41 (DT=0.67)	M=2.28 (DT=0.89)	$z=-0.258$	$d=0.165$	M=2.09 (DT=0.70)	M=0.70 (DT=0.78)	$z=-4.668^{***}$	$d=1.395$
Actividades Sexuales <i>Online</i>								
Visionado de imágenes o películas pornográficas (Sí)	100% (n=22)	92% (n=23)	$\chi^2=0.895$	$V=0.141$	95.5% (n=21)	32% (n=8)	$\chi^2=16.603^{***}$	V=0.621
Porcentaje de sexualidad	M=40.95 (DT=24.17)	M=46.52 (DT=24.33)	$z=-0.864$	$d=0.231$	M=51.16 (DT=30.55)	M=28.38 (DT=32.88)	$z=-1.950$	$d=0.703$
Tiempo (minutos/semana)	M=496.43 (DT=408.76)	M=529.57 (DT=481.49)	$z=-0.154$	$d=0.075$	M=371.84 (DT=570.15)	M=34.38 (DT=38.86)	$z=-3.220^{**}$	$d=0.675$
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=6.67 (DT=4.51)	M=5.81 (DT=3.89)	$z=-0.507$	$d=0.206$	M=13.26 (DT=40.47)	M=0.88 (DT=1.13)	$z=-3.004^{**}$	$d=0.362$
Grado de malestar (0-10)	M=6.59 (DT=3.05)	M=5.95 (DT=3.14)	$z=-0.748$	$d=0.208$	M=6.77 (DT=2.99)	M=1.13 (DT=1.25)	$z=-3.592^{***}$	$d=1.532$
Grado de control (0-10)	M=4.24 (DT=2.24)	M=4.07 (DT=2.62)	$z=-0.237$	$d=0.070$	M=4.76 (DT=3.11)	M=8.75 (DT=1.58)	$z=-3.129^{**}$	$d=1.216$
Flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios (Sí)	59.1% (n=13)	64% (n=16)	$\chi^2=0.111$	$V=0.050$	36.4% (n=8)	0% (n=0)	$\chi^2=9.240^{**}$	V=0.469
Porcentaje de sexualidad	M=13.85 (DT=6.50)	M=23.67 (DT=14.20)	$z=-2.246^*$	$d=0.805$	M=14.43 (DT=10.75)	M=0 (DT=0)	- ^a	- ^a
Tiempo (minutos/semana)	M=255.83 (DT=189.18)	M=773.57 (DT=1284.82)	$z=-0.103$	$d=0.533$	M=166.67 (DT=160.96)	M=0 (DT=0)	- ^a	- ^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=2.33 (DT=2.27)	M=2.64 (DT=2.09)	$z=-0.392$	$d=0.145$	M=2.50 (DT=2.74)	M=0 (DT=0)	- ^a	- ^a
Grado de malestar (0-10)	M=7.46 (DT=2.21)	M=6.87 (DT=2.50)	$z=-0.653$	$d=0.251$	M=5.86 (DT=3.34)	M=0 (DT=0)	- ^a	- ^a
Grado de control (0-10)	M=4.65 (DT=1.99)	M=2.91 (DT=2.45)	$z=-2.127^*$	$d=0.728$	M=5.15 (DT=1.86)	M=0 (DT=0)	- ^a	- ^a
Chatear con fines sexuales con otros usuarios a través de texto (Sí)	63.6% (n=14)	68% (n=17)	$\chi^2=0.091$	$V=0.045$	40.9% (n=9)	4% (n=1)	$\chi^2=9.906^{**}$	V=0.480
Porcentaje de sexualidad	M=17.46 (DT=9.42)	M=22.00 (DT=14.37)	$z=-0.776$	$d=0.368$	M=20.67 (DT=16.13)	M=5.0 (DT=0)	$z=-1.081$	- ^a
Tiempo (minutos/semana)	M=253.85 (DT=180.44)	M=617.50 (DT=1230.715)	$z=-0.352$	$d=0.408$	M=277.50 (DT=271.44)	M=20.00 (DT=0)	$z=-0.989$	- ^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=2.46 (DT=2.15)	M=3.07 (DT=3.75)	$z=-0.123$	$d=0.200$	M=2.88 (DT=2.36)	M=0.00 (DT=0)	$z=-1.367$	- ^a
Grado de malestar (0-10)	M=8.12 (DT=1.29)	M=7.13 (DT=2.47)	$z=-0.971$	$d=0.482$	M=6.72 (DT=3.72)	M=7.0 (DT=0)	$z=-0.175$	- ^a
Grado de control (0-10)	M=5.11 (DT=2.68)	M=3.74 (DT=2.68)	$z=-1.437$	$d=0.478$	M=5.39 (DT=2.29)	M=5.0 (DT=0)	$z=-0.186$	- ^a
Contacto sexual por medio de webcam con otro usuario (Sí)	59.1% (n=13)	56% (n=14)	$\chi^2=0.060$	$V=0.036$	36.4% (n=8)	12% (n=3)	$\chi^2=4.083^*$	V=0.308

Porcentaje de sexualidad	M=19.23 (DT=13.97)	M=19.62 (DT=11.27)	$z=-0.288$	$d=0.032$	M=22.50 (DT=11.95)	M=5.33 (DT=4.51)	$z=-2.204^*$	$d=1.324$
Tiempo (minutos/semana)	M=235.83 (DT=246.85)	M=257.69 (DT=398.21)	$z=-0.273$	$d=0.067$	M=258.75 (DT=307.49)	M=30.00 (DT=26.46)	$z=-1.435$	$d=0.917$
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=2.85 (2.19)	M=3.69 (DT=3.79)	$z=-0.415$	$d=0.274$	M=3.13 (DT=2.59)	M=0.33 (DT=0.58)	$z=-1.871$	$d=1.102$
Grado de malestar (0-10)	M=9.27 (0.81)	M=7.50 (DT=2.66)	$z=-1.893$	$d=0.831$	M=7.44 (DT=3.58)	M=2.33 (DT=4.04)	$z=-1.664$	$d=1.205$
Grado de control (0-10)	M=3.35 (DT=2.56)	M=3.17 (DT=2.98)	$z=-0.530$	$d=0.066$	M=4.94 (DT=2.59)	M=8.33 (DT=2.89)	$z=-1.552$	$d=1.137$
Búsqueda de pareja sexual (Sí)	36.4% (n=8)	40% (n=10)	$\chi^2=0.060$	$V=0.036$	9.1% (n=2)	0% (n=0)	$\chi^2=1.177$	$V=0.165$
Porcentaje de sexualidad	M=13.33 (DT=6.06)	M=14.17 (DT=4.92)	$z=-0.254$	$d=0.159$	M=10.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Tiempo (minutos/semana)	M=444.00 (DT=186.63)	M=564.00 (DT=556.98)	$z=-0.424$	$d=0.302$	M=300.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=1.67 (DT=1.633)	M=2.20 (DT=1.64)	$z=-0.561$	$d=0.336$	M=7.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Grado de malestar (0-10)	M=6.83 (DT=2.64)	M=7.17 (DT=2.93)	$z=-0.173$	$d=0.128$	M=5.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Grado de control (0-10)	M=4.75 (DT=2.60)	M=3.79 (DT=3.24)	$z=-0.790$	$d=0.333$	M=6.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Búsqueda de pareja romántica (Sí)	0% (n=0)	0% (n=0)	^a	^a	0% (n=0)	0% (n=0)	^a	^a
Porcentaje de sexualidad	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Tiempo (minutos/semana)	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Grado de malestar (0-10)	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Grado de control (0-10)	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Comprar material sexual (Sí)	9.1% (n=2)	12% (n=3)	$\chi^2=0.100$	$V=0.047$	0% (n=0)	0% (n=0)	^a	^a
Porcentaje de sexualidad	M=1 (DT=0)	M=17.50 (DT=10.61)	$z=-1.225$	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Tiempo (minutos/semana)	M=20 (DT=0)	M=180.00 (DT=169.71)	$z=-1.225$	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=0 (DT=0)	M=1.00 (DT=1.41)	$z=-0.707$	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Grado de malestar (0-10)	M=0 (DT=0)	M=8.00 (DT=1.41)	$z=-1.225$	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Grado de control (0-10)	M=10 (DT=0)	M=6.00 (DT=4.24)	$z=-1.225$	^a	M=0 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Contacto con trabajadores/as sexuales (Sí)	9.1% (n=2)	8% (n=2)	$\chi^2=0.020$	$V=0.021$	9.1% (n=2)	0% (n=0)	$\chi^2=2.412$	$V=0.237$
Porcentaje de sexualidad	M=7.50 (DT=3.54)	M=20.00 (DT=14.14)	$z=-1.225$	^a	M=5.50 (DT=6.36)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Tiempo (minutos/semana)	M=30 (DT=0.00)	M=105.00 (DT=106.07)	$z=-1.000$	^a	M=30.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	M=0.50 (DT=0.71)	M=1.00 (DT=0.00)	$z=-1.000$	^a	M=1.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Grado de malestar (0-10)	M=8 (DT=0)	M=6.00 (DT=2.83)	$z=-1.000$	^a	M=8.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a
Grado de control (0-10)	M=7.00 (DT=2.83)	M=5.00 (DT=0.00)	$z=-1.000$	^a	M=5.00 (DT=0)	M=0 (DT=0)	^a	^a

Nota: ^a= las celdas vacías representan términos no incluidos debido a limitaciones en el tamaño de la muestra (generalmente, porque el n es igual o menor a 1, o porque la distribución es igual en ambos grupos o momentos de evaluación) MT= Muestra total; GC= Grupo control; GE= Grupo experimental.

Tabla 43. Diferencias entre el GE y el GC en los criterios diagnósticos de adicción al cibersexo antes de la intervención y después de la intervención (GE) o tras 3 meses sin intervención (GC)

	PRE-Intervención				POST-Intervención/Tras 3 meses sin intervención			
	GC (n=22)	GE (n=25)	U de Mann-Whitney o χ^2	Tamaño del efecto	GC (n=22)	GE (n=25)	U de Mann-Whitney o χ^2	Tamaño del efecto
Internet Sex Screening Test (perfiles)								
Recreativo	0% (n=0)	0% (n=0)	$\chi^2=0.473$	V=0.100	9.1% (n=2)	92% (n=23)	$\chi^2=31.419***$	V=0.826
Riesgo de adicción	50% (n=11)	60% (n=15)			72.7% (n=16)	8% (n=2)		
Perfil de adicto/a	50% (n=11)	40% (n=10)			18.2% (n=4)	0% (n=0)		
Presencia de los siguientes síntomas (Sí):								
- Síntoma 1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo	59.1% (n=13)	80% (n=20)	$\chi^2=2.630$	V=0.242	31.8% (n=7)	0% (n=0)	$\chi^2=9.615**$	V=0.473
- Síntoma 2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva	68.2% (n=15)	80% (n=20)	$\chi^2=0.918$	V=0.143	45.5% (n=10)	4% (n=0)	$\chi^2=11.71**$	V=0.522
- Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual	86.4% (n=19)	84% (n=21)	$\chi^2=0.100$	V=0.047	40.9% (n=9)	4% (n=1)	$\chi^2=9.906**$	V=0.480
- Síntoma 4. El comportamiento sexual se realiza con mayor frecuencia o duración a los que se tenía previsto	72.7% (n=16)	88% (n=22)	$\chi^2=2.042$	V=0.213	54.5% (n=12)	0% (n=0)	$\chi^2=19.142***$	V=0.667
- Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva	77.3% (n=17)	72% (n=18)	$\chi^2=0.230$	V=0.071	59.1% (n=13)	8% (n=2)	$\chi^2=14.930***$	V=0.589
- Síntoma 6. Realización continuada de la conducta a pesar de los problemas psicológicos o físicos	72.7% (n=16)	64% (n=16)	$\chi^2=0.495$	V=0.105	54.5% (n=12)	0% (n=0)	$\chi^2=19.142***$	V=0.667
- Síntoma 7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas, laborales	45.5% (n=10)	56% (n=14)	$\chi^2=0.517$	V=0.107	31.8% (n=7)	0% (n=0)	$\chi^2=9.615**$	V=0.473
- Síntoma 8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...)	18.2% (n=4)	32% (n=8)	$\chi^2=1.169$	V=0.161	22.7% (n=5)	0% (n=0)	$\chi^2=6.507*$	V=0.389
- Síntoma 9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disfóricos	54.5% (n=12)	76% (n=19)	$\chi^2=2.535$	V=0.237	54.5% (n=12)	4% (n=1)	$\chi^2=15.708***$	V=0.604
- Síntoma 10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes	40.9% (n=9)	56% (n=14)	$\chi^2=1.074$	V=0.154	45.5% (n=10)	0% (n=0)	$\chi^2=14.985***$	V=0.590
- Síntoma 11. Síntomas de tolerancia	59.1% (n=13)	76% (n=19)	$\chi^2=1.625$	V=0.190	40.9% (n=9)	0% (n=0)	$\chi^2=13.090***$	V=0.552
- Síntoma 12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (craving)	50% (n=11)	48% (n=12)	$\chi^2=0.025$	V=0.024	40.9% (n=9)	4% (n=1)	$\chi^2=9.906**$	V=0.480
- Síntoma 13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual	40.9% (n=9)	60% (n=15)	$\chi^2=1.736$	V=0.196	31.8% (n=7)	0% (n=0)	$\chi^2=9.615**$	V=0.473
- Síntoma 14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual	36.4% (n=8)	56% (n=14)	$\chi^2=1.836$	V=0.202	31.8% (n=7)	0% (n=0)	$\chi^2=9.615**$	V=0.473
- Síntoma 15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual	81.8% (n=18)	80% (n=20)	$\chi^2=0.048$	V=0.033	63.6% (n=14)	4% (n=1)	$\chi^2=20.299***$	V=0.687
- Síntoma 16. Síntomas de abstinencia	40.9% (n=9)	52% (n=13)	$\chi^2=0.573$	V=0.113	36.4% (n=8)	0% (n=0)	$\chi^2=11.303**$	V=0.513
Criterios diagnósticos								
Carnes	40.9% (n=9)	56% (n=14)	$\chi^2=1.074$	V=0.154	31.8% (n=7)	0% (n=0)	$\chi^2=9.615**$	V=0.473
Goodman	22.7% (n=5)	44% (n=11)	$\chi^2=2.371$	V=0.230	13.6% (n=3)	0% (n=0)	$\chi^2=3.709$	V=0.294
Kafka	54.5% (n=12)	64% (n=16)	$\chi^2=0.432$	V=0.098	45.5% (n=10)	0% (n=0)	$\chi^2=14.985***$	V=0.590

CIE-11 (% personas que cumplen con todos los síntomas)	40.9% (N=9)	40% (n=10)	$\chi^2=1.585$	V=0.188	31.8% (n=7)	0% (n=0)	$\chi^2=9.615^{**}$	V=0.473
Pérdida de control (Síntomas 2 y 4)	95.5% (n=21)	100% (n=25)	$\chi^2=3.103$	V=0.263	77.3% (n=17)	4% (n=1)	$\chi^2=23.051^{***}$	V=0.732
Abandono de aspectos personales, sociales, responsabilidades, etc.(Síntomas 7 y 8)	45.5% (n=10)	64% (n=16)	$\chi^2=1.109$	V=0.157	45.5% (n=10)	0% (n=0)	$\chi^2=11.303^{**}$	V=0.513
Imposibilidad de parar/reducir la conducta sexual (ítem 3)	86.4% (n=19)	84% (n=21)	$\chi^2=0.100$	V=0.047	40.9% (n=9)	4% (n=1)	$\chi^2=9.906^{**}$	V=0.480
Persistencia en el comportamiento sexual a pesar de la interferencia (síntoma 6)	72.7% (n=16)	64% (n=16)	$\chi^2=0.495$	V=0.105	54.5% (n=12)	0% (n=0)	$\chi^2=19.142^{***}$	V=0.667
Actividades Sexuales <i>Online</i> problemáticas								
Uso de Webcam	54.5% (n=12)	56% (n=14)	$\chi^2=0.010$	V=0.015	27.3% (n=6)	0% (n=0)	$\chi^2=7.816^{**}$	V=0.408
Consumo de pornografía	81.8% (n=18)	84% (n=21)	$\chi^2=0.039$	V=0.029	72.7% (n=16)	0% (n=0)	$\chi^2=27.566^{***}$	V=0.766
Uso de apps	9.1% (n=2)	12% (n=3)	$\chi^2=0.104$	V=0.047	13.6% (n=3)	0% (n=0)	$\chi^2=3.642$	V=0.278
Uso de chats sexuales	59.1% (n=13)	52% (n=13)	$\chi^2=0.238$	V=0.071	13.6% (n=3)	4% (n=1)	$\chi^2=6.412^*$	V=0.369
Contacto con trabajadores/as sexuales	4.5% (n=1)	0% (n=0)	$\chi^2=1.161$	V=0.157	4.5% (n=1)	0% (n=0)	$\chi^2=1.161$	V=0.157
Masturbación	0% (n=0)	4% (n=1)	$\chi^2=0.899$	V=0.138	0% (n=0)	0% (n=0)	- ^a	- ^a

Nota: ^a= las celdas vacías representan términos no incluidos debido a limitaciones en el tamaño de la muestra (generalmente, porque el n es igual o menor a 1, o porque la distribución es igual en ambos grupos o momentos de evaluación) MT= Muestra total; GC= Grupo control; GE= Grupo experimental.

4.2 Diferencias en las variables relacionadas con la sexualidad general

Otros de los análisis realizados perseguían el objetivo de comprobar si la actividad sexual general también se había visto modificada de alguna forma por el tratamiento. Como podemos observar en la tabla 44, en la evaluación inicial (PRE-Intervención) no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables exploradas. Sin embargo, en la evaluación POST-Intervención/tras 3 meses sin intervención sí encontramos algunas diferencias. Al analizar las diferencias en las medias obtenidas en el Inventario de hipersexualidad, observamos que éstas tienen un tamaño del efecto grande ($d=1.481$) además de ser estadísticamente significativas ($z=5.021, p<0.001$). La media del grupo control, al ser superior o igual a 53, indica que las personas de este grupo pueden presentar un problema de hipersexualidad, mientras que las personas del grupo experimental se encuentran por debajo de esa media, o lo que es lo mismo, no tendrían un problema de hipersexualidad.

Otras diferencias las encontramos en el grado de control de la masturbación ($z=-2.566, p=0.010$), siendo este superior en el grupo experimental que en el grupo control ($M_{GControl}=6.67; M_{GExperimental}=9.00$), y en el porcentaje de sexualidad que representan las relaciones sexuales con pareja estable, siendo esta vez mayor en el grupo experimental en comparación con el grupo control ($M_{GExperimental}=77.55; M_{GControl}=14.71$) ($z=-3.349, p=0.001$). El resto de actividades sexuales *offline* (relaciones sexuales con parejas esporádicas, relaciones sexuales con personas distintas a la pareja [infidelidad] y relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales) son muy infrecuentes en ambos grupos tanto en la evaluación inicial como en la realizada tras tres meses.

Tabla 44. Diferencias entre el GE y el GC en hipersexualidad y en las actividades sexuales offline

	PRE-Intervención				POST-Intervención/Tras 3 meses sin intervención			
	GC (n=22)	GE (n=25)	U de Mann- Whitney o χ^2	Tamaño del efecto	GC (n=22)	GE (n=25)	U de Mann- Whitney o χ^2	Tamaño del efecto
Hypersexual Behavior Inventory (HBI)	<i>M</i> =73.50 (<i>DT</i> =12.85)	<i>M</i> =72.20 (<i>DT</i> =15.23)	<i>z</i> =-0.374	<i>d</i> =0.092	<i>M</i>=65.43 (<i>DT</i>=15.96)	<i>M</i>=31.08 (<i>DT</i>=15.35)	<i>z</i> =-5.021***	<i>d</i>=1.481
Actividades Sexuales <i>Offline</i>								
Masturbación sin utilizar material sexual <i>online</i> (Sí)	45.5% (n=10)	48% (n=12)	$\chi^2=0.025$	<i>V</i> =0.024	31.8% (n=7)	52% (n=13)	$\chi^2=1.992$	<i>V</i> =0.215
Porcentaje de sexualidad	<i>M</i> =18.00 (<i>DT</i> =19.32)	<i>M</i> =13.64 (<i>DT</i> =10.51)	<i>z</i> =-0.435	<i>d</i> =0.288	<i>M</i> =36.83 (<i>DT</i> =42.09)	<i>M</i> =69.54 (<i>DT</i> =34.11)	<i>z</i> =-1.923	<i>d</i> =0.841
Tiempo (minutos/semana)	<i>M</i> =94.00 (<i>DT</i> =86.95)	<i>M</i> =118.64 (<i>DT</i> =105.26)	<i>z</i> =-0.462	<i>d</i> =0.258	<i>M</i> =108.00 (<i>DT</i> =75.29)	<i>M</i> =66.92 (<i>DT</i> =63.82)	<i>z</i> =-0.909	<i>d</i> =0.608
Orgasmos (orgasmos/semana)	<i>M</i> =3.10 (<i>DT</i> =2.13)	<i>M</i> =6.70 (<i>DT</i> =11.85)	<i>z</i> =-0.348	<i>d</i> =0.424	<i>M</i> =3.20 (<i>DT</i> =1.64)	<i>M</i> =2.33 (<i>DT</i> =1.88)	<i>z</i> =-1.213	<i>d</i> =0.480
Grado de malestar (0-10)	<i>M</i> =2.70 (<i>DT</i> =3.16)	<i>M</i> =4.08 (<i>DT</i> =3.82)	<i>z</i> =-0.880	<i>d</i> =0.390	<i>M</i> =3.17 (<i>DT</i> =4.02)	<i>M</i> =1.08 (<i>DT</i> =1.80)	<i>z</i> =-1.416	<i>d</i> =0.757
Grado de control (0-10)	<i>M</i> =7.80 (<i>DT</i> =1.32)	<i>M</i> =7.46 (<i>DT</i> =2.35)	<i>z</i> =-0.202	<i>d</i> =0.178	<i>M</i>=6.67 (<i>DT</i>=1.97)	<i>M</i>=9.00 (<i>DT</i>=1.47)	<i>z</i> =-2.566*	<i>d</i> =1.201
Relaciones sexuales con pareja estable (Sí)	63.6% (n=14)	52% (n=13)	$\chi^2=0.729$	<i>V</i> =0.127	36.4% (n=8)	44% (n=11)	$\chi^2=0.266$	<i>V</i> =0.079
Porcentaje de sexualidad	<i>M</i> =16.62 (<i>DT</i> =14.07)	<i>M</i> =16.82 (<i>DT</i> =8.15)	<i>z</i> =-0.563	<i>d</i> =0.017	<i>M</i>=14.71 (<i>DT</i>=13.29)	<i>M</i>=77.55 (<i>DT</i>=27.13)	<i>z</i> =-3.349**	<i>d</i> =1.629
Tiempo (minutos/semana)	<i>M</i> =195.83 (<i>DT</i> =207.21)	<i>M</i> =119.09 (<i>DT</i> =70.92)	<i>z</i> =-0.126	<i>d</i> =0.482	<i>M</i> =98.33 (<i>DT</i> =89.98)	<i>M</i> =86.36 (<i>DT</i> =58.52)	<i>z</i> =0.000	<i>d</i> =0.175
Orgasmos (orgasmos/semana)	<i>M</i> =2.75 (<i>DT</i> =1.77)	<i>M</i> =2.40 (<i>DT</i> =1.43)	<i>z</i> =-0.274	<i>d</i> =0.220	<i>M</i> =2.17 (<i>DT</i> =2.86)	<i>M</i> =1.80 (<i>DT</i> =0.79)	<i>z</i> =-1.207	<i>d</i> =0.209
Grado de malestar (0-10)	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =1.59)	<i>z</i> =-1.878	^a	<i>M</i> =0.79 (<i>DT</i> =2.08)	<i>M</i> =0.18 (<i>DT</i> =0.60)	<i>z</i> =-0.415	<i>d</i> =0.452
Grado de control (0-10)	<i>M</i> =8.77 (<i>DT</i> =1.59)	<i>M</i> =8.67 (<i>DT</i> =1.67)	<i>z</i> =-0.058	<i>d</i> =0.062	<i>M</i> =8.43 (<i>DT</i> =2.64)	<i>M</i> =9.45 (<i>DT</i> =0.69)	<i>z</i> =-0.352	<i>d</i> =0.589
Relaciones sexuales con parejas esporádicas (Sí)	13.6% (n=3)	12% (n=3)	$\chi^2=0.031$	<i>V</i> =0.026	13.6% (n=3)	4% (n=1)	$\chi^2=1.581$	<i>V</i> =0.194
Porcentaje de sexualidad	<i>M</i> =11.67 (<i>DT</i> =7.64)	<i>M</i> =11.67 (<i>DT</i> =7.64)	<i>z</i> =0.000	<i>d</i> =0	<i>M</i> =6.67 (<i>DT</i> =2.87)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-0.000	^a
Tiempo (minutos/semana)	<i>M</i> =70.00 (<i>DT</i> =17.32)	<i>M</i> =70.00 (<i>DT</i> =17.32)	<i>z</i> =0.000	<i>d</i> =0	<i>M</i> =16.67 (<i>DT</i> =15.28)	<i>M</i> =60.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-1.207	^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =0.000	^a	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>M</i> =2.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-0.415	^a
Grado de malestar (0-10)	<i>M</i> =3.67 (<i>DT</i> =4.04)	<i>M</i> =3.67 (<i>DT</i> =4.04)	<i>z</i> =0.000	<i>d</i> =0	<i>M</i> =4.67 (<i>DT</i> =5.03)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-0.352	^a
Grado de control (0-10)	<i>M</i> =8.33 (<i>DT</i> =1.53)	<i>M</i> =8.33 (<i>DT</i> =1.53)	<i>z</i> =0.000	<i>d</i> =0	<i>M</i> =8.33 (<i>DT</i> =1.53)	<i>M</i> =9.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-1.000	^a
Relaciones sexuales con personas distintas a la pareja (infidelidad) (Sí)	9.1% (n=2)	4% (n=1)	$\chi^2=0.517$	<i>V</i> =0.107	4.5% (n=1)	0% (n=0)	$\chi^2=1.177$	<i>V</i> =0.165
Porcentaje de sexualidad	<i>M</i> =3.00 (<i>DT</i> =2.83)	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-0.707	^a	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-1.000	^a
Tiempo (minutos/semana)	<i>M</i> =15.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>M</i> =15.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =0.000	^a	<i>M</i> =30.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	<i>z</i> =-1.342	^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =0.000	^a	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	<i>z</i> =-1.732	^a
Grado de malestar (0-10)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =0.000	^a	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	<i>z</i> =-0.943	^a
Grado de control (0-10)	<i>M</i> =7.50 (<i>DT</i> =3.54)	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-0.707	^a	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	<i>z</i> =-0.447	^a
Relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales (Sí)	9.1% (n=2)	8% (n=2)	$\chi^2=0.020$	<i>V</i> =0.021	4.5% (n=1)	0% (n=0)	$\chi^2=1.177$	<i>V</i> =0.165

Porcentaje de sexualidad	<i>M</i> =17.50 (<i>DT</i> =17.68)	<i>M</i> =5.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-1.000	- ^a	<i>M</i> =50.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	- ^a	- ^a
Tiempo (minutos/semana)	<i>M</i> =97.50 (<i>DT</i> =116.67)	<i>M</i> =22.50 (<i>DT</i> =10.61)	<i>z</i> =-0.408	- ^a	<i>M</i> =300.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	- ^a	- ^a
Orgasmos (orgasmos/semana)	<i>M</i> =3.00 (<i>DT</i> =2.83)	<i>M</i> =1.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>z</i> =-1.000	- ^a	<i>M</i> =3.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	- ^a	- ^a
Grado de malestar (0-10)	<i>M</i> =10.00 (<i>DT</i> =0.00)	<i>M</i> =7.00 (<i>DT</i> =4.24)	<i>z</i> =-1.000	- ^a	<i>M</i> =6.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	- ^a	- ^a
Grado de control (0-10)	<i>M</i> =2.50 (<i>DT</i> =3.54)	<i>M</i> =4.00 (<i>DT</i> =1.41)	<i>z</i> =-0.408	- ^a	<i>M</i> =0.00 (<i>DT</i> =0)	<i>M</i> =0 (<i>DT</i> =0)	- ^a	- ^a

Nota: ^a= las celdas vacías representan términos no incluidos debido a limitaciones en el tamaño de la muestra (generalmente, porque el n es igual o menor a 1, o porque la distribución es igual en ambos grupos o momentos de evaluación) MT= Muestra total; GC= Grupo control; GE= Grupo experimental.

4.3 Diferencias en el perfil clínico no sexual y disposicional

Finalmente, exploramos otras variables clínicas no sexuales (como puede ser la depresión o la ansiedad). Estos resultados se encuentran en la tabla 45 y, como se observa, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el GE y el GC en dos de ellas en la evaluación POST-Intervención/Tras 3 meses sin intervención, con un tamaño del efecto moderado (V entre 0.2 y 0.6).

Empezando por la presencia de adicción a internet observamos que, mientras en la evaluación pretest no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en la evaluación POST-intervención/tras 3 meses sin intervención se redujo a 0 el número de personas del GE que presentaba este perfil. Por el contrario, el 36.4% de las personas del GC seguían presentando un perfil problemático ($p=0.001$; $V=0.501$).

Otra de las medidas analizadas tiene que ver con la ansiedad. Concretamente, mediante el STAI-estado observamos que, en el pretest, el 54.5% del GC y el 60% del GE presentaban un percentil superior o igual a 75. Tras 3 meses sin intervención, prácticamente el mismo porcentaje de personas del GC (45.5%) se situaba en este perfil. Sin embargo, este porcentaje se redujo a 24% en el GE tras la intervención ($\chi^2=12.612$, $p=0.002$). En el caso de la ansiedad-rasgo, aunque encontramos ligeras diferencias en el postest entre el GC y el GE, siendo las personas del GE quienes presentan en menor medida un percentil alto (entre 75 y 99), estas diferencias no son estadísticamente significativas. Lo mismo ocurre al analizar la sintomatología depresiva, donde encontramos una ligera mejora en esta sintomatología tras la intervención, sobre todo en el GE, aunque también en las personas con sintomatología depresiva moderada del GC tras 3 meses sin intervención.

Tabla 45. Diferencias en las variables clínicas no sexuales entre el CE y el GC antes de la intervención y después de la intervención (GE) o tras 3 meses sin intervención (GC)

	PRE-Intervención				POST-Intervención/Tras 3 meses sin intervención			
	GC (n=22)	GE (n=25)	χ^2	Tamaño del efecto	GC (n=22)	GE (n=25)	χ^2	Tamaño del efecto
Variables clínicas no sexuales:								
Possible adicción a internet (IAT)	50% (n=11)	28% (n=7)	$\chi^2=2.397$	V=0.226	36.4% (n=8)	0% (n=0)	$\chi^2=11.529^{**}$	V=0.501
Ansiedad-Estado (STAI)								
Percentil 50-75	31.8% (n=7)	20% (n=5)	$\chi^2=1.617$	V=0.187	40.9% (n=9)	16% (n=4)	$\chi^2=12.612^{**}$	V=0.524
Percentil 75-99	54.5% (n=12)	60% (n=15)			45.5% (n=10)	24% (n=6)		
Ansiedad-Rasgo (STAI)								
Percentil 50-75	36.4% (n=8)	32% (n=8)	$\chi^2=0.489$	V=0.103	27.3% (n=6)	20% (n=5)	$\chi^2=4.249$	V=0.304
Percentil 75-99	50% (n=11)	52% (n=13)			50% (n=11)	32% (n=8)		
Depresión (BDI)								
Depresión leve	18.2% (n=4)	28% (n=7)	$\chi^2=1.881$	V=0.200	13.6% (n=3)	8% (n=2)	$\chi^2=5.011$	V=0.330
Depresión moderada	31.8% (n=7)	16% (n=4)			18.2% (n=4)	8% (n=2)		
Depresión severa	9.1% (n=2)	8% (n=2)			9.1% (n=2)	0% (n=0)		

Nota: MT= Muestra total; GC= Grupo control; GE= Grupo experimental.

5. Análisis de la tasa de abandono del tratamiento y perfil y factores asociados.

Otro de los objetivos de este estudio es identificar los factores y el perfil de las personas que abandonaron el tratamiento. Tal y como se detalla en el apartado de metodología, de las 71 personas que fueron evaluadas, 59 fueron propuestas para iniciar el tratamiento y 47 efectivamente lo iniciaron. Dentro de estas 47 personas, 13 abandonaron el tratamiento, 9 se encontraban en activo (en tratamiento) en el momento en el que analizamos los datos y 25 finalizaron la totalidad del programa de intervención. Esto supondría que el 27.7% de las personas que iniciaron el tratamiento lo abandonaron antes de finalizarlo.

En la tabla 46 se detallan tanto la sesión como los diferentes motivos de abandono de los 13 pacientes que no llegaron a finalizar el tratamiento. En lo que respecta a la sesión de abandono, aunque el abandono se da con más frecuencia en la tercera (23.1%), cuarta (15.4%), quinta (31.1%) y octava (15.4%) sesión de tratamiento, se distribuyen de forma generalizada entre todas las sesiones, siendo más acusado en las sesiones que ocupan el ecuador del tratamiento, mientras que es poco frecuente en las sesiones iniciales o las finales. El motivo de abandono más frecuente es, sin duda, la falta de motivación (46.2%), aunque también encontramos otras razones entre los pacientes para no continuar como el apego a ciertas ASO (15.4%), la mejora en alguna disfunción sexual presente (7.7%) e incluso la situación de confinamiento causada por la COVID-19 (7.7%), entre otros.

Tabla 46. Descripción de los momentos de abandono y los motivos

	Personas que no finalizaron el tratamiento (n=13)
Sesión de abandono	
Tercera	23.1% (n=3)
Cuarta	15.4% (n=2)
Quinta	23.1% (n=3)
Sexta	7.7% (n=1)
Séptima	7.7% (n=1)
Octava	15.4% (n=2)
Undécima	7.7% (n=1)
Motivo de abandono	
Reconciliación con su pareja	7.7% (n=1)
Falta de motivación	46.2% (n=6)
Mejora en disfunción eréctil	7.7% (n=1)
Confinamiento por la COVID-19	7.7% (n=1)
Ruptura sentimental	7.7% (n=1)
Apego a ciertas ASO	15.4% (n=2)
Características de personalidad peculiares*	7.7% (n=1)

*Presentaba un perfil de personalidad peculiar que dificultaba el seguimiento de las sesiones: suspicaz con el/la terapeuta, reticencia a hablar de ciertos temas, etc.

5.1 Diferencias en el perfil sexual general no clínico

Para este objetivo analizamos el perfil general de las personas que abandonaron el tratamiento (n=13) frente al de las que lo finalizaron (n=25) sumando un total de 38 sujetos.

En la tabla 47 podemos observar algunas de las características sexuales generales exploradas. Partiendo de la orientación sexual, la mayoría de las personas en ambos grupos se identifica como heterosexual (76.9% en el grupo de abandono y 72% en el grupo de las personas que finalizó el tratamiento). La distribución en las otras orientaciones sexuales exploradas resulta muy similar entre sí, siendo su representación muy escasa en ambos grupos ($\chi^2=0.551$; $p=0.759$). Al explorar tanto la situación sentimental como la frecuencia sexual tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p de 0.330 y 0.413 respectivamente). La mayoría de los participantes (73.6%) tenía una pareja estable en el momento de la evaluación/inicio del tratamiento, siendo más frecuente en el grupo de abandono (84.6%) que entre las personas que finalizaron el tratamiento (68%) donde también hay un porcentaje importante de personas (28%) que se encontraba sin pareja estable al inicio del tratamiento. En lo que se refiere a la frecuencia sexual, aunque no sean significativas a nivel estadístico, encontramos diferencias entre ambos grupos. Solo un 7.7% de los participantes que abandonaron la intervención mantenía una frecuencia sexual de una o menos de una vez a la semana frente al 28% del grupo que finalizó el tratamiento y que mantenía esta misma frecuencia sexual. No obstante, la frecuencia sexual mayoritaria en ambos grupos era de una o más actividades sexuales al día (61.6% en el grupo que abandonó el tratamiento y 56% en el grupo que finalizó la intervención). Finalmente, también exploramos la preferencia por prácticas sexuales parafílicas. En este punto tampoco encontramos diferencias significativas; sin embargo, destacamos cómo en general, entre las personas que finalizaron el tratamiento encontramos un mayor porcentaje de preferencias sexuales parafílicas a excepción de la conducta *“hacer sufrir física o psicológicamente para alcanzar el placer sexual”*, práctica excitante para un 30.8% de las personas que abandonaron el tratamiento, frente al 20% de los que lo finalizaron. Por otro lado, las actividades sexuales con niños es la parafilia menos común entre todas las personas que iniciaron el tratamiento, siendo excitante para un 12% de las personas que finalizaron el tratamiento frente al 0% de los que abandonaron. Por el contrario, observar sin ser visto a otras personas desnudándose o realizando cualquier actividad sexual sin su consentimiento, -voyeurismo-, es la parafilia más común en ambos grupos, sobre todo entre las personas que finalizaron el tratamiento (76%).

Tabla 47. Variables no clínicas relacionadas con la sexualidad general en personas que finalizaron el tratamiento vs personas que abandonaron el proceso.

	MT (n=38)	Grupo abandono (n=13)	Grupo final. trat. (n=25)	Estadístico inferencial	p	Tamaño del efecto
Orientación sexual						
Heterosexual	73.6% (n=28)	76.9% (n=10)	72% (n=18)	$\chi^2=0.551$	0.759	V=0.120
Bisexual	13.2% (n=5)	15.4% (n=2)	12% (n=3)			
Homosexual	13.2% (n=5)	7.7% (n=1)	16% (n=4)			
Otras orientaciones	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)			
Situación sentimental						
Sin pareja estable	21.1% (n=8)	7.7% (n=1)	28% (n=7)	$\chi^2=2.217$	0.330	V=0.242
Con pareja estable	73.6% (n=28)	84.6% (n=11)	68% (n=17)			
Parejas esporádicas	5.3% (n=2)	7.7% (n=1)	4% (n=1)			
Frecuencia Actividad Sexual Offline						
Dos o tres veces/mes	5.3% (n=2)	0% (n=0)	8% (n=2)	$\chi^2=5.021$	0.413	V=0.363
Una vez a la semana	15.8% (n=6)	7.7% (n=1)	20% (n=5)			
Tres veces a la semana	10.5% (n=4)	23.1% (n=3)	4% (n=1)			
Entre 3 y 7 veces a la semana	10.5% (n=4)	7.7% (n=1)	12% (n=3)			
A diario	36.8% (n=14)	38.5% (n=5)	36% (n=9)			
Más de una vez al día	21.1% (n=8)	23.1% (n=3)	20% (n=5)			
Preferencias sexuales parafilicas (excitación entre algo y muchísimo)						
Exponer mis genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera	42.1% (n=16)	38.5% (n=5)	44% (n=11)	$\chi^2=1.247$	0.870	V=0.181
Utilizar objetos (p.e., ropa interior o zapatos) para alcanzar el placer sexual	44.7% (n=17)	38.5% (n=5)	48% (n=12)	$\chi^2=5.764$	0.218	V=0.389
Rozar con mis genitales a otra persona sin su consentimiento	28.9% (n=11)	23.1% (n=3)	32% (n=8)	$\chi^2=1.139$	0.768	V=0.173
Mantener relaciones sexuales con niños	7.9% (n=3)	0% (n=0)	12% (n=3)	$\chi^2=1.694$	0.638	V=0.211
Ser humillado, pegado o atado para alcanzar el placer sexual	36.8% (n=14)	30.8% (n=4)	40% (n=10)	$\chi^2=2.227$	0.694	V=0.245
Hacer sufrir física o psicológicamente (humillar) para alcanzar el placer sexual	23.7% (n=9)	30.8% (n=4)	20% (n=5)	$\chi^2=2.129$	0.546	V=0.237
Vestirme como una mujer para alcanzar el placer sexual (sólo en varones heterosexuales)	18.4% (n=7)	7.7% (n=1)	24% (n=6)	$\chi^2=4.121$	0.249	V=0.338
Observar sin ser visto a otras personas desnudándose o realizando cualquier actividad sexual sin su consentimiento	71.1% (n=27)	61.5% (n=8)	76% (n=19)	$\chi^2=9.316$	0.054	V=0.495

Nota: MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final. trat.= Personas que han finalizado el tratamiento..

5.2 Diferencias en las variables no clínicas relacionadas con la sexualidad online

A continuación, también exploramos las diferencias en las variables no clínicas relacionadas con la sexualidad *online* entre las personas que finalizaron el tratamiento y las que lo abandonaron en algún momento del programa (ver Tabla 48).

Partiendo de las actividades sexuales *online*, la conducta sexual más frecuente en ambos grupos es el visionado de imágenes o películas pornográficas, realizada por prácticamente todas las personas que iniciaron el tratamiento (97.4%). Otras actividades sexuales que implican la interacción con otras personas, como el flirteo o insinuaciones sexuales hacia otras personas o el chatear reproduciendo una fantasía sexual con otra persona, también son muy frecuentes entre las personas de estos grupos (84.2% y 81.6% respectivamente). Aunque las diferencias no sean estadísticamente significativas, destacamos cómo algunas conductas tales como la compra de material sexual *online* o la respuesta a anuncios sexuales son más frecuentes entre las personas que finalizaron el tratamiento (32% y 40% respectivamente) que entre las que lo abandonaron (7.7% y 23.1%). En el resto de conductas la prevalencia es relativamente similar entre ambos grupos.

Respecto a las motivaciones que se esconden detrás de la realización de estas actividades sexuales tampoco encontramos diferencias estadísticas entre ambos grupos. Las más frecuentes tienen que ver con la sexualidad y el disfrute sexual (“*encontrar material sexual con el que masturbarme*” [81.6%] y “*disfrutar de actividades sexuales que no suelo practicar en mi vida diaria*” [68.4%]) y con factores emocionales (“*relajarme del estrés de mis obligaciones*” [81.6%] y “*distraerme*” [65.8%]). Todas ellas son ligeramente más frecuentes entre las personas que abandonaron el tratamiento. Otras motivaciones que tienen un componente más social (por ejemplo, conocer a otras personas e intentar establecer relaciones) son menos frecuentes entre estas personas; no obstante, destacamos cómo el 40% de las personas que finalizaron el tratamiento utilizaban estas actividades para intentar establecer relaciones.

Tabla 48. Variables no clínicas relacionadas con la sexualidad online en personas que abandonaron el tratamiento vs personas que lo finalizaron

	MT (n=38)	Grupo abandono (n=13)	Grupo final. trat. (n=25)	Estadístico inferencial	p	Tamaño del efecto
Actividades Sexuales Online (ASO) (Sí)						
Comprar material sexual <i>online</i>	23.7% (n=9)	7.7% (n=1)	32% (n=8)	$\chi^2=2.796$	0.095	V=0.271
Búsqueda de información sobre educación sexual	65.8% (n=25)	69.2% (n=9)	64% (n=16)	$\chi^2=0.104$	0.747	V=0.052
Lectura de textos eróticos	47.4% (n=18)	30.8% (n=4)	56% (n=14)	$\chi^2=2.184$	0.139	V=0.240
Visionado de imágenes o películas pornográficas	97.4% (n=37)	100% (n=13)	96% (n=24)	$\chi^2=0.543$	0.465	V=0.119
Flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios conocidos o desconocidos	84.2% (n=32)	76.9% (n=10)	88% (n=22)	$\chi^2=0.789$	0.374	V=0.144
Chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario	81.6% (n=31)	69.2% (n=9)	88% (n=22)	$\chi^2=2.005$	0.157	V=0.230
Contacto sexual por medio de Webcam con otro usuario	68.4% (n=26)	61.5% (n=8)	72% (n=18)	$\chi^2=0.433$	0.510	V=0.107
Búsqueda en páginas web de contactos	65.8% (n=25)	61.5% (n=8)	68% (n=17)	$\chi^2=0.159$	0.690	V=0.065
Respuesta a anuncios sexuales	34.2% (n=13)	23.1% (n=3)	40% (n=10)	$\chi^2=1.088$	0.297	V=0.169
Contacto con trabajadores/as sexuales	28.9% (n=11)	30.8% (n=4)	28% (n=7)	$\chi^2=0.032$	0.858	V=0.029
Búsqueda de pareja romántica	26.3% (n=10)	23.1% (n=3)	28% (n=7)	$\chi^2=0.107$	0.744	V=0.053
Búsqueda de pareja sexual	52.6% (n=20)	53.8% (n=7)	52% (n=13)	$\chi^2=0.012$	0.914	V=0.018
Motivaciones						
Disfrutar de actividades sexuales que no suelo practicar en mi vida diaria	68.4% (n=26)	76.9% (n=10)	64% (n=16)	$\chi^2=0.661$	0.416	V=0.132
Encontrar material sexual con el que masturbarme	81.6% (n=31)	84.6% (n=11)	80% (n=20)	$\chi^2=0.121$	0.728	V=0.056
Relajarme del estrés de mis obligaciones	81.6% (n=31)	84.6% (n=11)	80% (n=20)	$\chi^2=0.121$	0.728	V=0.056
Animarme cuando estoy decaído	52.6% (n=20)	46.2% (n=6)	56% (n=14)	$\chi^2=0.333$	0.564	V=0.094
Distraerme	65.8% (n=25)	76.9% (n=10)	60% (n=15)	$\chi^2=1.088$	0.297	V=0.169
Aprender cosas sobre sexo	15.8% (n=6)	23.1% (n=3)	12% (n=3)	$\chi^2=0.789$	0.374	V=0.144
Conocer a otras personas	26.3% (n=10)	23.1% (n=3)	28% (n=7)	$\chi^2=0.107$	0.744	V=0.053
Intentar establecer relaciones	31.6% (n=12)	15.4% (n=2)	40% (n=10)	$\chi^2=2.398$	0.121	V=0.251

Nota: MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final. trat.= Personas que han finalizado el tratamiento.

5.3 Diferencias en las variables clínicas relacionadas con la sexualidad en general

Como apuntan algunos autores, la adicción al cibersexo puede ser considerada como un subtipo de la adicción al sexo y, por ende, puede que muchas de las personas que cumplen criterios de adicción al cibersexo también los cumplan respecto a la adicción al sexo en general. Como ya hemos visto en epígrafes anteriores, en este estudio hemos evaluado algunos constructos relacionados con la adicción al sexo a través de la Escala de adicción al sexo, el Inventario de hipersexualidad y la Escala de compulsividad sexual, además de la Escala de búsqueda de sensaciones sexuales que, si bien no nos ofrece información sobre una variable clínica como tal, explora el grado de apertura hacia nuevas experiencias sexuales. Como se detalla en la tabla 49, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en las medias de las diferentes medidas entre quienes finalizaron el tratamiento y quienes abandonaron. Según los puntos de corte ofrecidos por los diferentes autores de las escalas, las personas evaluadas presentan un perfil de posible adicción al sexo (puntuaciones mayores o iguales a 13 en el SAST), posible compulsividad sexual (puntuaciones mayores o iguales a 18 en hombres y 14 en mujeres) y posible hipersexualidad (puntuaciones superiores o iguales a 53). Finalmente, las medias obtenidas por ambos grupos en la escala de búsqueda de sensaciones sexuales son prácticamente iguales.

Tabla 49. Diferencias en las variables clínicas relacionadas con la sexualidad entre el grupo que finalizó el tratamiento y el grupo de abandono

	MT (n=38)	Grupo abandono (n=13)	Grupo final. trat. (n=25)	U de Mann-Whitney	p	Tamaño del efecto
Variables clínicas sexuales:						
Sexual Addiction Screening Test (SAST)	M=16.61 (DT=4.46)	M=17.08 (DT=4.63)	M=16.36 (DT=4.44)	z=-0.664	0.523	d=0.161
Sexual Compulsivity Scale (SCS)	M=27.26 (DT=7.09)	M=27.00 (DT=7.21)	M=27.40 (DT=7.18)	z=-0.108	0.927	d=0.056
Hypersexual Behavior Inventory (HBI)	M=71.34 (DT=13.34)	M=69.69 (DT=8.97)	M=72.20 (DT=15.23)	z=-1.093	0.286	d=0.188
Sexual Sensation Seeking Scale (SSSS)	M=26.92 (DT=6.36)	M=27.00 (DT=4.55)	M=26.88 (DT=7.21)	z=-0.293	0.785	d=0.018

Nota: MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final. trat.= Personas que han finalizado el tratamiento.

5.4 Diferencias en las variables relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo

En este apartado, detallado entre las tablas 50 y 51, se analiza la severidad del consumo de cibersexo teniendo en cuenta aspectos objetivos y subjetivos de gravedad. Empezando por aspectos más subjetivos, la mayoría de los participantes de ambos grupos considera que le ha preocupado en alguna ocasión el hecho de utilizar internet con fines sexuales (92.1%), que dedica más tiempo del debido a páginas sexuales (92.1%) y que la realización de estas actividades interfiere de alguna forma en

diferentes aspectos de su vida diaria (100%). Entre estos aspectos se destaca, sobre todo, la interferencia en la relación de pareja (39.5%), la inversión temporal (31.6%), la interferencia a nivel laboral o en los estudios (28.9%) y el impacto emocional (26.9%). No obstante, aunque en ninguno de estos aspectos encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, destacamos cómo la interferencia en la consecución de metas vitales solo está presente en las personas que finalizaron el tratamiento (20%).

Con respecto a las medidas más objetivas, la media de horas semanales que dedican las personas de ambos grupos a las actividades sexuales *online* es de 12.55 horas, siendo mayor entre las personas que finalizaron el tratamiento ($M=13.68$ horas semanales) que entre los que abandonaron ($M=10.38$ horas semanales), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Otra de las medidas objetivas empleadas con el propósito de explorar el consumo problemático de cibersexo es el Internet Sex Screening Test (ISST). Las puntuaciones medias obtenidas por las personas de ambos grupos indican que son usuarios de riesgo (puntuaciones entre 9 y 18). Sin embargo, si tenemos en cuenta las desviaciones típicas, las personas que se encuentran por encima de la media presentarán un perfil de adicto al cibersexo, sobre todo entre las personas que finalizaron el tratamiento. Esta escala también cuenta con cinco subescalas que exploran diferentes factores relacionados con el consumo problemático. Como podemos observar, en general las medias en estas subescalas son muy similares entre ambos grupos, a excepción del gasto económico ($z=2.272$; $p=0.023$). Con un tamaño del efecto medio-grande ($d=0.792$), las personas que finalizaron el tratamiento presentan medias mayores en el indicador de gasto económico que las personas que abandonaron la intervención (ver Tabla 50).

Por otro lado, analizamos las diferencias en la presencia de criterios y síntomas clínicos de adicción al cibersexo entre las personas que abandonaron el tratamiento y las que lo finalizaron. Como observamos en la tabla 51, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes perfiles de uso de internet medidos a través del ISST, siendo el perfil de riesgo de adicción el más común en ambos grupos (61.5% en el grupo de abandono y 60% en el grupo que finalizó el tratamiento). Seguidamente, también se analizaron las diferencias en la prevalencia de los diferentes síntomas clínicos de la adicción al cibersexo. Los síntomas más comunes en ambos grupos tienen que ver con la frecuencia o duración de la ASO (síntoma 4), con el deseo persistente o los esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual (síntoma 3), los sentimientos negativos tras realizar la conducta sexual (síntoma 15) y el uso de las ASO como medio para regular estados de ánimo disfóricos (síntoma 9). Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguno de los síntomas, el síntoma 1 “*inversión exagerada de*

tiempo y esfuerzo” y el síntoma 2 “*incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva*” son más prevalentes entre las personas que finalizaron el tratamiento (80%) que entre las que no (61.5%).

En esta misma tabla (ver Tabla 51) también analizamos el cumplimiento de los criterios diagnósticos propuestos por diferentes autores y los que se encuentran en la propio CIE-11. En este caso, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Sin embargo, las personas que finalizaron la intervención cumplían en mayor medida con estos diagnósticos que las que lo abandonaron, siendo más frecuente el cumplimiento de los criterios diagnósticos propuestos por Kafka (57.9%) y Carnes (50%). Por último, también se detallan las actividades sexuales *online* más problemáticas entre ambos grupos. En general, las más frecuentes son el consumo de pornografía (84.2%), el uso de chats sexuales (57.9%) y el uso de webcam (55.3%), si bien de nuevo no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 50. Diferencias en la severidad del consumo de cibersexo entre las personas que finalizaron el tratamiento vs personas que abandonaron el proceso

	MT (n=38)	Grupo abandono (n=13)	Grupo final. trat. (n=25)	U de Mann-Whitney o χ^2	p	Tamaño del efecto
Tiempo invertido en ASO (minutos/semana)	M=753.16 (DT=496.68)	M=623.08 (DT=287.27)	M=820.80 (DT=570.19)	z=0.633	0.543	d=0.420
¿Alguna vez te ha preocupado el hecho de utilizar internet con objetivos sexuales? (Sí)	92.1% (n=35)	100% (n=13)	88% (n=22)	$\chi^2=1.145$	0.285	V=0.176
¿Crees que pasas más tiempo del que deberías conectado a páginas sexuales? (Sí)	92.1% (n=35)	92.3% (n=12)	92% (n=23)	$\chi^2=0.205$	0.651	V=0.074
¿Crees que el sexo en internet interfiere de alguna forma en tu vida? (Sí)	100% (n=38)	100% (n=13)	100% (n=25)	. ^a	. ^a	. ^a
Tiempo	31.6% (n=12)	30.8% (n=4)	32% (n=8)	$\chi^2=0.006$	0.938	V=0.013
Relación de pareja	39.5% (n=15)	38.5% (n=5)	40% (n=10)	$\chi^2=0.008$	0.927	V=0.015
Relación familiar	10.5% (n=4)	15.4% (n=2)	8% (n=2)	$\chi^2=0.495$	0.482	V=0.114
Trabajo/estudios	28.9% (n=11)	38.5% (n=5)	24% (n=6)	$\chi^2=0.870$	0.351	V=0.151
Sueño	2.6% (n=1)	0% (n=0)	4% (n=1)	$\chi^2=0.534$	0.465	V=0.119
Ámbito social	5.3% (n=2)	0% (n=0)	8% (n=2)	$\chi^2=1.098$	0.295	V=0.170
Ámbito económico	2.6% (n=1)	0% (n=0)	4% (n=1)	$\chi^2=0.534$	0.465	V=0.119
Ámbito emocional	26.3% (n=10)	38.5% (n=5)	20% (n=5)	$\chi^2=1.503$	0.220	V=0.199
Violencia	2.6% (n=1)	7.7% (n=1)	0% (n=0)	$\chi^2=1.975$	0.160	V=0.228
Metas Vitales	13.2% (n=5)	0% (n=0)	20% (n=5)	$\chi^2=2.994$	0.084	V=0.281
Sexualidad	2.6% (n=1)	0% (n=0)	4% (n=1)	$\chi^2=0.534$	0.465	V=0.119
Ocio u otros intereses	7.9% (n=3)	7.7% (n=1)	8% (n=2)	$\chi^2=0.001$	0.973	V=0.005
Dependencia	10.5% (n=4)	15.4% (n=2)	8% (n=2)	$\chi^2=0.495$	0.482	V=0.114
Internet Sex Screening Test (total)	M=16.79 (DT=3.32)	M=16.23 (DT=3.17)	M=17.08 (DT=3.42)	z=0.792	0.428	d=0.256
ISST Compulsividad Sexual Online (0-8)	M=5.08 (DT=1.17)	M=4.92 (DT=1.19)	M=5.16 (DT=1.18)	z=0.494	0.649	d=0.205
ISST Comportamiento Online Solitario no Compulsivo (0-6)	M=5.05 (DT=0.87)	M=5.08 (DT=0.76)	M=5.04 (DT=0.93)	z=0.082	0.935	d=0.008
ISST Comportamiento Online Social (0-6)	M=3.66 (DT=1.53)	M=3.62 (DT=1.66)	M=3.68 (DT=1.49)	z=0.162	0.871	d=0.039
ISST Gasto Económico Online (0-2)	M=0.71 (DT=0.77)	M=0.31 (DT=0.48)	M=0.92 (DT=0.81)	z=2.272	0.023	d=0.792
ISST Percepción de Gravedad (0-3)	M=2.29 (DT=0.80)	M=2.31 (DT=0.63)	M=2.28 (DT=0.89)	z=0.251	0.801	d=0.037

Nota: ^a= las celdas vacías representan términos no incluidos debido a la imposibilidad de realizar ese análisis (En este caso, debido a que los dos grupos siguen la misma distribución en esta variable). MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final. trat.= Personas que han finalizado el tratamiento.

Tabla 51. Diferencias en el cumplimiento de criterios diagnósticos entre las personas que finalizaron el tratamiento vs personas que abandonaron el proceso

	MT (n=38)	Grupo abandono (n=13)	Grupo final. trat. (n=25)	U de Mann-Whitney o χ^2	p	Tamaño del efecto
Internet Sex Screening Test (perfiles)						
Riesgo de adicción	60.5% (n=23)	61.5% (n=8)	60% (n=15)	$\chi^2=0.008$	0.927	V=0.015
Perfil de adicto/a	39.5% (n=15)	38.5% (n=5)	40% (n=10)			
Presencia de los siguientes síntomas (Sí):						
-Síntoma 1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo	73.7% (n=28)	61.5% (n=8)	80% (n=20)	$\chi^2=2.176$	0.140	V=0.243
-Síntoma 2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva	73.7% (n=28)	61.5% (n=8)	80% (n=20)	$\chi^2=2.176$	0.140	V=0.243
-Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual	84.2% (n=32)	84.6% (n=11)	84% (n=21)	$\chi^2=0.060$	0.806	V=0.040
-Síntoma 4. El comportamiento sexual se realiza con mayor frecuencia o duración a los que se tenía previsto	92.1% (n=35)	100% (n=13)	88% (n=22)	$\chi^2=1.145$	0.285	V=0.176
-Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva	71.1% (n=27)	69.2% (n=9)	72% (n=18)	$\chi^2=0.142$	0.706	V=0.062
-Síntoma 6. Realización continuada de la conducta a pesar de los problemas psicológicos o físicos	63.2% (n=24)	61.5% (n=8)	64% (n=16)	$\chi^2=0.097$	0.755	V=0.051
-Síntoma 7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas, laborales	50% (n=19)	38.5% (n=5)	56% (n=14)	$\chi^2=1.333$	0.248	V=0.190
-Síntoma 8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...)	28.9% (n=11)	23.1% (n=3)	32% (n=8)	$\chi^2=0.425$	0.515	V=0.107
-Síntoma 9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disforicos	76.3% (n=29)	76.9% (n=10)	76% (n=19)	$\chi^2=0.025$	0.874	V=0.026
-Síntoma 10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes	57.9% (n=22)	61.5% (n=8)	56% (n=14)	$\chi^2=0.036$	0.850	V=0.031
-Síntoma 11. Síntomas de tolerancia	73.7% (n=28)	69.2% (n=9)	76% (n=19)	$\chi^2=0.452$	0.501	V=0.111
-Síntoma 12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (craving)	44.7% (n=17)	38.5% (n=5)	48% (n=12)	$\chi^2=0.452$	0.501	V=0.111
-Síntoma 13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual	55.3% (n=21)	46.2% (n=6)	60% (n=15)	$\chi^2=0.918$	0.338	V=0.158
-Síntoma 14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual	52.6% (n=20)	46.2% (n=6)	56% (n=14)	$\chi^2=0.504$	0.478	V=0.117
-Síntoma 15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual	78.9% (n=30)	76.9% (n=10)	80% (n=20)	$\chi^2=0.226$	0.635	V=0.078
-Síntoma 16. Síntomas de abstinencia	55.3% (n=21)	61.5% (n=8)	52% (n=13)	$\chi^2=0.187$	0.666	V=0.071
Criterios diagnósticos						
Carnes	50% (n=19)	38.5% (n=5)	56% (n=14)	$\chi^2=1.333$	0.248	V=0.190
Goodman	36.8% (n=14)	23.1% (n=3)	44% (n=11)	$\chi^2=1.857$	0.173	V=0.224
Kafka	57.9% (n=22)	46.2% (n=6)	64% (n=16)	$\chi^2=1.472$	0.225	V=0.199
CIE-11 (% personas que cumplen con todos los síntomas)	36.8% (n=14)	30.8% (n=4)	40% (n=10)	$\chi^2=0.313$	0.576	V=0.091
Pérdida de control (Síntomas 2 o 4)	100% (n=38)	100% (n=13)	100% (n=25)	$\chi^2=_{-}^a$	$_{-}^a$	V= $_{-}^a$
Abandono de aspectos personales, sociales, responsabilidades, etc.(Síntomas 7 o 8)	55.3% (n=21)	38.5% (n=5)	64% (n=16)	$\chi^2=2.256$	0.133	V=0.244

Imposibilidad de parar/reducir la conducta sexual (síntoma 3)	84.2% (n=32)	84.6% (n=11)	84% (n=21)	$\chi^2=0.060$	0.806	V=0.040
Persistencia en el comportamiento sexual a pesar de la interferencia (síntoma 6)	63.2% (n=24)	61.5% (n=8)	64% (n=16)	$\chi^2=0.097$	0.755	V=0.051
Actividades Sexuales <i>Online</i> problemáticas						
Uso de Webcam	55.3% (n=21)	53.8% (n=7)	56% (n=14)	$\chi^2=0.016$	0.899	V=0.021
Consumo de pornografía	84.2% (n=32)	84.6% (n=11)	84% (n=21)	$\chi^2=0.002$	0.961	V=0.008
Uso de apps	13.2% (n=5)	15.4% (n=2)	12% (n=3)	$\chi^2=0.086$	0.770	V=0.048
Uso de chats sexuales	57.9% (n=22)	69.2% (n=9)	52% (n=13)	$\chi^2=1.042$	0.307	V=0.166
Contacto con trabajadores/as sexuales	2.6% (n=1)	7.7% (n=1)	0% (n=0)	$\chi^2=1.975$	0.160	V=0.228
Masturbación	2.6% (n=1)	0% (n=0)	4% (n=1)	$\chi^2=0.534$	0.465	V=0.119

Nota: ^a= las celdas vacías representan términos no incluidos debido a limitaciones en el tamaño de la muestra (generalmente, porque el n es igual o menor a 1). MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final. trat.= Personas que han finalizado el tratamiento.

5.5 Diferencias en el perfil clínico no sexual y disposicional

Otras dimensiones exploradas se detallan en la tabla 52. Estas dimensiones hacen referencia a variables clínicas no sexuales (como puede ser las dificultades en la regulación emocional o la autoestima).

En primer lugar, exploramos la presencia de adicción a internet a través del *Internet Addiction Test* de Young (1998). Según la baremación de esta escala, el 36.8% del total presentaría un perfil de posible adicción a internet, siendo más prevalente entre las personas que abandonaron el tratamiento (53.8%), aunque las diferencias entre ambos grupos no resultaron significativas. La ansiedad y la depresión también fueron exploradas a través de diferentes cuestionarios validados. Siguiendo la baremación disponible para las subescalas del HADS, el 47.4% del total presentaría síntomas de depresión (media-alta), siendo más frecuentes entre las personas que abandonaron el tratamiento (69.3%) que entre las que lo finalizaron (36%); aunque estas diferencias no resultaron ser significativas ($\chi^2=3.788$, $p=0.150$). Con respecto a la ansiedad, la distribución sería similar, siendo un problema frecuente (75.6%) en ambos grupos, aunque ligeramente superior en las personas que abandonaron el tratamiento (84.6% grupo abandono; 72% grupo que lo finalizó.). El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo también fue empleado en esta evaluación para explorar la sintomatología ansiosa. Tanto en la subescala de ansiedad-estado (81.6%) como en la de ansiedad-rasgo (84.2%) la mayoría se situaría por encima del percentil 50, siendo mucho más frecuente en ambos grupos, sobre todo en el grupo abandono, los valores de ansiedad (estado/rasgo) por encima del percentil 75.

Por lo que respecta a la sintomatología depresiva, las puntuaciones obtenidas sugieren la presencia de sintomatología depresiva (entre leve y severa) en un 63.15% del total. El 53.8% de las personas que abandonaron el tratamiento presentarían depresión moderada, mientras que el porcentaje más alto en las personas que finalizaron el tratamiento lo encontraríamos en la sintomatología depresiva leve (28%), aunque nuevamente estas diferencias no resultaron ser significativas ($\chi^2=7.719$, $p=0.052$).

Otra de las variables exploradas es la autoestima (RSEI, Rosenberg, 1979). En esta medida tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, siendo un 34.2% del total las personas que presentarían una baja autoestima (el 38.5% de las personas que abandonaron el tratamiento y el 32% de las personas que lo finalizaron).

Al explorar la impulsividad (BIS 11), aunque la mayoría de las personas de ambos grupos presentan una impulsividad media (55.3%), el 38.5% de las personas que abandonaron el tratamiento y el 40% de las que lo finalizaron se encontrarían en el perfil de alta impulsividad

($\chi^2=1.186$; $p=0.553$). En cuanto a las dificultades en la regulación emocional (DERS), la puntuación media obtenida por los participantes ($M=69.92$, $DT=19.14$) se sitúa por encima de la media del rango de puntuaciones (28-140), lo que podría indicar un posible problema en este constructo. Además, de nuevo el grupo de personas que abandonó la intervención presenta medias superiores ($M=75.38$, $DT=18.81$) en comparación con las personas que finalizaron el tratamiento ($M=67.08$, $DT=19.06$), aunque estas diferencias no son significativas ($z=-1.262$., $p=0.207$).

Finalmente, como se expone en la tabla 53, también se exploró la presencia de sintomatología comórbida de otro tipo de trastornos. Aunque se trata de un *screening* inicial en el que se exploró la presencia de los síntomas más generales, alguna sintomatología como la del trastorno adaptativo (63.2%) o la presencia de síntomas TOC (28.9%) o de depresión mayor (28.9%) están presentes en un número considerable de participantes. Aunque en general la presencia de estos síntomas es similar entre las personas de ambos grupos, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=6.264$, $p=0.012$) en la presencia de síntomas del trastorno negativista desafiante, estando presente en el 23.1% de las personas que abandonaron el tratamiento frente al 0% de los que lo finalizaron. De forma similar, aunque las diferencias sean menores y no significativas, la presencia de síntomas de TDAH también es más frecuente entre las personas que abandonaron el tratamiento (30.8%) que entre las que lo finalizaron (8%).

Tabla 52. Diferencias en las variables clínicas no sexuales entre las personas que finalizaron el tratamiento y las personas que abandonaron la intervención

	MT (n=38)	Grupo abandono (n=13)	Grupo final trat. (n=25)	U de Mann- Whitney o χ^2	p	Tamaño del efecto
Variables clínicas no sexuales:						
Possible adicción a internet (IAT)	36.8% (n=14)	53.8% (n=7)	28% (n=7)	$\chi^2=2.959$	0.228	V=0.279
The Rosenberg Self-Esteem Instrument (RSEI)	M=27.47 (DT=6.37)	M=26.08 (DT=6.84)	M=28.20 (DT=6.13)	z=0.941	0.347	d=0.332
Depresión (HADS)						
Depresión media	21.1% (n=8)	30.8% (n=4)	16% (n=4)	$\chi^2=3.788$	0.150	V=0.316
Depresión alta	26.3% (n=10)	38.5% (n=5)	20% (n=5)			
Ansiedad (HADS)						
Ansiedad media	18.4% (n=7)	15.4% (n=2)	20% (n=5)	$\chi^2=1.112$	0.573	V=0.573
Ansiedad alta	57.9% (n=22)	69.2% (n=9)	52% (n=13)			
Ansiedad-Estado (STAI)						
Percentil 50-75	15.8% (n=6)	7.7% (n=1)	20% (n=5)	$\chi^2=2.014$	0.365	V=0.233
Percentil 75-99	65.8% (n=25)	76.9% (n=10)	60% (n=15)			
Ansiedad-Rasgo (STAI)						
Percentil 50-75	23.7% (n=9)	7.7% (n=1)	32% (n=8)	$\chi^2=3.500$	0.174	V=0.308
Percentil 75-99	60.5% (n=23)	76.9% (n=10)	52% (n=13)			
Depresión (BDI)						
Depresión leve	23.7% (n=9)	15.4% (n=2)	28% (n=7)	$\chi^2=7.719$	0.052	V=0.451
Depresión moderada	28.95% (n=11)	53.8% (n=7)	16% (n=4)			
Depresión severa	10.5% (n=4)	15.4% (n=2)	8% (n=2)			
Autoestima (RSEI)						
Autoestima baja (≤ 25)	34.2% (n=13)	38.5% (n=5)	32% (n=8)	$\chi^2=0.633$	0.729	V=0.129
Autoestima media (26-29)	26.3% (n=10)	30.8% (n=4)	24% (n=6)			
Autoestima alta (30-40)	39.5% (n=15)	30.8% (n=4)	44% (n=11)			
Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS)	M=69.92 (DT=19.14)	M=75.38 (DT=18.81)	M=67.08 (DT=19.06)	z=-1.262	0.207	d=0.433
Impulsividad (BIS)						
Impulsividad baja (≤ 51)	5.3% (n=2)	0% (n=0)	8% (n=2)	$\chi^2=1.186$	0.553	V=0.177
Impulsividad media (52-71)	55.3% (n=21)	61.5% (n=8)	52% (n=13)			
Impulsividad alta (≥ 72)	39.5% (n=15)	38.5% (n=5)	40% (n=10)			

Nota: MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final trat.= Personas que han finalizado el tratamiento.

Tabla 53. Diferencias en la presencia de sintomatología comórbida entre las personas que finalizaron el tratamiento y las personas que abandonaron la intervención

	MT (n=38)	Grupo abandono (n=13)	Grupo final. trat. (n=25)	U de Mann- Whitney o χ^2	p	Tamaño del efecto
Síntomas Trastorno Adaptativo	63.2% (n=24)	61.5% (n=8)	64% (n=16)	$\chi^2=0.022$	0.881	V=0.024
Síntomas TDAH	15.8% (n=6)	30.8% (n=4)	8% (n=2)	$\chi^2=3.335$	0.068	V=0.296
Síntomas Trast. Depresivo Mayor	28.9% (n=11)	30.8% (n=4)	28% (n=7)	$\chi^2=0.032$	0.858	V=0.029
Síntomas TOC	28.9% (n=11)	23.1% (n=3)	32% (n=8)	$\chi^2=0.331$	0.565	V=0.093
Síntomas Trast. Negativista Desafiante	7.9% (n=3)	23.1% (n=3)	0% (n=0)	$\chi^2=6.264$	0.012	V=0.406
Síntomas Trast. Explosivo Intermitente	18.4% (n=7)	23.1% (n=3)	16% (n=4)	$\chi^2=0.285$	0.593	V=0.087
Síntomas Trast. De la Conducta	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	- ^a	- ^a	- ^a
Síntomas Adicción a Sustancias	2.6% (n=1)	0% (n=0)	4% (n=1)	$\chi^2=0.534$	0.465	V=0.119

Nota: -^a= las celdas vacías representan términos no incluidos debido a limitaciones en el tamaño de la muestra (generalmente, porque el n es igual o menor a 1). MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final. trat.= Personas que han finalizado el tratamiento.

5.6 Diferencias en el curso clínico y la evolución de la adicción al cibersexo

En este bloque analizamos el curso clínico y la evolución de la adicción tanto en las personas que abandonaron el tratamiento como en las que lo finalizaron.

Como observamos en la tabla 54, solo encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la percepción sobre el episodio actual ($\chi^2=6.844$; $p=0.009$; $V=0.430$). El 76% de las personas que finalizaron el tratamiento percibían una remisión de sus síntomas tras la evaluación inicial, mientras que el 69.2% de las personas que abandonaron el tratamiento consideraban en ese mismo momento que sus síntomas revestían gravedad. Partiendo de la edad de inicio del problema, ésta se sitúa en torno a los 26.43 años en ambos grupos, aunque las personas que abandonaron la intervención refieren haber empezado con este problema cuando eran ligeramente más mayores ($M=27.83$ años; $DT=9.22$) que las personas que finalizaron el tratamiento ($M=25.69$ años; $DT=9.76$), sin ser estas diferencias estadísticamente significativas. Tampoco encontramos diferencias significativas en la percepción de gravedad durante el inicio del problema. En ambos grupos, menos de la mitad admite haber percibido la gravedad de este problema durante este periodo (46.2% de las personas que abandonaron el tratamiento; 44% de las personas que finalizaron la intervención). De estas personas, la mayoría de ambos grupos (66.7% grupo abandono, 63.6% grupo de finalización del tratamiento) indicó que el tiempo invertido en estas actividades era uno de los motivos por los que percibía la gravedad del consumo. Otros aspectos como la frecuencia y las manifestaciones de la conducta también fueron reportados por un porcentaje considerable de las

personas que percibían esta gravedad (66.7% y 50% respectivamente entre las personas que abandonaron el tratamiento y 54.5% en ambos casos en las personas que finalizaron el tratamiento). Por otro lado, las personas que abandonaron el tratamiento identificaban un mayor control ($M=4.50$; $DT=1.97$) y un menor malestar ($M=5.71$; $DT=3.21$) con las ASO en ese momento que las personas que finalizaron la intervención ($M=3.69$; $DT=2.20$ y $M=6.13$; $DT=2.87$), aunque de nuevo estas diferencias no son significativas. Situándonos en el curso clínico actual, las personas que finalizaron la intervención han experimentado el inicio de estos síntomas a una edad ligeramente más temprana ($M=29.67$; $DT=8.81$) que los que abandonaron el tratamiento ($M=31$; $DT=9.46$). Además, el 42.1% del total afirma que el inicio de estos síntomas coincidió con un evento vital estresante (46.2% del grupo de abandono y 40% del grupo que finalizó el tratamiento). Aunque las diferencias no sean estadísticamente significativas, el curso clínico de la mayoría de las personas que finalizaron el tratamiento es episódico (68%), mientras que entre las personas que abandonaron el tratamiento encontramos de forma prácticamente equitativa tanto a personas con un curso clínico continuo (53.8%) como episódico (46.2%). Estas diferencias, sin embargo, no se reflejan en la percepción de control y malestar actual, siendo muy similar en ambos grupos.

Finalmente, el 84.2% de las personas de ambos grupos percibe la necesidad de recibir ayuda, aunque solo un 26.3% del total ha recibido tratamiento psicológico previo (23.1% del grupo de abandono y 28% del grupo que finalizó la intervención). En lo que respecta al tratamiento farmacológico, el porcentaje de personas que ha recibido este tipo de intervención es algo inferior (10.5%). Además, aunque estas diferencias no sean significativas, solo el 16% de las personas que finalizaron la intervención ha recibido este tipo de tratamiento, mientras que ninguna de las personas que abandonaron el tratamiento ha recibido tratamiento farmacológico para tratar la adicción al cibersexo.

Tabla 54. Diferencias en el inicio, evolución, curso clínico y búsqueda de ayuda terapéutica entre las personas que finalizaron el tratamiento y las personas que abandonaron la intervención

	MT (n=38)	Grupo abandono (n=13)	Grupo final. trat. (n=25)	U de Mann-Whitney o χ^2	p	Tamaño del efecto
Evolución						
Edad de inicio del problema con las ASO (13-60)	M=26.43 (DT=9.50)	M=27.83 (DT=9.22)	M=25.69 (DT=9.76)	z=-0.749	0.454	d=0.225
Percepción de gravedad durante este periodo (Sí)	44.7% (n=17)	46.2% (n=6)	44% (n=11)	$\chi^2=0.009$	0.923	V=0.016
En qué aspectos empezaste a percibir la gravedad						
Tiempo	64.7% (n=11)	66.7% (n=4)	63.6% (n=7)	$\chi^2=0.016$	0.901	V=0.030
Frecuencia	58.8% (n=10)	66.7% (n=4)	54.5% (n=6)	$\chi^2=0.235$	0.627	V=0.118
Manifestaciones de la conducta	52.9% (n=9)	50% (n=3)	54.5% (n=6)	$\chi^2=0.032$	0.858	V=0.044
Riesgo y consecuencias	17.6% (n=3)	0% (n=0)	27.3% (n=3)	$\chi^2=1.987$	0.159	V=0.342
Grado de control en ese momento (0-10)	M=3.97 (DT=2.13)	M=4.50 (DT=1.97)	M=3.69 (DT=2.20)	z=-1.042	0.297	d=0.380
Grado de malestar en ese momento (0-10)	M=5.99 (DT=2.95)	M=5.71 (DT=3.21)	M=6.13 (DT=2.87)	z=-0.386	0.700	d=0.143
Curso clínico actual						
Edad de inicio de los síntomas actuales (15-60)	M=30.14 (DT=8.93)	M=31 (DT=9.46)	M=29.67 (DT=8.81)	z=-0.402	0.588	d=0.044
Coincidencia con evento vital (Sí)	42.1% (n=16)	46.2% (n=6)	40% (n=10)	$\chi^2=0.069$	0.793	V=0.043
Curso clínico						
Continuo	39.5% (n=15)	53.8% (n=7)	32% (n=8)	$\chi^2=2.184$	0.138	V=0.243
Episódico	60.5% (n=23)	46.2% (n=6)	68% (n=17)			
Episodio actual						
Grave	39.5% (n=15)	69.2% (n=9)	24% (n=6)	$\chi^2=6.844$	0.009	V=0.430
En remisión	60.5% (n=23)	30.8% (n=4)	76% (n=19)			
Grado de control en ese momento (0-10)	M=3.22 (DT=2.21)	M=3.54 (DT=2.87)	M=3.04 (DT=1.80)	z=-0.547	0.584	d=0.226
Grado de malestar en ese momento (0-10)	M=8.72 (DT=1.55)	M=9.08 (DT=1.19)	M=8.52 (DT=1.72)	z=-1.213	0.225	d=0.361
Percepción de necesidad de ayuda terapéutica (Sí)	84.2% (n=32)	84.6% (n=11)	84% (n=21)	$\chi^2=0.060$	0.806	V=0.040
Tratamiento psicológico (Sí)	26.3% (n=10)	23.1% (n=3)	28% (n=7)	$\chi^2=0.159$	0.690	V=0.065
Tratamiento farmacológico (Sí)	10.5% (n=4)	0% (n=0)	16% (n=4)	$\chi^2=2.429$	0.119	V=0.256

Nota: MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final. trat.= Personas que han finalizado el tratamiento.

5.7 Diferencias en los factores relacionados con el proceso terapéutico

Otro de los factores importantes a la hora de identificar las variables que puedan estar vinculadas al abandono del tratamiento puede ser el referido al proceso del mismo.

En la tabla 55 se detalla alguna información sobre el nivel de adherencia de las personas que iniciaron el tratamiento. Esta adherencia fue analizada por parte de los terapeutas empleando una escala tipo Likert de cuatro puntos (0 nada adherente, 4 muy adherente) que se completaba una vez el paciente había finalizado o abandonado el tratamiento. Estos niveles estaban bien definidos e incluían diferentes criterios para determinar el grado de adherencia. Como podemos observar, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las personas de ambos grupos ($\chi^2=11.013$; $p=0.026$; $V=0.538$). El 46.2% de las personas que abandonaron el tratamiento fueron poco o nada adherentes frente al 8% de las personas que finalizaron el tratamiento. Por el contrario, la mayoría de las personas que finalizaron la intervención (76%) presentaba una adherencia alta (entre bastante y muy adherentes) durante el desarrollo del tratamiento, mientras que solo el 23.1% de las personas que abandonaron la intervención cumplía con este nivel de adherencia. Entre los signos indicativos de una baja adherencia encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la realización de las tareas semanales ($\chi^2=10.767$; $p=0.001$; $V=0.532$). Concretamente el 69.2% de las personas que abandonaron la intervención no realizaba las tareas semanales, frente a un 30.8% de las personas que sí finalizaron el tratamiento. También destacamos cómo una de las personas que tenía problemas de adherencia presentaba un problema físico importante que entorpecía la intervención. Específicamente, presentaba un problema grave de audición que, si bien permitió completar las sesiones, en ocasiones dificultaba su seguimiento, sobre todo teniendo en cuenta que el programa se aplicó de forma *online*. Otros indicativos de la falta de adherencia fueron la cancelación continuada de las sesiones de tratamiento (50%), el no presentarse a las sesiones sin previo aviso (37.5%) y llegar tarde a las mismas sin una justificación previa y de forma reiterada (25%), aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 55. Diferencias en el análisis de la adherencia al tratamiento entre las personas que finalizaron el tratamiento y las personas que abandonaron la intervención

	Muestra total (n=38)	Grupo Abandono (n=13)	Grupo final. Trat. (n=25)	χ^2 (p)	V
Nivel de adherencia					
Nada adherente	2.6% (n=1)	7.7% (n=1)	0% (n=0)	11.013 (0.026)	0.538
Poco adherente	18.4% (n=7)	38.5% (n=5)	8% (n=2)		
Ni muy adherente ni nada adherente	21.1% (n=8)	30.8% (n=4)	16% (n=4)		
Bastante adherente	21.1% (n=8)	15.4% (n=2)	24% (n=6)		
Muy adherente	36.8% (n=14)	7.7% (n=1)	52% (n=13)		
Indicadores de baja adherencia (personas nada adherentes o ni muy ni nada adherentes [n=16])					
No acudir a las sesiones	37.5% (n=6)	50% (n=3)	50% (n=3)	0.789 (0.374)	0.144
Acudir tarde a las sesiones	25% (n=4)	50% (n=2)	50% (n=2)	0.495 (0.482)	0.114
No realizar las tareas semanales	81.3% (n=13)	69.2% (n=9)	30.8% (n=4)	10.767 (0.001)	0.532
Cancelaciones continuas	50% (n=8)	50% (n=4)	50% (n=4)	1.122 (0.289)	0.172
Problema físico	6.3% (n=1)	0% (n=0)	100% (n=1)	0.534 (0.465)	0.119

Nota: MT= Muestra total; Grupo abandono= Personas que han abandonado el tratamiento durante el mismo; Grupo final. trat.= Personas que han finalizado el tratamiento.

5.8 Análisis de los predictores de abandono

Con el propósito de identificar los posibles factores predictores del abandono, realizamos diferentes regresiones logísticas binarias siendo la variable dependiente el haber finalizado o no el tratamiento. Teniendo en cuenta las limitaciones muestrales ($n=38$), inicialmente realizamos diferentes regresiones que incluían cada una de ellas un máximo de tres o cuatro variables independientes para identificar qué posibles factores pueden estar relacionados con el abandono.

En las primeras tres regresiones analizamos el posible efecto de las variables sexuales generales no clínicas. Entre las VI de este se incluyó en la primera regresión la situación sentimental y la frecuencia de la actividad sexual. En las siguientes dos regresiones se incluyeron como VI en dos grupos de cuatro las preferencias sexuales poco frecuentes/parafilias [Exponer los genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera; uso de objetos para alcanzar el placer sexual; rozar con los genitales a otra persona sin su consentimiento; mantener relaciones sexuales con niños; ser humillado, pegado o atado para alcanzar el placer sexual; hacer sufrir física o psicológicamente (humillar) para alcanzar el placer sexual; vestirse como una mujer para alcanzar el placer sexual y observar sin ser visto a otras personas desnudándose o realizando cualquier actividad sexual sin su consentimiento]. Ninguno de estos modelos ni de las variables incluidas resultaron ser significativas (p entre 0.449 y 0.463).

En la segunda tanda de regresiones, se incluyeron cinco regresiones logísticas binarias con el objetivo de analizar el efecto de las VI correspondientes a la sexualidad *online* general (actividades sexuales *online* [compra de material sexual *online*, búsqueda de información

sobre educación sexual, lectura de textos eróticos, visionado de imágenes o películas pornográficas, flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios conocidos/desconocidos, chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario, contacto sexual por medio de webcam con otro usuario, búsqueda en páginas web de contactos, respuesta a anuncios sexuales, contacto con trabajadores/as sexuales y búsqueda de pareja sexual y/o romántica] y motivaciones [disfrutar de actividades sexuales que no practico en la vida diaria, encontrar material sexual con el que masturbarse, relajarse del estrés de las obligaciones, animarse cuando se está decaído, distraerse, aprender cosas sobre sexo, conocer a otras personas e intentar establecer relaciones]) sobre el abandono. No obstante, ninguna de estas regresiones resultó ser significativa (p entre 0.092 y 0.833).

En tercer lugar, quisimos comprobar si presentar mayores niveles de hipersexualidad, compulsividad sexual, adicción sexual y búsqueda de sensaciones sexuales iniciales, medidos a través de diferentes instrumentos estandarizados (SAST, SCS, HBI y SSSS) guardaban relación con el abandono. Este análisis de regresión logística binaria tampoco arrojó ningún resultado relevante ($\chi^2=1.071$; $p=0.899$). En esta línea, también quisimos analizar la relación de las variables clínicas relacionadas con la severidad del consumo de cibersexo con el abandono. En las distintas regresiones se incluyeron como VI, -agrupadas en grupos de entre 3 y 4 variables para cada regresión-, el tiempo invertido, las medidas estandarizadas ISST y sus subescalas y la presencia de síntomas y criterios diagnósticos. En este caso, solo resultó ser significativo el modelo en el que se incluyeron como VI el tiempo invertido semanalmente en páginas sexuales y las subescalas del ISST conducta sexual *online* social, conducta sexual *online* solitaria y gasto económico *online* ($\chi^2=10.37$; $p=0.016$; $R^2=0.239$). Sin embargo, la única variable predictiva del modelo fue el gasto económico *online* ($\beta=1.988$; $p=0.015$).

Por otro lado, también exploramos la posible relación del abandono del tratamiento con otras variables clínicas no sexuales o disposicionales como la presencia de síntomas depresivos, ansiosos, etc. -medidos mediante el IAT, RSEI, HADS, STAI, BDI, BIS y DERS-, así como las diferentes comorbilidades exploradas (TDAH, trastorno adaptativo, trastorno depresivo mayor, trastorno negativista desafiante y trastorno explosivo intermitente). Para ello, se realizaron cuatro regresiones logísticas binarias, dos que agrupaban como VI 3 y 4 medidas estandarizadas y dos que incluían por un lado los trastornos relacionados con la conducta y, por otro, los relacionados con el estado de ánimo y la atención-impulsividad, que tampoco resultaron ser significativas (p entre 0.346 y 0.947). No se incluyeron ni el trastorno de la conducta ni la presencia de otras adicciones ya que ninguno o solo un sujeto cumplía con estos criterios.

Finalmente, analizamos mediante dos regresiones logísticas binarias la posible relación entre algunas de las variables relacionadas con el curso clínico [Control y malestar en el momento en el que la conducta sexual empezó a ser problemática, curso clínico (continuo o episódico), episodio actual (grave o remisión) control y malestar actual y grado de adherencia] y el abandono. En este caso, resultó ser significativa la regresión que incluía las VI del episodio actual (grave/remisión), el grado de control y malestar actual y el nivel de adherencia ($\chi^2=23.08$; $p<0.001$; $R^2=0.639$). Específicamente, la baja adherencia al tratamiento ($\beta=1.234$; $p=0.011$), la percepción de mayor gravedad sintomatológica [siendo 0 gravedad y 1 remisión] ($\beta=3.403$; $p=0.014$) y una mayor percepción de control ($\beta=-0.640$; $p=0.049$) se relacionaron con una mayor tasa de abandono [0=abandono, 1=no abandono].

Una vez realizado este primer paso, se realizó una única regresión logística binaria que incluye las VI que resultaron ser significativas en los análisis anteriores (gasto económico medida a través del ISST, nivel de adherencia, percepción de gravedad sintomatológica [0=mayor gravedad, 1=remisión] y grado de control) y cuya VD es si el paciente finalizó o no el tratamiento (ver Tabla 56). Los resultados indican que una mayor adherencia al tratamiento se relaciona en este modelo con la finalización del mismo (OR=3.274; $p=0.017$). Del mismo modo, percibir una remisión en los síntomas de adicción antes de iniciar el tratamiento también se ha visto relacionado con su finalización (OR=15.050; $p=0.032$). Finalmente, las personas que presentan un mayor gasto económico en las ASO tienen más probabilidades de finalizar el tratamiento (OR=5.329, $p=0.046$) que los que realizan un menor gasto ($R^2=0.667$; $\chi^2=24.50$; $p<0.001$).

Tabla 56. Variables predictoras de la continuidad en el tratamiento.

	β	Error estándar	Wald	gl	p	OR	95% IC	
							Inferior	Superior
Constante	-3.308	1.588	4.340	1	0.037	0.037		
ISST_GastoEconómico	1.673	0.838	3.984	1	0.046	5.329	1.031	27.561
Síntomas actuales (1=remisión)	2.711	1.268	4.574	1	0.032	15.050	1.254	180.58
Nivel de adherencia (0-4)	1.186	0.499	5.648	1	0.017	3.274	1.231	8.708
Grado de control (0-10)	-0.384	0.260	2.169	1	0.141	0.681	0.409	1.135

Note. Hosmer-Lemeshow test: $\chi^2=6.31$; $gl=7$; $p=0.504$

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 8. Discusión

El uso de internet con fines sexuales es una práctica cada vez más común y generalizada en prácticamente todas las etapas vitales (desde la pre-adolescencia hasta la vejez). No obstante, su prevalencia varía dependiendo de factores como la edad, el género, el tipo de actividad sexual *online* y las motivaciones, entre otros (Ballester-Arnal et al., 2021; Castro-Calvo, Giménez-García et al., 2018; Döring et al., 2017; Grubbs, Wright et al., 2019). Este creciente consumo de cibersexo se ha traducido en un gran incremento en el interés científico sobre este fenómeno. Sin embargo, todavía existe cierto desconocimiento de esta actividad, sobre todo cuando hablamos de un uso problemático/adictivo, así como del perfil de las personas que presentan este problema.

Una de las principales carencias tiene que ver con la conceptualización y la determinación de los criterios que caracterizan un consumo de cibersexo como problemático. Actualmente no existe consenso en cuanto a la categorización del uso problemático de cibersexo. Algunos autores incluyen esta patología como un subtipo de adicción a internet, mientras que otros expertos coinciden en incluirlo dentro de la adicción al sexo (Cooper, Putnam et al., 1999^a; Griffiths 2001; Young, 1999). Esta última propuesta, aunque parece ser la más aceptada, también supone un gran inconveniente y es que hoy en día contamos con diferentes propuestas diagnósticas sobre la adicción al sexo (hipersexualidad, compulsividad sexual *online*, adicción al sexo) que se sustentan en distintos marcos conceptuales, por lo que incluyen criterios diagnósticos distintos (Carnes, 1991; Goodman 1992; 1998; Kafka, 2010; Kraus et al., 2018). Esta falta de consenso en cuanto al diagnóstico supone una dificultad muy importante a la hora de identificar a las personas que presentan este problema, pero sobre todo se ve reflejada en la ausencia de tratamientos validados empíricamente para esta patología.

Teniendo en cuenta estas carencias, en primer lugar, en este estudio se exploraron las características sociodemográficas, sexuales y clínicas (de la propia patología y de los síntomas y trastornos comórbidos) de las personas que presentaban un perfil de riesgo/adicción al cibersexo. Habida cuenta de que la entidad nosológica de este trastorno aún no está clara, este diagnóstico se realizó explorando los criterios asociados a los distintos posicionamientos mediante el empleo de la entrevista CISEX, elaborada por nuestro equipo de investigación para este fin, lo que permite conocer tanto el perfil de las personas que presentan este problema, como el ajuste y cumplimiento de las diferentes propuestas diagnósticas. Por otro lado, y teniendo en cuenta todas las características mencionadas anteriormente, en este estudio aplicamos un programa de intervención *online* individual para, posteriormente, evaluar su eficacia en personas con este perfil en comparación con un grupo control lista de espera. Aunque otros autores como Hallberg et al. (2019), Hallberg et al. (2020) o FirooziKhojastehfar et al. (2021) hallan comprobado la eficacia de intervenciones cognitivo-conductuales estructuradas en pacientes con hipersexualidad (compulsividad sexual o adicción sexual) empleando estudios

controlados, este se trata del primer estudio controlado diseñado para evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual individual, *online* y no autoaplicada para el tratamiento específico de la adicción al cibersexo, que cuenta con medidas de seguimiento a largo plazo (12 meses tras la intervención). Además, aunque el tamaño muestral empleado en este estudio sea limitado, debido al difícil acceso a las muestras clínicas y, sobre todo, en el caso de pacientes con este trastorno por el estigma asociado al problema, este estudio cuenta con una de las muestras más numerosas de los trabajos publicados hasta el momento y citaría aquellas publicaciones en las que las muestras son menores o incluso casos únicos.

En el desarrollo de este capítulo se exponen los resultados obtenidos en relación a los diferentes objetivos comentados en el párrafo anterior, analizando el cumplimiento de las diferentes hipótesis planteadas en el estudio.

1. Características de las personas que presentan un perfil problemático/adictivo del uso de cibersexo

Uno de los principales objetivos que aborda esta investigación es conocer el perfil de las personas que presentan un consumo problemático de cibersexo. Para ello, contamos con un total de 59 personas que solicitaron tratamiento psicológico y, tras completar una evaluación exhaustiva, fueron propuestas para recibir dicha intervención ya que su perfil de consumo de cibersexo se ajustaba a un perfil problemático y/o adictivo. Este perfil se subdivide en varias áreas que engloban las características sociodemográficas, las características sexuales generales no clínicas y el perfil clínico tanto sexual como general, en el que se encuentran los síntomas y trastornos comórbidos.

1.1 Características sociodemográficas

Empezando por las características sociodemográficas, tal y como esperábamos, la mayoría de personas con un perfil problemático de adicción al cibersexo que solicitaron tratamiento y que cumplían con criterios de riesgo/adicción eran hombres. Muchos de los estudios que analizan el consumo de cibersexo identifican un consumo diferenciado entre géneros siendo los hombres quienes presentan un mayor riesgo de realizar un consumo problemático/adictivo del cibersexo (Ballester-Arnal et al., 2021; Ross et al., 2012; Weinstein, Katz et al., 2015). Allen et al. (2007) identificaban como uno de los motivos de estas diferencias el hecho de que las mujeres experimentaban las ASO, sobre todo las que se realizaban en solitario, como menos placenteras y excitantes que los hombres, tanto a nivel emocional como fisiológico. Algunas de las explicaciones tienen que ver con factores culturales o de socialización, entre las que se encuentran diferentes teorías (por ejemplo, el doble estándar sexual, guion sexual tradicional) que explican cómo en general, hay una mayor permisividad sexual hacia los hombres y una mayor

penalización de la sexualidad de las mujeres, lo que facilita que los hombres aparentemente realicen estas conductas más frecuentemente y las perciban de forma más positiva, llegando a sobreestimar su uso, mientras que las mujeres tienden a subestimarlos y a caer en la deshabilitación social a la hora de informar sobre estas conductas (Emmers-Sommer, 2017; Hen et al., 2020; Shaughnessy et al., 2011; Zaikman & Marks, 2017). Otras explicaciones se centran en aspectos evolucionistas. Estos modelos explican cómo a partir de los diferentes costes reproductivos, el desarrollo de estrategias reproductivas difiere entre hombres y mujeres, siendo los hombres quienes tendrían preferencia por estrategias más a corto plazo (llegar a la excitación y eyaculación de forma más rápida) que las mujeres. Este logro a corto plazo es, a su vez, el más representado en el material sexual pornográfico existente, lo que explicaría que sea más excitante para los hombres (Paul & Kobach, 2014). Centrándonos en el contenido de este material sexual, tradicionalmente se asumía que el material sexual disponible *online* promovía la desigualdad de género ya que su contenido se caracterizaba por objetivizar a la mujer y promover conductas violentas y de poder de hombres hacia mujeres. No obstante, algunos estudios posteriores sugieren que el porcentaje de material disponible *online* que contiene este tipo de conductas es muy pequeño, sobre todo en la pornografía profesional (Klaassen & Peter, 2015; Shor & Seida, 2019). A pesar de estos hallazgos, la presencia de este tipo de contenido, aunque sea en un porcentaje menor, puede influir en las expectativas que tienen hombres y mujeres a la hora de consumir pornografía, lo que puede hacer que las mujeres sean más reacias a acceder a este tipo de contenido y, sobre todo, que las mujeres lo encuentren en menor medida excitante y no lo empleen para masturbarse con él.

En cuanto a las actividades sexuales *online* que requieren la interacción con otras personas, las diferencias entre géneros no están tan marcadas (Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2016; Shaughnessy et al., 2011), lo que podría hacernos pensar, en contra de nuestros hallazgos, que el número de mujeres y hombres adictos a estas prácticas debería ser similar. Una de las posibles explicaciones podría ser la que nos ofrecen estudios como el de Shaughnessy y Byers (2014) en los que se evidencia cómo los factores culturales y sociales también se ven reflejados en las ASO en interacción con otras personas. Esto se observa específicamente en el contexto de la pareja (grado de proximidad). Mientras que en el cibersexo con la pareja principal apenas se encuentran diferencias entre hombres y mujeres, las prácticas sexuales *online* con personas desconocidas son mucho más frecuentes entre los hombres. Centrándonos en nuestros datos, las ASO en interacción con usuarios desconocidos y, en menor medida, con personas conocidas con las que no se tiene una relación estable, son las más frecuentes entre las personas con un perfil de riesgo/problemático. Por el contrario, las ASO con una pareja estable son prácticamente inexistentes entre los usuarios de riesgo/adicción. Por lo tanto, podríamos decir que las personas de riesgo o adicción al cibersexo suelen realizar ASO en interacción con personas desconocidas, lo que justificaría las diferencias de género en su prevalencia.

En lo que respecta a la edad, las personas que en nuestro estudio presentaban un perfil de riesgo/adicción tenían entre 22 y 67 años en el momento en el que iniciaron la evaluación, situándose la media de edad en torno a los 36 años. Aunque el rango de edades es muy amplio la mayor prevalencia de personas con un uso problemático de cibersexo que contactaron con nuestro servicio son adultos y adultos jóvenes, siendo escasas las personas que superaban los 50 años o que tenían menos de 25 años en el momento de la evaluación. Algunos estudios como el de Daneback et al. (2005) o Studer et al. (2019) también encuentran un mayor interés en el cibersexo y mayor frecuencia en su uso en personas de mediana edad. De hecho, estos autores identifican una asociación negativa entre la edad y el uso de cibersexo: a mayor edad, menor interés en estas actividades. Estos datos justifican el bajo porcentaje de personas adictas con más de 50 años, pero no el limitado número de gente joven que presenta este problema. Los estudios que abarcan rangos de edades mucho más amplios como el de Beutel et al. (2017) o el de Ballester-Arnal et al. (2021), en el que se incluyen tanto a mayores como a personas menores de 18 años, evidencian una tendencia en forma de U invertida en el consumo de cibersexo, siendo el consumo de cibersexo menos frecuente en edades tempranas, alcanzando su pico en los adultos jóvenes y adultos; y descendiendo nuevamente en las edades más avanzadas, lo que se ajustaría a la tendencia que encontramos en nuestros datos.

Otras características sociodemográficas dibujan un perfil de personas adict nivel académico generalmente alto, más de la mitad tienen estudios universitarios, y a nivel laboral se encuentran activos. Algunos autores también encuentran un mayor uso y abuso de cibersexo entre personas con un alto nivel de estudios y activos a nivel laboral (Ince et al., 2021; Wéry, Vogelaere et al., 2016). Aunque contamos con poca evidencia científica debido a que muchos de los estudios se realizan sobre poblaciones concretas (por ejemplo, estudiantes, jóvenes, etc.), algunas características más frecuentes en personas con estudios superiores y/o un nivel socioeconómico medio-alto como puede ser una mayor facilidad de acceso a internet, un mejor manejo del mismo, emplear más tiempo delante de una pantalla, y una mayor disponibilidad de dispositivos que permitan el acceso internet (por ejemplo, ordenador personal, dispositivos móviles de alta gama y calidad visual, etc.) parecen estar detrás de esta alta prevalencia (Studer et al., 2019).

Por otro lado, la religiosidad ha sido otra variable muy estudiada en cuanto a la adicción al cibersexo. Algunos autores identifican cómo la religiosidad está relacionada con una mayor percepción del uso de cibersexo como problemático debido, principalmente, a la discrepancia entre las creencias sobre el uso de cibersexo (una actividad moralmente reprochable, censurable, etc.) y la realización de estas conductas (Brand et al., 2019; Grubbs, Exline et al., 2015; Grubbs, Kraus & Perry, 2019). Esta discrepancia genera malestar con la actividad incluso en personas cuya conducta sexual *online* no se consideraría compulsiva. Sin embargo, cuando se analiza el uso de cibersexo comparando a personas religiosas con no religiosas, los resultados no arrojan

grandes diferencias en su frecuencia (Grubbs & Perry, 2019; Kohut & Štulhofer, 2018). Estos hallazgos evidencian que este malestar no es un indicativo de un mayor uso de cibersexo y, por lo tanto, tampoco debería ser un colectivo con una mayor incidencia en cuanto a adicción al cibersexo. Entre los participantes de nuestro estudio no encontramos un porcentaje muy elevado de personas creyentes, sobre todo de aquellas creyentes-practicantes (13.6%), lo que iría en la línea de estos hallazgos. Las personas que experimentaban malestar con la actividad por diferentes motivos (incluidas las creencias religiosas) pero que no presentaban un uso problemático /compulsivo fueron descartadas en la evaluación inicial, resaltando aún más la necesidad de realizar una buena evaluación antes de etiquetar un comportamiento sexual como problemático ya que el malestar con la actividad que experimentan muchas personas, especialmente las personas religiosas, puede llevarnos a un diagnóstico erróneo de adicción/uso problemático (Bradley et al., 2016; Grubbs et al., 2010; Grubbs, Stauner et al., 2015).

Por lo tanto, los datos expuestos en este primer apartado confirmarían nuestra primera hipótesis: *“Las personas con un consumo problemático de cibersexo serán, en su mayoría, hombres, de mediana edad y con un nivel académico y socioeconómico medio-alto. En cuanto a las creencias religiosas, no encontraremos un mayor número de creyentes con adicción al cibersexo.”*

1.2 Perfil sexual general

Por otro lado, también analizamos el perfil sexual general de las personas que realizaban un uso problemático /adictivo del cibersexo. En líneas generales, la mayoría de las personas de este estudio se identificaban como heterosexuales, tenían pareja estable en el momento de la evaluación y su frecuencia sexual general era bastante alta; más de la mitad mantenía relaciones sexuales (incluida la masturbación) más de tres veces por semana.

Empezando por la orientación sexual, los estudios centrados en analizar el uso de cibersexo en función de esta variable sostienen que las personas no heterosexuales utilizan internet con fines sexuales en mayor medida que las heterosexuales. Además, las personas de este colectivo también realizarían un uso más problemático, concretamente algunos estudios estiman que el riesgo de desarrollar un problema con el uso de cibersexo es 1.5 veces mayor en las personas no heterosexuales (Ballester-Arnal et al., 2017; Bóthe, Bartók et al., 2018; Bóthe, Vaillancourt-Morel et al., 2019; Downing et al., 2017; Peter & Valkenburg, 2011). Algunas de las hipótesis explicativas sugieren que estas personas son más susceptibles a desarrollar problemas emocionales (como consecuencia entre otros factores del estrés de minorías, los prejuicios sexuales, el estigma, las experiencias de discriminación, etc.), y presentar mayores dificultades en la regulación emocional, factor muy relevante en el desarrollo de un uso problemático/adictivo del cibersexo (Bóthe, Tóth-Király, Bella et al., 2021; Montgomery-

Graham, 2017; Pachankis, Rendina et al., 2015). Sumado a esta vulnerabilidad creada por la falta de aceptación de sexualidades no heteronormativas, internet proporcionaría, además, un medio anónimo, gratuito y relativamente seguro mediante el cual explorar con la sexualidad, conocer personas afines en gustos y prácticas sexuales, etc., lo que contribuiría a que estas personas realicen con mayor frecuencia un uso excesivo y/o problemático del cibersexo que las personas heterosexuales (Rosenfeld & Thomas, 2012; Ross et al., 2000; Seal et al., 2015). Hay que decir que, en nuestra investigación, la mayoría de personas que presentan un consumo problemático/adictivo de cibersexo son heterosexuales. Sin embargo, la presencia de personas no heterosexuales con este perfil (28.8%) es similar a la que identifican otros estudios como el de Giordano y Cashwell (2017). Al comparar esta distribución por orientación sexual con algunos de los escasos estudios realizados con muestra general, observamos que la proporción de personas no heterosexuales en nuestro estudio es mucho mayor que su prevalencia en población general, donde oscila entre el 2 y el 17% aproximadamente, en función de factores como la nacionalidad, la metodología empleada, etc. (Greaves et al., 2017; Ipsos, 2021; Rahman et al., 2020; Wells et al., 2011). Estos datos apoyarían la hipótesis de que las personas no heterosexuales pueden tener más riesgo de desarrollar una adicción al cibersexo que las personas heterosexuales.

En cuanto al estatus sentimental, la mayoría de las personas de nuestro estudio tenían una pareja estable en el momento de la evaluación. El uso del cibersexo tradicionalmente se entendía como un medio para lograr la satisfacción sexual cuando la persona no podía satisfacerse por otros medios, lo que hacía pensar que las personas solteras serían más propensas a utilizar esta herramienta. En esta línea, estudios como el de Ballester-Arnal et al. (2014) corroboran esta relación, identificando un mayor uso del cibersexo en las personas que no tienen pareja estable. Sin embargo, cuando hablamos de un uso problemático o adictivo, los resultados no son tan evidentes. Ya en la década de los 2000, los estudios de Cooper et al. (2000) y Schwartz y Southern (2000) señalaban que algo más de la mitad de las personas que participaron en sus investigaciones y que presentaban un perfil patológico del uso de cibersexo estaban casadas o en una relación con una pareja estable. Por su parte, Studer et al. (2019) en su estudio más reciente con hombres con y sin problemas con el uso de cibersexo, no encontraron relación entre el estatus sentimental y el uso problemático de cibersexo, sugiriendo que el estatus sentimental es indiferente cuando hablamos de un perfil problemático/adictivo. Una posible explicación puede ser que, tal y como advierten muchos autores, la adicción al cibersexo está fuertemente ligada a aspectos como las dificultades en la regulación emocional, estrategias disfuncionales de afrontamiento, experiencias traumáticas en la infancia, entre otras (Lai et al., 2015; Kor et al., 2014; Kotera & Rhodes, 2019; Wéry et al., 2018), y no tanto a las carencias sexuales.

No obstante, estos estudios solo justificarían parcialmente los hallazgos obtenidos en nuestra investigación. El hecho de que entre nuestros participantes encontremos más personas con pareja estable que presentan un perfil problemático /adictivo puede explicarse, además, por otros factores que podrían estar relacionados con una mayor búsqueda de ayuda terapéutica por parte de las personas que tienen una pareja estable. Las personas con pareja estable que presentan este tipo de adicción pueden experimentar una gran interferencia de este trastorno en su relación de pareja. De hecho, muchas de estas conductas sexuales *online* pueden identificarse como una infidelidad lo que generaría un gran impacto emocional y mayor malestar y preocupación por la actividad en ambos miembros de la pareja (Jones & Tuttle, 2012; Schneider, 2003; Schneider et al., 2012). Teniendo en cuenta que el malestar y la incongruencia moral son unos de los mayores factores motivadores de búsqueda terapéutica y de percepción de un uso como problemático (Grubbs, Exline et al., 2015; Mennig et al., 2021; Sniewski et al., 2018), no sería de extrañar que las personas cuyo comportamiento sexual haya tenido un impacto negativo en su relación de pareja se encuentren más predispuestas a buscar ayuda terapéutica. Por otro lado, también sabemos que la toma de conciencia del problema es un gran obstáculo a la hora de solicitar ayuda terapéutica. En muchas ocasiones, las personas afectadas por esta adicción no son conscientes de la gravedad del problema hasta que son descubiertos por una persona externa. En el caso de las personas con pareja estable, es más frecuente que éstas identifiquen el uso problemático por lo que es común que acudan a consulta motivados por la pareja y/o por solucionar el impacto ocasionado en la familia (Greenfield & Orzack, 2002; Karapetsas et al., 2013; Landau et al., 2008; Southern, 2008).

En esta línea y volviendo a la concepción más tradicional que asocia el uso del cibersexo a las carencias sexuales, nuestros datos sobre la frecuencia sexual *offline* también refutarían esta idea. Como hemos podido comprobar, en general la frecuencia sexual *offline* de las personas que presentan un perfil adictivo /de riesgo es bastante elevada. De hecho, son muchos los estudios que muestran cómo la adicción al cibersexo no está impulsada por las necesidades sexuales no satisfechas, o solo lo están en pequeña medida (Brahim et al., 2019; Laier et al., 2014; Laier, Pekal & Brand, 2015). Por lo tanto, las personas con este perfil no tendrían una carencia en cuanto a su actividad sexual *offline*, e incluso dentro de la propia adicción pueden presentar diferentes manifestaciones sexuales que incluyan prácticas tanto *offline* como *online* (Kafka, 2010; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014) lo que explicaría que su conducta sexual fuera de internet sea diversa e igual o más frecuente que la media. No en vano, como se ha dicho, la adicción al cibersexo es calificada por muchos autores como un subtipo de adicción sexual (Cooper, Putnam et al., 1999; Gola et al., 2020), y en estos casos la compulsividad sexual afecta no solo a las prácticas *online* sino también a las *offline*. Por lo que resulta esencial explorar todas las conductas sexuales a la hora de realizar un diagnóstico y, sobre todo, al establecer los objetivos terapéuticos.

Dentro de la diversidad de conductas sexuales nos encontramos con la presencia de parafilias. Por lo general, algunas preferencias sexuales parafílicas como el voyeurismo, fetichismo, froteurismo o sadomasoquismo son relativamente frecuentes entre las personas de nuestro estudio, oscilando su prevalencia entre el 72.9% y 25.4%. Otros autores también han identificado cómo este tipo de preferencias sexuales también son frecuentes entre personas con perfiles no clínicos, aunque los datos que ofrecen algunos estudios (en torno al 45-20%) (Ahlers et al., 2011; Joyal & Carpentier, 2017) sitúan estas prevalencias por debajo de las halladas en el nuestro. Estas diferencias en cuanto a la prevalencia de preferencias parafílicas en personas con un perfil clínico pueden ser debidas a la presencia de uno de los síntomas característicos de la adicción: la tolerancia. Este síntoma se caracteriza por la necesidad de invertir cada vez más tiempo y realizar estas conductas con mayor frecuencia para alcanzar la excitación inicial (cambios cuantitativos), mientras que también se identifican otros cambios cualitativos en los que la persona necesita encontrar material sexual cada vez más novedoso, excitante, etc. para obtener la excitación previa (Böthe, Tóth-Király et al., 2018; Griffiths, 2001). Esta segunda característica de la tolerancia podría estar detrás de la alta prevalencia de atracciones sexuales parafílicas entre las personas de este estudio que presentan un perfil de riesgo/problemático. No obstante, en este estudio solo exploramos la presencia de atracciones parafílicas no clínicas. En futuras investigaciones sería interesante explorar la presencia de trastornos parafílicos en comorbilidad con la hipersexualidad.

Por otro lado, variables de personalidad como la búsqueda de sensaciones y, concretamente, la búsqueda de sensaciones sexuales, que también se han visto relacionadas con la hipersexualidad y particularmente con el uso problemático de internet con fines sexuales (Chen, Yang et al., 2018; Walton et al., 2017); se relacionan con los intereses sexuales parafílicos e incluso con los trastornos parafílicos (Kafka, 2001; Levaque et al., 2021; Wurtele et al., 2018). En nuestro estudio analizamos esta variable mediante la Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (SSSS, Kalichman & Rompa, 1995). Esta escala no cuenta con una baremación que establezca un punto de corte para las personas con una alta búsqueda de sensaciones. Sin embargo, al comparar nuestros datos con estudios con muestras similares, las medias obtenidas por los participantes de nuestro estudio son ligeramente superiores (Gaither & Sellbom, 2003; Gil-Llario et al., 2015; McCoul & Haslam, 2001), lo que también podría contribuir en esta mayor prevalencia de intereses sexuales parafílicos.

Por lo tanto, los hallazgos obtenidos sobre la sexualidad general de entre las personas con riesgo/adicción al cibersexo nos permiten confirmar parcialmente nuestra segunda hipótesis que planteaba: *“El consumo problemático de cibersexo será más frecuente en personas no heterosexuales, solteras, con una alta frecuencia y variedad de conductas sexuales”*. Específicamente, aunque el mayor porcentaje de adictos lo ocupen las personas heterosexuales, la presencia de personas con otra orientación sexual es superior a la media, confirmando así esta

parte de la hipótesis. En cuanto a la situación sentimental, nuestros datos refutarían esta parte de la hipótesis ya que la mayoría de las personas de este estudio tenían pareja estable en el momento de la evaluación.

Finalmente, otro aspecto altamente documentado como predisponente de la adicción al sexo y al cibersexo es la experiencia de abuso sexual en la infancia o adolescencia (Hall, 2019; Slavin, Scoglio et al., 2020, Schwartz & Southern, 2000). Según proponen algunos autores, las personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia/adolescencia utilizan el sexo como una forma de afrontar el impacto físico y emocional que ha tenido esta experiencia traumática, por lo que tendrían cierta vulnerabilidad a desarrollar un consumo problemático. En nuestro estudio, algo más del 18% de las personas con un perfil de riesgo/adicción ha experimentado algún tipo de abuso sexual en la infancia/adolescencia. Estos datos son similares a los expuestos por Hall (2012) donde el 17% de las 619 personas que buscaban ayuda por un posible problema de adicción al sexo y que participaron en su estudio habían sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia. Sin embargo, algunos trabajos reportan prevalencias mucho mayores. Giugliano (2006) en su estudio con 14 participantes adictos al sexo, encontraron que más de la mitad había sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia, mientras que Blain et al. (2012) identificaron una prevalencia de abuso sexual en la infancia del 39% de los 182 hombres con síntomas de compulsividad sexual. Algunas de las posibles explicaciones que podrían estar detrás de esta disparidad de prevalencias pueden estar relacionadas con factores culturales (prevalencias diferentes en función del país, diferencias en el impacto en función de factores culturales, etc.) (Kenny & McEachern, 2000; Pereda et al., 2009; Sanjeevi et al., 2018; Singh et al., 2014). Al comparar nuestros datos con datos extraídos de la población general, observamos cómo su prevalencia es menor (en torno al 12%) siendo, además, más frecuente en mujeres que en hombres (Putnam, 2003, Stoltenborgh et al., 2011). Sin embargo, si comparamos nuestro porcentaje con un perfil sociodemográfico más parecido a las características de nuestros participantes (hombres de nacionalidad española) la prevalencia de abuso desciende a un 6.5% (Pereda, 2016), siendo mucho mayor esta diferencia de prevalencias, lo que podría indicarnos que éste es un factor de riesgo de adicción muy relevante.

Así, nuestros datos confirman la tercera hipótesis planteada en este estudio: *“Un porcentaje considerable de personas habrá experimentado algún tipo de abuso sexual en la infancia o adolescencia.”*

1.3 Perfil clínico no sexual y presencia de comorbilidades

A la hora de realizar una buena evaluación de cualquier problema psicológico es imprescindible explorar la presencia de otro tipo de manifestaciones clínicas. Tal y como se expuso en líneas anteriores, en muchas ocasiones las personas con adicción al cibersexo no acuden a consulta por este motivo. Normalmente recurren a un profesional debido a la sintomatología comórbida,

sobre todo ansioso -depresiva , que experimentan y que en raras ocasiones asocian a las consecuencias provocadas por el excesivo uso del cibersexo de forma inicial (Greenfield & Orzack, 2002; Jones & Tuttle, 2012; Kraus & Sweeney, 2019). Independientemente de cual sea el motivo inicial de consulta, en general las personas con adicción al cibersexo tienen una alta comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y trastornos ansiosos (Schwartz & Southern, 2000 ; Hermand et al., 2020). En nuestro estudio , exploramos la prevalencia de esta sintomatología mediante diversas medidas. En lo que respecta a la presencia de sintomatología depresiva, más de la mitad de las personas que tienen un perfil de riesgo/adictivo presentaron sintomatología depresiva entre moderada y alta, mientras que el 25.4% experimentaban síntomas nucleares de un trastorno depresivo mayor. Estos datos son similares a los obtenidos por Weiss (2004) en su estudio con 220 hombres identificados como adictos al sexo, dónde el 28% presentaba sintomatología depresiva. Este estudio ya arrojaba un dato de prevalencia de este trastorno mayor que la estimada en población general (12%) durante la década de los 2000. Otro estudio más reciente también analizó la presencia del trastorno depresivo mayor y otros problemas psicológicos en personas con y sin compulsividad sexual (Odling et al., 2013) identificando una prevalencia de trastorno depresivo mayor en personas con esta patología, muy similar a la obtenida entre nuestros participantes (25%). Sin embargo , esta prevalencia no difiere notablemente de la obtenida en personas sin compulsividad sexual . A pesar de esta pequeña discrepancia , tal y como confirman Schultz et al. (2014) a través de su metaanálisis , parece existir una relación moderada entre los síntomas depresivos y la hipersexualidad.

En lo que respecta a la ansiedad, algo más de la mitad de las personas que participaron en nuestro estudio presentaban una ansiedad elevada, situándose por encima del percentil 75 tanto en la ansiedad experimentada en el mismo momento de la evaluación como en las medidas más estables en el tiempo. Aunque existen pocos estudios que proporcionen cifras exactas, estos datos siguen la línea de los hallazgos obtenidos por Black et al. (1997) y Raymond et al (2003) en personas con compulsividad sexual /hipersexualidad , donde la prevalencia de trastornos ansiosos en comorbilidad con este trastorno se encuentra en torno al 50%.

Esta alta comorbilidad de trastornos del estado de ánimo y trastornos ansiosos podría explicarse mediante la hipótesis propuesta por muchos autores que sugiere que el uso del sexo es empleado por estas personas como estrategia para regular las emociones . Esta estrategia se refuerza mediante el alivio sintomático temporal que produce. Sin embargo, la sintomatología vuelve a aparecer de una forma más exacerbada debido a las consecuencias provocadas por la conducta sexual excesiva , por lo que la desregulación emocional supondría un componente central de la compulsividad sexual/hipersexualidad/adicción sexual por su fuerte papel en el mantenimiento de los síntomas (Cooper et al., 2001; Hegbe et al., 2021; Lew-Starowicz et al., 2019; Schultz et al. 2014). En este sentido, nuestros pacientes también obtuvieron unas

puntuaciones relativamente altas en cuanto a las dificultades en la regulación emocional, lo que supone otra evidencia más de esta hipótesis.

Este impacto negativo también se ve reflejado en la autoestima. Según apuntan algunos estudios, la exposición a la pornografía y a otras conductas sexuales *online* puede impactar de forma negativa en la autoestima, en la satisfacción con la imagen corporal, con las relaciones sexuales etc. Además, a su vez las dificultades a la hora de controlar la conducta sexual pueden generar sentimientos de baja autoeficacia (Kor et al., 2014; Weinstein, Zolek et al. 2015). Entre nuestros pacientes también detectamos problemas de autoestima, aunque solo en un 37.3% de los casos. Esto podría deberse a que, del mismo modo que ocurre con las emociones, las personas pueden utilizar el sexo y/u otras actividades de forma compulsiva como medio para mejorar la autoestima (por ejemplo, sentirse atractivos, recibir cumplidos, mantener relaciones sexuales, etc.) y escapar de las emociones negativas asociadas a esa baja autoestima (Andreassen et al., 2018; Cooper, Putnam et al., 1999a; Doornwaard et al., 2016). En el momento de la evaluación cuando todavía continúan realizando estas conductas, es probable que sigan experimentado el efecto reforzador de estas actividades manteniendo su autoestima en niveles aceptables. Sin embargo, al eliminar estas conductas, puede que la autoestima vuelva a disminuir generando así un problema mayor, por lo que sería necesario tenerlo en cuenta a la hora de plantear una intervención y realizar un seguimiento de sus efectos.

Por otro lado, también exploramos la presencia de otro tipo de adicciones en nuestra muestra. En contra de lo que esperábamos según otros estudios que identifican una alta comorbilidad (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Giménez-García et al., 2020; Carnes, 2001; Kafka & Prentky 1994), ninguna persona de nuestro estudio presentaba síntomas principales de consumo problemático de ninguna sustancia. Por el contrario, un 39% presentaba síntomas relacionados con la adicción a internet, siendo éste un posible indicador de un uso patológico del cibersexo (Ballester-Arnal et al., 2017; Griffiths, 2001; Wood, 2011). Además de ser un importante indicador de esta patología, otra posible explicación de esta alta comorbilidad con la adicción a internet tiene que ver con la hipótesis que defiende Young (1999) que considera la adicción al cibersexo como un subtipo de esta adicción. Independientemente de esta explicación, es evidente que la prevalencia de adicciones a sustancias entre nuestros participantes es muy diferente a la que identifican otros estudios, lo que puede ser debido a factores actitudinales relacionados con la sexualidad. Actualmente, la sexualidad sigue siendo un tema tabú, vergonzante, sobre todo cuando hablamos de una frecuencia excesiva (Collins & Adleman, 2011; Sniewski & Farvid, 2020). Esta característica puede hacer que, ante la comorbilidad de esta adicción con otro trastorno adictivo (por ejemplo, adicción al alcohol, al juego, etc.), la persona acuda a consulta con motivo de la adicción comórbida, siendo tratado sólo por esta patología.

Esto quiere decir que posiblemente la comorbilidad con adicción a sustancias sea mayor que la obtenida en nuestro estudio, pero estas personas suelen buscar otros dispositivos asistenciales para tratar esa adicción a las sustancias más que al cibersexo y, por tanto, estén infrarrepresentados en nuestra muestra.

Aparte de estos motivos, sabemos que la adicción al cibersexo en concreto suele pasar más desapercibida que otras adicciones ya que normalmente la conducta se limita sólo a las actividades realizadas en internet, por lo que es más difícil de detectar por personas cercanas que otras adicciones. Lo mismo ocurre con la adicción a internet que, curiosamente, es la única con una alta prevalencia entre nuestros evaluados.

Estos resultados confirmarían así nuestra cuarta hipótesis: *“Encontraremos una alta prevalencia de otro tipo de adicciones (incluida la adicción a internet), problemas en la regulación emocional, baja autoestima y problemas afectivos (ansiedad y depresión) en las personas que presentan un perfil de riesgo/adicción al cibersexo”*, a excepción de la presencia de adicciones. Como hemos podido comprobar, solo encontraríamos una alta prevalencia de adicción a internet entre nuestros participantes, mientras que el resto de consumos adictivos no estaría presente en ninguno de los participantes.

Entre otra sintomatología comórbida frecuente en esta muestra encontramos la presencia de síntomas nucleares de TOC, TDAH, trastorno adaptativo y trastornos del control de los impulsos (negativista desafiante y explosivo intermitente) en aproximadamente un 10-30% de los evaluados, excepto en el caso del trastorno adaptativo (69.5%). En el caso del TOC, el porcentaje obtenido en este estudio es mayor que el que identifican otros estudios (como el de Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Giménez-García et al., 2020). Sin embargo, tanto en el caso del TDAH como en los trastornos del control de los impulsos la prevalencia es menor que la que describen autores como Reid (2007), Reid, Carpenter et al. (2011) y Hertzprung & Amadala (2021). Estas discrepancias entre unos datos y otros pueden ser debidas a varios factores. Una de las razones es la escasez de estudios que encontramos al respecto y que muestran diversas limitaciones (no ofrecen una prevalencia o no son comparables a nivel metodológico, etc.). Por ejemplo, en nuestro estudio solo exploramos los síntomas nucleares del trastorno y no realizamos una evaluación exhaustiva de los posibles trastornos comórbidos, mientras que en otros estudios utilizan otras medidas como la historia clínica. Otra limitación metodológica es la propia diversidad en cuanto al concepto de adicción al cibersexo (algunos estudios cuentan con personas con compulsividad sexual, otros con adicción al sexo, otros con adicción al cibersexo, etc.) que puede interferir en la prevalencia de síntomas relacionados con la compulsividad o el control de los impulsos.

A pesar de estas limitaciones , encontramos una gran variabilidad en cuanto a sintomatología clínica asociada, e incluso la presencia de trastornos comórbidos, evidenciando así la gran diversidad de perfiles clínicos que encontramos entre las personas con adicción al cibersexo . De hecho, algunos autores como Niño-de-Guzmán et al. (2016) identifican hasta cinco perfiles diferentes de adictos al sexo en función de la presencia /ausencia de otra sintomatología clínica (por ejemplo , depresión , ansiedad , consumo de sustancias , etc.) y la severidad de la misma, lo que refleja la necesidad de realizar una buena evaluación y tener en cuenta todos estos aspectos a la hora de realizar una intervención adecuada.

Los hallazgos discutidos en este punto permiten confirmar prácticamente en su totalidad nuestra quinta hipótesis que planteaba : *“Las personas que presentan un perfil de uso problemático de cibersexo , presentaran una elevada prevalencia de problemas comórbidos como el trastorno adaptativo , trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) , trastorno obsesivo -compulsivo (TOC) , y otros relacionados con el control de los impulsos (trastorno explosivo intermitente, trastornos de la conducta y trastorno negativista desafiante).”*

1.4 Perfil clínico de adicción al cibersexo

En cuanto al perfil clínico de las personas con adicción al cibersexo, como hemos señalado, una de las grandes limitaciones a la que nos enfrentamos es la ausencia de consenso en cuanto a criterios diagnósticos . Para solventar esta limitación , decidimos realizar una exploración exhaustiva de las variables y síntomas que identifican diversos autores.

En lo que respecta a estos criterios diagnósticos , tal y como se expuso en capítulos anteriores , existen diferentes propuestas diagnósticas en función de si el uso problemático de cibersexo se contempla como una adicción sexual, como un problema de compulsividad sexual o como una conducta que se realiza en exceso acompañada de malestar con la actividad (hipersexualidad) (ver Capítulos 2 y 3). Estas propuestas dan lugar a diferentes formas de contemplar este problema sexual por lo que, para este estudio, tuvimos en cuenta todas ellas. Empleando medidas estandarizadas (cuestionarios) para estos diagnósticos , la prevalencia de este problema sería muy elevada y apenas variaría entre las diferentes propuestas (el 91.5% podría tener un problema de hipersexualidad , el 89.8% compulsividad sexual y el 84.7% adicción sexual). Sin embargo , para realizar un buen diagnóstico no podemos guiarnos únicamente por medidas estandarizadas de autoinforme, sobre todo teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones, sus puntos de corte se establecen en poblaciones no clínicas, lo que puede llevarnos a un sobrediagnóstico cuando los utilizamos con población clínica (Bóthe, Kovács et al ., 2019; Miner et al., 2017). Además, específicamente en la adicción al cibersexo, sabemos que la percepción de este problema puede venir dada por el malestar experimentado con la actividad ya sea por una infidelidad , incongruencia con valores religiosos o morales , etc ., y no necesariamente por un consumo adictivo, lo que supondría un sesgo añadido a estas medidas de

autoinforme (Grubbs & Hook, 2016; Mennig et al., 2021).

Para solventar esta limitación, en la evaluación se incluyeron las propuestas diagnósticas de Carnes (1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014), Goodman (1992; 1998) y Kafka (2010; 2013), así como el diagnóstico de Comportamiento Sexual Compulsivo incluido en la CIE-11 (World Health Organization, 2018), todas ellas recogidas en la entrevista diagnóstica CISEX, desarrollada en el capítulo de metodología. Siguiendo estrictamente estas propuestas, la prevalencia de estos diagnósticos se reduciría notablemente, siendo la propuesta de Goodman (1992; 1998) la que arroja un menor porcentaje de diagnósticos (33.9%). La propuesta diagnóstica incluida en la CIE-11, la única aceptada en un manual diagnóstico, detecta una prevalencia del 40.7% de personas con compulsividad sexual entre nuestra muestra. Por el contrario, las propuestas de Kafka (2010; 2013) y Carnes (1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014), identifican un mayor número de diagnósticos (55.9% y 50.9% respectivamente). Esta baja prevalencia puede ser debida a la muestra que hemos utilizado que, como bien sabemos, se compone tanto de personas con un perfil más clínico y otros perfiles cuyo uso problemático es más incipiente. No obstante, para explicar la variabilidad en la prevalencia de este trastorno en función de las diferentes alternativas debemos ahondar en la presencia de los síntomas y criterios diagnósticos incluidos en cada propuesta. Empezando por la propuesta de Goodman (1992; 1998), este autor incluye como criterios de obligatorio cumplimiento la incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual, la creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual problemática y el alivio y liberación tras realizar la conducta. Mientras que el primero de estos tres criterios es muy común entre las personas de esta muestra, los otros dos criterios están presentes solo en la mitad de las personas evaluadas. La creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual problemática es muy frecuente en muchos de los pacientes evaluados; esto es debido a la anticipación experimentada ante estímulos sexuales en personas adictas, que activa los circuitos neurales asociados a la recompensa (Hilton, 2013; Kuss & Griffiths, 2011; Laier & Brand, 2014). Sin embargo, el criterio diagnóstico requiere también la presencia de una fuerte excitación sexual previa, más placentera que el resto de la conducta sexual. En este caso, algunos de los pacientes que experimentaban esta sensación la vivían con una alta ansiedad que, aunque podía estar acompañada de una intensa excitación, el placer experimentado no era tan elevado como en otras etapas de la conducta sexual. Por el contrario, otros pacientes no llegaban a experimentar ese placer sexual, aunque sí experimentaban esa tensión ansiosa previa. Esto puede ser debido a que las personas adictas al sexo realizan estas conductas como respuesta a una necesidad psicológica, un impulso que no tiene que ver con el deseo sexual, sino más bien con la necesidad de escapar de la realidad, e incluso con el *craving* asociado a la propia adicción (Goodman, 1993; Hall, 2018; Laier, Pawlikowski et al., 2013). Lo mismo ocurre con el criterio relacionado con el *alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual*. Aunque esta sea una de las motivaciones

más frecuentes y la mayoría de nuestros pacientes logren un alivio y liberación momentáneos, incluir la ausencia de placer en este criterio podría explicar su baja prevalencia entre las personas de nuestro estudio. Aunque muchas personas tengan que modificar su conducta sexual por la habituación desarrollada (Carnes & Love, 2017; Love et al., 2015), ésta puede llegar a ser placentera en muchos de los pacientes, aunque posteriormente experimenten malestar emocional, vergüenza, asco, etc. asociados a la actividad sexual (Brand, Young et al., 2016; Young 2001; 2008)

Esta propuesta junto a la de Carnes (1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014) y la de la CIE-11, también incluye entre los síntomas no obligatorios algunos menos frecuentes como la omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...), cuya baja prevalencia puede explicarse por la disociación que experimentan muchos pacientes (Birchard, 2015). Esta disociación no solo la experimentan durante la práctica sexual; también la definen como una especie de despersonalización generalizada donde identifican a una persona que vive dos vidas diferentes: su vida cotidiana y la vida del adicto. La persona cumple con algunas de las obligaciones, sobre todo las que de no hacerse podrían generar sospecha (por ejemplo, recoger a sus hijos de la escuela, acudir al trabajo, etc.), mientras que el resto del tiempo lo ocupan en actividades sexuales en internet, generando así esta “doble vida” (Chaney & Burns-Wortham, 2014; Chaney & Dew, 2003; Schwartz & Southern, 2000). Lo mismo ocurre con la presencia de síntomas de abstinencia, incluidos en las propuestas de Goodman (1992; 1998) y Carnes (1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014). La abstinencia, experimentada aproximadamente por la mitad de las personas que componen esta muestra, se refiere a la aparición de síntomas de irritabilidad, ansiedad, inquietud, ira e incluso violencia (física o verbal) ante la imposibilidad de realizar las conductas sexuales *online* habituales (Jones & Hertlein, 2012). Este criterio diagnóstico, reconocido en las adicciones a sustancias, ha sido fuertemente debatido entre los autores que abogan por trasladar los principios de las adicciones tóxicas a las conductuales, que defenderían la presencia de este criterio (entre los que se incluyen la propuesta de Goodman y Carnes); frente a los autores que definen las adicciones conductuales sin tener en cuenta estos síntomas, siendo ésta la corriente más actual. En ella podríamos incluir el diagnóstico de hipersexualidad, donde el uso del sexo/cibersexo en respuesta a estos síntomas no tendría que ver con la abstinencia, sino más bien con el uso del sexo/cibersexo como una estrategia de afrontamiento desadaptativa (García & Thibaut, 2010; Kafka, 2010; Kraus, Voon & Potenza, 2016). Esta corriente más actual en la que no se incluyen estos síntomas por la baja presencia en las adicciones conductuales podría explicar su limitada presencia entre nuestros participantes.

A pesar de la similitud entre estas propuestas, la diferencia en el porcentaje de casos identificados en la propuesta de Carnes (1991; Rosenberg, Carnes & O'Connor, 2014), podría radicar en el criterio de obligatorio cumplimiento (reducción importante de las actividades

sociales, académicas y/o laborales) que solo está presente en algo más de la mitad de nuestros participantes y que también podría explicarse por esa disociación que experimentan muchos pacientes; además del requisito de la presencia de los otros criterios. Este último criterio es mucho más laxo en la propuesta de Carnes (requiere el cumplimiento de 3 de los 10 criterios restantes) que en la de Goodman (1992; 1998) (cumplir 5 de los 9 criterios) o en la CIE-11 que incluiría como obligatorios todos los criterios.

Finalmente, la propuesta de Kafka (2010; 2013), pese a ser más estricta en cuanto a los criterios de obligatorio cumplimiento, es la más diagnosticada entre nuestros participantes. Esta propuesta es la única que incluye entre sus criterios diagnósticos uno de los más señalados en la literatura más reciente: el uso del sexo/cibersexo como medio para regular estados de ánimo disfóricos y el estrés (Castro-Calvo, Giménez-García et al., 2018; Wéry, Vogelaere et al., 2016), lo que explicaría este mayor número de diagnósticos.

A pesar de esta baja prevalencia en comparación con las medidas estandarizadas, solo un 27.1% de las personas con un perfil problemático no cumplía estrictamente con ninguna de estas propuestas diagnósticas, siendo éstas las personas incluidas en el estudio dentro del perfil de riesgo de adicción. Esta considerable disminución en cuanto a la prevalencia de estos diagnósticos y la discrepancia entre diferentes propuestas diagnósticas es una evidencia más de la diversidad que encontramos dentro de un mismo trastorno, y de las carencias que encontramos todavía hoy en día en cuanto al diagnóstico clínico de esta patología, reforzando así la necesidad de llegar a un consenso en cuanto a sus criterios diagnósticos, así como el empleo de evaluaciones exhaustivas que combinen medidas estandarizadas con otros métodos que permitan ahondar en la presencia y gravedad de todos los síntomas, tanto de forma objetiva como subjetiva (Castro-Calvo, Gil-Llario et al., 2020; Grubbs, Hook et al., 2018).

Otra de las variables que exploramos fue el tiempo invertido en las actividades sexuales *online*. Las personas de nuestro estudio dedicaban una media de 13.46 horas semanales, con una gran variabilidad entre sujetos (desviación típica de aproximadamente 11 horas). Estos datos son muy similares a los obtenidos por autores como Grov et al. (2008) en una muestra con 111 hombres gays o bisexuales que presentaban problemas a la hora de controlar sus pensamientos y/o conductas sexuales; o Wetterneck et al. (2012) quien analizó el consumo de pornografía entre personas con y sin problemas en su uso. Ambos estudios encontraron que las personas que presentaban estos problemas sexuales dedicaban una media superior a 10 horas semanales a estas actividades, siendo esta media mayor cuando analizaban cualquier actividad sexual *online* (Grov et al., 2008) que cuando solo se tenía en cuenta el consumo de pornografía (Wetterneck et al., 2012). Estos datos coinciden con las indicaciones propuestas por Cooper et al. (2001) quienes sugerían que, a la hora de realizar un diagnóstico del uso problemático de las ASO, el tiempo es un factor clave, siendo 11 horas semanales el punto de corte para considerar un uso

como problemático que genera consecuencias negativas. Sin embargo, la gran variabilidad que encontramos entre nuestros datos demuestra que no solo las personas que dedican más de 11 horas a la semana presentan un problema con el uso de estas actividades. Estudios como el de Daneback et al. (2006) también observan una gran diversidad en cuanto al tiempo invertido en internet con fines sexuales. Esto puede ser debido a varios factores. Por un lado, cabe destacar que entre nuestros participantes existe un porcentaje de personas que presenta un perfil de riesgo y no estrictamente de adicción, lo que puede ser un factor importante en cuanto al tiempo invertido *online* (Vaillancourt-Morel et al. (2017)). Por otro lado, el tiempo semanal a partir del cual podemos determinar un consumo como problemático puede depender de muchos factores que estén relacionados con el malestar y la interferencia que genera la actividad (Gola, Lewczuk, & Skorko, 2016; Grubbs, Exline et al., 2015). De hecho, en nuestra experiencia clínica, observamos cómo pacientes que dedicaban menos horas semanales sufrían una gran interferencia en comparación con otros que dedicaban un mayor número de horas, por factores como trabajar de forma presencial o trabajar desde casa, tener cargas familiares o vivir solo, etc. Esto explicaría que, aunque los estudios más recientes sigan identificando esta relación positiva entre el uso problemático de cibersexo y el tiempo invertido durante la semana, ésta no siempre es de gran tamaño y el porcentaje de uso problemático que explica suele ser muy limitado (Baranowski et al., 2019; Ince et al., 2021; Wéry, Burnay et al., 2016), evidenciando así el posible efecto de otros factores en esta relación.

Todos estos hallazgos nos permiten confirmar en su totalidad nuestra sexta hipótesis: “*Se espera que las personas que presenten este perfil presenten dificultades en el control de los impulsos sexuales, sobre todo en los impulsos sexuales online.*”. Además, aportan nuevas evidencias sobre los criterios e indicadores de adicción necesarios para realizar un buen diagnóstico.

Guiándonos por la percepción subjetiva del problema, como era de esperar, todos los participantes perciben algún tipo de problema o interferencia del sexo/cibersexo en su vida diaria. Sin embargo, no todos los participantes que perciben su consumo como problemático presentan un perfil de riesgo o de adicción. Una muestra de ello es que de las 71 personas que fueron evaluadas en este estudio y que solicitaron ayuda terapéutica por un problema autopercebido de adicción al cibersexo, 12 fueron descartadas por no cumplir criterios ni de adicción ni de riesgo de adicción. Estos datos son los esperables ante personas que buscan ayuda terapéutica, como es nuestro caso. Otros estudios también identifican cómo el malestar psicológico asociado al consumo y especialmente a las consecuencias experimentadas en otras áreas de la vida está relacionado con una mayor percepción del uso problemático de internet con fines sexuales, así como con la búsqueda de ayuda terapéutica (Gola, Lewczuk, & Skorko, 2016; Menning et al., 2022). Además, entre nuestros participantes, identificamos un alto grado de

malestar con prácticamente todas las ASO, sobre todo con las que requieren la interacción con otras personas, y una baja percepción de control. Esta pequeña diferenciación en el malestar en función de la actividad sexual *online* puede explicarse por varios factores. Uno de ellos es que la mayoría de nuestros participantes tenía pareja estable en el momento de la evaluación, lo que puede ir ligado al malestar al considerar estas conductas como infidelidad, frente a otras prácticas (Jones & Hertlein, 2012; Schneider, 2000; Vossler, 2019). Por otro lado, el grado de anonimato y privacidad también podría ir ligado a este malestar, siendo el uso de webcam (la práctica menos privada y anónima) la que más malestar genera y menor grado de control.

Estos datos confirmarían nuestra séptima hipótesis: *“El grado de control subjetivo o percibido en las conductas sexuales online será muy bajo, mientras que el malestar y la percepción subjetiva de la severidad del consumo de internet con fines sexuales será muy elevada en este grupo de personas.”*

2. Eficacia de un programa estructurado de intervención individual *online* para el tratamiento psicológico de la adicción al cibersexo

Uno de los objetivos principales de este estudio era analizar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual *online* en personas con adicción al cibersexo. Este objetivo surge ante la carencia de estudios controlados que analicen la eficacia de intervenciones diseñadas específicamente para el tratamiento de esta patología. Concretamente, los únicos estudios diseñados para evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual en personas con adicción al sexo (hipersexualidad/compulsividad sexual), que cuentan con un grupo control y que ofrecen datos sobre su eficacia a medio-largo plazo son el de Hallberg et al. (2019) y el de FirooziKhojastehfar et al. (2021), aunque este último solo ofrece medidas de seguimiento tras un mes después de haber aplicado el tratamiento. El resto de estudios controlados difieren de nuestro estudio en algunos aspectos fundamentales que tienen que ver con el tipo de intervención, como puede ser el empleo de tratamientos autoaplicados (Böthe, Baumgartner et al., 2021), tratamientos no específicos para la adicción sexual (Pachankis, Hatzenbuehler et al., 2015a) o el empleo de otro tipo de intervenciones como las de tercera generación (Crosby & Twohig, 2016). Además, hasta la fecha no encontramos ningún estudio diseñado expresamente para analizar la eficacia de intervenciones cognitivo-conductuales en personas con adicción al sexo en internet con estas características metodológicas.

2.1 El cambio experimentado tras la intervención y su mantenimiento en el tiempo

Teniendo en cuenta estas limitaciones y con el propósito de abordar el segundo objetivo general de este estudio, se plantearon diferentes objetivos secundarios. El primero de ellos pretendía analizar el impacto del tratamiento en la severidad del consumo de cibersexo en las personas que finalizaron el tratamiento, así como comprobar si los cambios producidos se mantenían en el

tiempo. En base a los estudios previos tanto de intervenciones cognitivo-conductuales como de otro tipo de orientaciones terapéuticas (Minarcik, 2016; Twohig, & Crosby, (2010), esperábamos que al menos un 70% de los participantes redujeran notablemente su consumo de cibersexo, dejando de cumplir con los criterios diagnósticos de adicción. Como evidencian nuestros resultados, todas las personas que finalizaron el tratamiento experimentaron un cambio significativo en el control de los impulsos sexuales. Este cambio se observaba a través de diferentes indicadores. Por un lado, en lo que respecta a la presencia de síntomas clínicos de adicción, tras la aplicación del tratamiento solo algunas personas presentaban algún síntoma puntual como la presencia de consecuencias negativas derivadas de la conducta sexual (presente en dos personas tras la intervención) o el *craving* (presente en una persona tras la intervención). No obstante, ninguna de las personas que pertenecían a este grupo experimental cumplía criterios diagnósticos tras finalizar el tratamiento. En los seguimientos posteriores (1, 3, 6 y 12 meses tras finalizar la intervención), los cambios se mantuvieron relativamente estables e incluso mejoraron en los últimos seguimientos donde ninguno de los pacientes presentaba ningún síntoma diagnóstico. Además, las medidas estandarizadas empleadas tanto para evaluar la hipersexualidad general como la adicción al cibersexo en particular también evidencian estos cambios. Según la baremación de estas medidas ninguno de los participantes presentaba un perfil de posible hipersexualidad ni de adicción al cibersexo al finalizar el tratamiento ni en los seguimientos posteriores, mientras que solo dos personas presentaban un perfil de riesgo de adicción al cibersexo en estos seguimientos. Estos datos evidenciarían la eficacia del tratamiento en prácticamente todos los pacientes, mientras que en un pequeño porcentaje podría quedar algún síntoma residual

Estos cambios también se ven reflejados en el tiempo invertido en internet con fines sexuales, pasando de una media de 13.68 horas semanales a un rango de entre 17 y 51.60 minutos semanales al finalizar el tratamiento y en los seguimientos posteriores. Al analizar las actividades sexuales *online* en particular, se observa también una disminución no solo en el tiempo invertido, sino también en la realización de las mismas. A excepción del visionado de pornografía, actividad que vuelve a retomar hasta el 55% de los participantes, solo un número marginal de personas vuelve a realizar otro tipo de conductas sexuales como el flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios, el uso de chats con fines sexuales e incluso el uso de webcams. Estos cambios producidos reflejan a nivel subjetivo un mayor control de estas actividades y un menor malestar con la actividad en la mayoría de conductas sexuales *online*.

A pesar de la carencia ya mencionada de estudios existentes que pongan a prueba la eficacia de programas estructurados para el tratamiento de la adicción al cibersexo y menos aún, estudios controlados, estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios en los que se ha empleado un tratamiento cognitivo-conductual para la hipersexualidad, adicción al sexo, compulsividad sexual o adicción a la pornografía con diferentes características metodológicas.

Concretamente, el estudio de Sadiza et al. (2011) parece ser uno de los primeros en aplicar un programa cognitivo-conductual que resulta empíricamente efectivo para el tratamiento de la compulsividad sexual. En este estudio se aplicó un tratamiento grupal de doce sesiones a 12 hombres, mostrando una mejora en la compulsividad sexual tras el tratamiento. Estos autores incluyen como componentes clave la psicoeducación, el incremento de la motivación y, sobre todo, el abordaje cognitivo, entre otros. Aunque estos datos son prometedores, este estudio no muestra si los resultados se mantuvieron a largo plazo ni si es efectivo en las adicciones sexuales *online* y además de haber utilizado una muestra muy escasa, los resultados no se comparan con ningún grupo control.

Minarcik (2016) por su parte aplicó un tratamiento cognitivo-conductual *online* de 12 sesiones, muy similar al empleado en nuestro estudio, a 12 hombres que realizaban un uso problemático de pornografía, obteniendo una reducción considerable en el tiempo invertido en la visualización de la pornografía tras el tratamiento, así como en otras medidas autoinformadas relacionadas con la hipersexualidad, adicción al sexo, etc. Este perfil se acerca más al de nuestros participantes, aunque tampoco resulta un estudio estrictamente comparable ya que no se analiza el cambio en otro tipo de conductas sexuales *online* ni el tiempo invertido previo en el consumo de pornografía es comparable a la dedicación temporal a ASO que realizan los participantes de nuestro estudio. Además, tampoco ofrece medidas de seguimiento ni emplea un grupo control con el que poder comparar los cambios experimentados.

Uno de los pocos estudios que demuestra la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual a largo plazo es el llevado a cabo por Hallberg et al. (2017) aplicado a diez hombres con hipersexualidad. Este tratamiento se aplicó de forma grupal y presencial, combinando diferentes duraciones del mismo; a un subgrupo se le aplicaba un tratamiento de 7 sesiones y a otro de 10. Los resultados de este estudio, al igual que los obtenidos entre nuestros participantes, también revelaron una disminución de los síntomas de hipersexualidad, que se mantenía tras un periodo de 3 y 6 meses tras la intervención. No obstante, los datos que ofrece este estudio no evidencian la eficacia de estos tratamientos en personas con adicción sexual *online*, y además tampoco cuenta con un grupo control.

A pesar de estas limitaciones que dificultan la comparabilidad con otros estudios, los componentes incluidos en estos tratamientos (psicoeducación, entrevista motivacional, resolución de problemas, regulación del estrés y de estados de ánimo disfóricos, prevención de recaídas, etc.) son similares a los empleados en nuestro estudio y han resultado ser eficaces tanto en estas intervenciones como en otras diseñadas para tratar adicciones sexuales generales y otras adicciones conductuales (Alavi et al., 2021; Hardy et al. 2010; Shepherd, 2010; Young 2007; Li & Wang, 2013), siendo de gran utilidad para corroborar la eficacia de estos componentes.

Estos datos confirmarían nuestra octava y novena hipótesis que plantean la mejora tras la intervención en la sintomatología clínica asociada a la adicción al cibersexo “*En base a estudios previos, esperamos que al menos un 70% de las personas del GE dejarán de cumplir con los criterios diagnósticos de adicción al cibersexo. Esta disminución también se apreciará en otras variables como la disminución del tiempo invertido o el malestar asociado, así como el aumento en la percepción de control.*”, así como el mantenimiento de los cambios “*Los cambios producidos en el consumo de cibersexo tras la intervención se mantendrán estables pasados 1, 3, 6 e incluso 12 meses.*”

Otro de los objetivos específicos relacionados con la aplicación del tratamiento que perseguía este estudio era mejorar la sexualidad en general, disminuyendo el grado de malestar con el resto de actividades sexuales y aumentando el grado de control percibido. Aunque apenas se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la realización conductas sexuales *offline* tras la intervención, algunos de los pequeños cambios que se observan nos muestran un aumento en el porcentaje de conducta sexual que ocupan actividades como la masturbación sin material sexual *online* y las relaciones sexuales con la pareja estable tras la intervención y en los seguimientos posteriores. En el caso de la masturbación, también se aprecia una disminución del malestar experimentado. No obstante, tanto en esta conducta como en las relaciones sexuales con la pareja estable el grado de control se mantiene relativamente estable. Estos pequeños cambios también se mantuvieron a lo largo de los diferentes seguimientos. Estos datos no solo evidencian que las personas de este estudio presentaban un problema sexual limitado estrictamente a las conductas sexuales *online*, sino también que la sexualidad fuera de internet se encontraba en un segundo plano ocupando inicialmente menos del 17% de toda la conducta sexual. Estos datos refuerzan la necesidad de incluir un módulo de mejora en la sexualidad en los abordajes terapéuticos para promover una sexualidad saludable. En otras aproximaciones terapéuticas previas, algunos autores ya advierten de la necesidad de incluir estrategias que ayuden a mejorar la sexualidad sin necesidad de renunciar al sexo, como sí ocurre en el tratamiento de otras adicciones donde el objetivo es eliminar por completo esa conducta/consumo de sustancias. En este sentido, en las propuestas de tratamiento más pioneras para la adicción al sexo como la de Carnes (2000) o Delmonico, Griffin y Carnes (2002) ya se incluía la necesidad de desarrollar un plan sexual que distinguiera las conductas sexuales saludables de las que conforman la adicción, con el fin de promover y reconstruir una sexualidad sana y placentera. Por su parte, Edwards et al. (2011) en su programa específico para tratar la adicción al cibersexo también incluían dentro de su tratamiento básico algunos aspectos como la sexualidad positiva (trabajar en la comunicación asertiva, los límites, las conductas sexuales saludables, etc.) o las relaciones íntimas (tipos de intimidad, pasos en la construcción de una relación sexual, tipos de relación, etc.), además de un plan para mejorar la

salud sexual. A pesar de que muchos de estos y otros autores incluyen en su programa módulos específicos para mejorar la sexualidad saludable, no hemos encontrado ninguno que evalúe específicamente los cambios producidos en los aspectos más saludables de la sexualidad de estas personas.

Los hallazgos obtenidos en este apartado nos permitirían confirmar parcialmente nuestra décima y undécima hipótesis que se centraban en los cambios producidos en la hipersexualidad y las prácticas sexuales *offline* “*Tras la intervención, las personas del GE presentarán menores niveles de hipersexualidad, siendo su comportamiento sexual offline no problemático. Además, tendrán un mayor grado de control y menor malestar con estas actividades, que pasarán a ocupar un porcentaje mayor de su actividad sexual total en comparación con otros comportamientos sexuales más problemáticos*” y en el mantenimiento de los mismos “*Los cambios producidos en la sexualidad fuera de internet tras la intervención se mantendrán estables pasados 1, 3, 6 e incluso 12 meses.*”

En lo que respecta a la presencia de otra sintomatología comórbida, partíamos de la hipótesis de que, una vez finalizado el tratamiento, las personas del grupo experimental presentarían menos síntomas de depresión y ansiedad (sobre todo ansiedad estado), así como menos dificultades en la regulación emocional, además de menores niveles de adicción a internet, menos impulsividad, y mayor autoestima. En lo que respecta a la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, observamos tras la intervención una reducción significativa de personas que presentaban problemas de depresión, sobre todo de depresión severa. Estos cambios no solo no se mantenían en el tiempo, sino que mejoraban, hasta el seguimiento anual donde ninguno de los participantes presentaba síntomas depresivos. En cuanto a la ansiedad, también observamos una mejora en la presencia de estos síntomas; no obstante, un 30% de las personas evaluadas un año después de haber finalizado el tratamiento seguía manteniendo una ansiedad alta-moderada. Estos cambios pueden ser debidos a la reducción de síntomas de la propia adicción y, a su vez, al trabajo realizado durante las sesiones con el objetivo de mejorar las áreas de la vida afectadas por la adicción (entre las que se encuentran la sexualidad, las relaciones sociales, etc.). Cabe recordar que entre las técnicas empleadas en este programa de intervención se encuentran algunas estrategias cognitivo-conductuales, de regulación emocional y otras como la atención plena que son efectivas para tratar los síntomas ansioso-depresivos generales (Berking et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Hofmann & Gómez, 2017; Schäfer et al., 2017). Además, los pocos estudios existentes también demuestran que la aplicación de estas técnicas en el tratamiento de la adicción al sexo/cibersexo resultan efectivas en la reducción de los síntomas ansioso-depresivos tras la intervención (Hallberg et al., 2017; Holas et al., 2021; Sadiza et al., 2011), e incluso en los seguimientos posteriores (FirooziKhojastehfar et al., 2021; Hallberg et al., 2019), evidenciando así un mantenimiento en los cambios experimentados. En nuestro estudio no solo se observa un

mantenimiento de estos cambios; también encontramos una mejora progresiva, sobre todo en los síntomas depresivos, durante los meses de seguimiento. Una posible explicación tiene que ver con las estrategias empleadas en este estudio que no solo tenían como objetivo mejorar los síntomas asociados a la adicción, sino también otorgar estrategias de regulación emocional que a nivel preventivo pudieran facilitar la gestión de las emociones y del estrés y así evitar futuras recaídas. La adquisición de estas técnicas puede resultar compleja para algunas personas y necesitar más tiempo para su automatización, por lo que es posible que la mejora en estos síntomas siga produciéndose meses después de haber finalizado la intervención si se siguen poniendo en práctica estas estrategias.

Por otro lado, teniendo en cuenta que algunos autores entienden la adicción al cibersexo como un subtipo de adicción a internet (Griffiths, 2001; Young, 1999) y que las estrategias cognitivo-conductuales han demostrado ser eficaces en el tratamiento de esta adicción (Alavi et al., 2021; Young, 2007), hipotetizamos una reducción en la presencia de síntomas asociados a la adicción a internet tras la intervención. Nuestros resultados apoyan esta hipótesis: tras la intervención, ninguno de los participantes presentaba síntomas que indicaran un posible problema con el uso de internet mediante el empleo de la *Internet Addiction Test* (IAT). Estos cambios se mantuvieron tras 12 meses después de haber finalizado el tratamiento.

En el caso de la impulsividad, aunque los cambios no sean tan notables en los últimos seguimientos, tras la intervención se produce un descenso en el porcentaje de personas que presentaría una impulsividad alta, llegando a obtener medias similares a las de la población no clínica (Stanford et al., 2009). Este cambio puede ser debido a las estrategias incluidas en el programa de intervención que tienen como objetivo mejorar el control de los impulsos sexuales. No obstante, la mayoría de personas del grupo experimental no experimentaba una impulsividad elevada al inicio del tratamiento. Una posible explicación podría estar relacionada con la escala en sí, y es que, aunque esta escala se ha mostrado efectiva para identificar a personas con dependencia al alcohol u otro tipo de sustancias (Stanford et al., 2009), a la hora de identificar a sujetos con adicciones conductuales (por ejemplo, juego patológico) este cuestionario no presenta tanta sensibilidad (Reid, Cyders et al., 2014; Rodríguez-Jimenez et al., 2006). Por esta razón sería necesario aplicar otras medidas que revelaran de una forma más exacta si estas personas experimentan un problema de control de los impulsos generalizado o más bien, acotado a la conducta problemática.

Finalmente, como evidencian tanto nuestros datos como estudios previos, es habitual que las personas con adicción al cibersexo presenten una baja autoestima y que, además, ésta actúe como un factor precipitante del problema, al tiempo que como un mantenedor y como consecuencia de la adicción, por lo que el cibersexo actuaría como regulador en este círculo

vicioso (Andreassen et al., 2017; Kor et al., 2014; Parsons et al., 2008; Weinstein, Zolek et al., 2015). En nuestro tratamiento incluimos un módulo extenso con el objetivo de mejorar la autoestima, para romper con este ciclo de la adicción y evitar futuras recaídas, esperando que los cambios producidos en este constructo se mantuvieran en el tiempo. Nuestros resultados evidencian un cumplimiento de este propósito con el aumento de la autoestima tanto al finalizar el tratamiento como en los seguimientos posteriores en un gran número de pacientes, lo que podría ser clave en su recuperación y en la prevención de recaídas. Autores como Coleman et al. (2018), Hardy et al. (2010) y Kellet et al. (2017) resaltan la necesidad de incluir en las intervenciones para las personas adictas al sexo un módulo específico para mejorar la autoestima, e incluso observan mejoras en este constructo tras la aplicación de distintos tipos de intervención. Sin embargo, la evidencia empírica al respecto todavía es muy escasa.

Estos importantes hallazgos permiten confirmar nuestra duodécima y decimotercera hipótesis que plantean: *“Tras la intervención, las personas del GE presentarán menores niveles de adicción a internet, menos síntomas de depresión y ansiedad (sobre todo ansiedad estado), menos impulsividad, menos dificultades en la regulación emocional y mayor autoestima.”* y *“Estos cambios en la sintomatología comórbida se mantendrán estables pasados 1, 3, 6 e incluso 12 meses.”*

En este estudio también consideramos importante explorar la valoración subjetiva realizada por los pacientes del propio tratamiento y de los cambios observados en su sintomatología. Tal y como hipotetizamos, las personas que completaron la intervención valoraron de forma positiva el programa de tratamiento en términos de lógica, utilidad, no aversividad, sencillez a la hora de seguirlo y durabilidad. La gran mayoría de los participantes recomendarían este tratamiento a otras personas ya que se encuentran muy satisfechas con el mismo y consideran que han adquirido recursos para afrontar una posible recaída. Además, tanto la percepción de los cambios en la mejora del estado de ánimo como en la sintomatología clínica se mantiene estable en los diferentes seguimientos. Las personas con hipersexualidad que participaron en el tratamiento de Hallberg et al. (2017), cuyo tratamiento resultó ser muy similar al empleado en este estudio, también mostraron una gran satisfacción en términos generales. En este caso factores como la duración del tratamiento (entre 7-10 sesiones) no afectaron a la satisfacción con el mismo. Sin embargo, parece que, además de los cambios producidos en la conducta sexual, el abordaje de otras áreas de la vida podría ser clave en la satisfacción con este tipo de intervenciones. En nuestro tratamiento, la inclusión de módulos con este contenido, así como los grandes cambios producidos tras la intervención también podrían explicar esta alta satisfacción. Del mismo modo, su aplicación *online* también fue valorada como un aspecto positivo frente a una intervención presencial. Factores característicos de internet como la accesibilidad, flexibilidad y anonimato, no solo pueden resultar beneficiosos para romper algunas barreras que se encuentran entre los pacientes a la hora de acudir a consulta fruto de la falta de

recursos y del estigma y la vergüenza asociada a un problema psicológico y, especialmente, a un problema sexual (Dhuffar & Griffiths, 2016). Estas características también permiten el acceso a tratamientos a personas cuya ubicación geográfica u otras circunstancias pueden suponer una barrera de acceso. De hecho, la gran mayoría de nuestros pacientes residía en el momento de la intervención en una ciudad o incluso un país diferente a nuestra ubicación, por lo que de haber sido un tratamiento presencial ese extenso porcentaje no habría podido acceder al tratamiento. A estas circunstancias debemos añadirle el hándicap de la situación sanitaria provocada por la COVID-19 que tuvo lugar durante el proceso de intervención de muchos de los pacientes y que les otorgó un valor añadido a las terapias *online*, al garantizar la atención psicológica sin necesidad de desplazarse y, en este caso, sin alterar el tratamiento. De esta forma, las intervenciones *online*, y concretamente las aproximaciones terapéuticas *e-health*, se han mostrado efectivas en el tratamiento de numerosos problemas de salud mental y más específicamente en el abuso de sustancias tóxicas (Carroll & Kiluk, 2020; Wodarski & Curtis, 2015) y, de forma más incipiente, en el tratamiento de las adicciones sexuales (Böthe, Baumgartner et al., 2021; Hallberg et al., 2020; Hardy et al., 2010). Sin embargo, para estos últimos trastornos todavía contamos con una escasa evidencia científica, sobre todo en la eficacia de programas que no sean autoaplicados.

A pesar de la limitación que supone no contar con estudios suficientes que nos permitan realizar comparaciones precisas, los resultados obtenidos en este apartado nos permiten confirmar la decimocuarta y decimoquinta hipótesis: *“En general, las personas que pasaron por el tratamiento valorarán de forma positiva el programa de tratamiento, así como su aplicación online.”* y *“Los cambios experimentados en la sintomatología adictiva también serán valorados positivamente por parte de los pacientes tanto en el postratamiento como a lo largo de todos los seguimientos.”*

2.2 Variables predictoras del cambio

Partiendo de los cambios producidos tras el tratamiento en la presencia de síntomas clínicos de la adicción al sexo, otro de los objetivos de este estudio fue explorar las **variables predictoras** de una mayor eficacia del tratamiento. Una de nuestras **primeras hipótesis** planteaba que ninguna variable sociodemográfica estaría relacionada con el cambio producido en las variables clínicas de adicción. Nuestros hallazgos confirmarían esta hipótesis; el género, la edad, el nivel de estudios, la religión, el país de residencia y la situación laboral no guardan relación con la eficacia del tratamiento. Estos datos son muy prometedores ya que nos permitirían emplear este tipo de intervención de forma efectiva en personas con diferentes perfiles sociodemográficos. Sin embargo, debemos ser cautos a la hora de considerar algunos de estos resultados. En el caso del género, nuestra muestra contaba con un porcentaje muy reducido de mujeres que, si bien parece que redujeron sus conductas sexuales problemáticas tras la intervención y experimentaron

una mejora en la sintomatología clínica asociada, no nos permitirían generalizar los resultados en este sector poblacional. Como afirmábamos al inicio de este capítulo, el consumo de cibersexo en hombres y mujeres es diferente en muchos aspectos (por ejemplo, motivaciones, tipo de actividades, etc.), siendo mucho mayor su uso en hombres. Este consumo diferenciado está marcado por importantes factores socioculturales que también se ven reflejados en la falta de tratamientos específicos para las mujeres (Dhuffar & Griffiths, 2016). No obstante, las recomendaciones que hacen algunos autores a la hora de tratar a mujeres con adicción al sexo no son muy diferentes a las que encontramos en las propuestas para el tratamiento en hombres, lo que hace factible que este tratamiento pueda ser empleado también en ellas. Estas recomendaciones sugieren la aplicación de tratamientos multimodales más individualizados en los que se trabajen aspectos como la reducción de la vergüenza y otras creencias negativas, el trauma y apego como factores de vulnerabilidad, las relaciones de pareja (en el caso que fuera necesario), los síntomas comórbidos como la depresión, ansiedad u otro tipo de adicciones, etc. y que se tengan en cuenta las peculiaridades del consumo en mujeres (Ferree, 2012; Mckeague, 2014)

Otras variables como las creencias religiosas y el lugar de residencia (en la gran mayoría, coincidiendo con el lugar de origen), factores que también modulan el consumo y las actitudes hacia el cibersexo, tampoco fueron predictores de una mayor eficacia del tratamiento. Este tratamiento carecía de cualquier connotación religiosa, a diferencia de alguna otra aproximación terapéutica, y tenía en cuenta factores culturales a la hora de abordar con los pacientes lo que era un consumo problemático vs no problemático. En la práctica clínica corroboramos que, tal y como evidencian muchos autores, el estigma y el malestar asociado al consumo de cibersexo es mayor en personas cuya religión y/o factores culturales eran mucho más estrictos o conservadores hacia la sexualidad (Grubbs et al., 2020; Grubbs, Wilt et al., 2018). El hecho de abordar de forma tan directa factores como la culpa y el estigma asociado, puede que haya sido la clave para no encontrar estas diferencias en la eficacia de la intervención. No obstante, algunos pacientes con fuertes creencias religiosas seguían experimentando malestar al realizar conductas sexuales como la masturbación en solitario o el consumo esporádico de pornografía, por lo que son factores que requieren especial interés en la práctica clínica (Kraus & Sweeney, 2019; Grubbs & Grant, 2020).

En definitiva y tal y como anticipábamos al inicio de esta sección, estos datos nos permiten confirmar nuestra decimosexta hipótesis: *“Ninguna de las variables sociodemográficas exploradas estará relacionada con el cambio en la sintomatología clínica tras la intervención, por lo que no encontraremos un perfil de paciente que no pueda beneficiarse del tratamiento.”*

Una **segunda hipótesis** en relación a las variables predictoras, afirmaba que una buena sexualidad fuera de internet (en términos de frecuencia, actividades sexuales en solitario y/o en

pareja, ausencia de trastornos parafilicos, etc.) e incluso estar en una relación sentimental serían indicadores de una mejora más notable tras la intervención. Según revelan nuestros datos, estas hipótesis se cumplirían de forma parcial. Las relaciones sexuales con parejas esporádicas predijeron un mayor cambio en la sintomatología clínica de adicción al cibersexo; sin embargo, la frecuencia de la actividad sexual *offline* se relacionó de forma negativa con estos cambios. Esto puede ser debido a que, por un lado, las relaciones sexuales con parejas esporádicas (en personas solteras, como en este caso) pueden ser un indicativo de un buen funcionamiento a nivel sexual fuera de internet, por lo que esa parte de la sexualidad no estaría afectada, siendo éste un factor de buen pronóstico. Además, también pueden estar relacionadas con una mayor autoestima (Anderson, 2013; Galinsky & Sonenstein, 2011), facilitando así la respuesta terapéutica, como sucede en el tratamiento de otras adicciones (Yang et al., 2019). Por el contrario, una alta frecuencia sexual *offline* podría indicarnos una mayor compulsividad sexual fuera de internet. De hecho, algunas conductas sexuales *online* tienen como consecuencia un contacto sexual *offline* de carácter compulsivo, que incluso puede estar asociado con la presencia de desensibilización/tolerancia en estas prácticas sexuales, factores relacionados con un peor funcionamiento y satisfacción sexual (Banca et al., 2016; Voon et al., 2014). En estos pacientes se deberían adaptar algunos módulos y/o técnicas (por ejemplo, la planificación ambiental) para abarcar todas las conductas que resulten problemáticas e incluso podrían requerir una atención psicológica más específica enfocada en la recuperación de la sexualidad fuera de internet como prevención de recaídas, ya que supone un factor de riesgo de adicción (Daspe et al., 2018; Kohut et al., 2017; Muusses et al., 2015; Wéry & Billieux, 2016).

En lo que respecta a las atracciones parafilicas, las preferencias sexuales exhibicionistas (por ejemplo, exponer los genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera) o relacionadas con el sadismo sexual (por ejemplo, hacer sufrir física o psicológicamente para alcanzar el placer sexual) predijeron mayores cambios en la sintomatología clínica de la adicción al cibersexo. Por el contrario, sentir excitación sexual al vestirse como una mujer para alcanzar el placer sexual está relacionado con un menor cambio en las medidas de adicción al cibersexo. Aunque son muchos autores quienes relacionan la presencia de atracciones parafilicas con medidas de hipersexualidad (Castellini et al., 2018; Kafka, 2010), algunas de ellas como el exhibicionismo, el fetichismo o el sadismo, están asociadas a una mayor impulsividad, e incluso a trastornos como el TDAH en los que hay mayores dificultades para controlar los impulsos; mientras que el travestismo no parece estar relacionado con estas variables en los hombres (Comings et al., 1994; Kafka & Hennen, 1999; Soldati et al., 2021). Esto explicaría que personas cuyas atracciones sexuales parafilicas estén relacionadas con problemas en el control de los impulsos obtengan mayores beneficios tras la intervención. De hecho, las personas con un mayor cambio en el control de los impulsos también presentan mayores cambios en las medidas de adicción al cibersexo.

Por el contrario, el travestismo no está relacionado con una mayor impulsividad, siendo probable que esta conducta esté reforzada por factores intrínsecos a la actividad sexual *online*, como es el caso del anonimato o la privacidad (Carnes et al., 2007; Cooper, 1998; Young, 1999). Esta vinculación podría suponer una resistencia a la hora de dejar de realizar determinadas conductas sexuales, lo que podría traducirse en un peor pronóstico sobre la eficacia del tratamiento.

Estos datos confirmarían parcialmente la hipótesis decimoséptima: *“Con respecto a la sexualidad offline, esperamos que las personas que tengan una frecuencia sexual moderada, que mantenga actividades sexuales tanto en solitario como en pareja y no presenten preferencias sexuales parafilicas tendrá una mejora más notable con la aplicación del programa en la adicción al cibersexo.”*

Según la **tercera hipótesis** incluida dentro del bloque de variables predictoras se esperaba que mayores puntuaciones en adicción sexual, hipersexualidad y búsqueda de sensaciones sexuales se relacionaran con un mayor cambio en la sintomatología clínica. Esta hipótesis quedaría refutada ya que ninguna de estas variables se asoció con un mayor cambio en los síntomas de adicción al cibersexo tras la intervención. Esta relación sí se ha visto en otros trastornos como la depresión, donde parece que una mayor severidad puede estar asociada a una mayor eficacia de los tratamientos (Driessen et al., 2010). Sin embargo, en el caso de las adicciones los resultados son controvertidos y todavía no arrojan una evidencia clara (Merkouris et al., 2016; McKay et al., 2001). Por el contrario, el cambio en las puntuaciones de hipersexualidad se relacionó de forma positiva con mejoras en la adicción al cibersexo. Estos hallazgos son prometedores ya que podrían indicar que este tratamiento sería útil para las personas que presenten hipersexualidad general y no solo adicción al cibersexo. Además, también sugiere que la eficacia de este tratamiento no varía en función de la gravedad inicial, siendo igual de eficaz para las personas en riesgo de adicción como para las que presentan una mayor gravedad.

En conclusión, y tal y como avanzábamos al inicio de este párrafo, los hallazgos contrastados en este bloque refutarían nuestra decimoctava hipótesis: *“Una alta puntuación previa al tratamiento en las puntuaciones clínicas que indican adicción al sexo/hipersexualidad y alta búsqueda de sensaciones sexuales estará relacionado con un mayor cambio en la sintomatología clínica de la adicción al cibersexo.”* No obstante, debemos ser precavidos a la hora de realizar esta afirmación ya que, como arrojan nuestros resultados, existen componentes del uso de cibersexo y, específicamente de la adicción al cibersexo, que sí predijeron una mejora en la sintomatología clínica de adicción al cibersexo, mientras que otros factores se asociaron con una peor eficacia. Concretamente, la compulsividad sexual *online* previa y el componente social *online* se relacionaron positivamente con mayores cambios en estas medidas. Del mismo modo, el uso de internet para satisfacer fantasías sexuales, así como el consumo normofílico de algún

tipo de pornografía (específicamente, pornografía homosexual y heterosexual) también se asociaron positivamente con el cambio en la sintomatología adictiva. Por el contrario, la realización de prácticas sexuales *online* como la búsqueda de pareja romántica a través de internet, la realización de ASO en solitario o una mayor dedicación temporal previa a estas actividades se relacionaron con una peor eficacia del tratamiento. En futuros estudios, sería interesante analizar si factores como la autoestima o las dificultades en las relaciones sociales pueden mediar en esta relación, lo que explicaría estas diferencias.

Un factor importante relacionado con un mayor cambio en la sintomatología adictiva es la percepción de gravedad previa. Según nuestros datos, las personas con una mayor percepción de gravedad presentaron una mayor reducción en su sintomatología clínica tras la intervención. Este factor puede estar relacionado tanto con la búsqueda de ayuda terapeuta inicial como con una mayor motivación para el cambio y una buena adherencia, tanto en esta como en otras adicciones o problemas psicológicos (Alfonsson et al., 2016; Castine et al., 2019; Gola, Lewczuk, & Skorko, 2016; Hallberg et al., 2020; Vaillancourt-Morel & Bergeron, 2019), lo que explicaría esta relación.

Estos datos apoyarían parcialmente nuestra decimonovena hipótesis: *“Una mayor percepción de gravedad y compulsividad sexual online previa, estará relacionada con un mayor cambio en las medidas de adicción. Por el contrario, el tipo de actividades sexuales online concretas realizadas por los pacientes no estarán relacionadas con este cambio.”*

Por otro lado, también exploramos si factores del proceso terapéutico como la adherencia al tratamiento, haber recibido apoyo social durante el tratamiento o haber trabajado otros constructos durante el tratamiento se asociaban con un mayor/menor cambio en la sintomatología. Sin embargo, ninguna de estas variables estuvo asociada con los cambios producidos en la sintomatología adictiva. La adherencia al tratamiento puede medirse en función de diferentes factores o variables que pueden influir en mayor o menor medida en la eficacia del tratamiento. Uno de los factores que ha sido altamente documentado como un indicador de adherencia ligado a la eficacia de intervenciones psicológicas es la asistencia a las sesiones (Chavira et al., 2014; Reardon et al., 2002; Zimmerman, 2019). En nuestro estudio, aunque valoramos como falta de adherencia la alteración constante de la regularidad de las sesiones (problemas que dificultaban el seguimiento de las mismas como la impuntualidad persistente, constantes anulaciones de las sesiones, sesiones a las que no acudía de forma reiterada, no realizar la mayor parte de las tareas semanales interfiriendo en el aprendizaje de las estrategias, etc.), un requisito para incluir a los participantes dentro del grupo experimental era haber completado todas las sesiones. Esto puede haber sesgado la presencia de personas no adherentes en este grupo, afectando así al efecto de esta variable en la respuesta terapéutica. Hallberg et al. (2017) en su estudio con pacientes con

hipersexualidad tampoco encontraron esta relación debido, probablemente, a la alta adherencia que encontraron entre sus participantes.

En lo que respecta al abordaje de otros aspectos en las últimas sesiones de tratamiento esperábamos que estuviera relacionado de forma negativa con un mayor cambio en la sintomatología. Esta hipótesis surge al plantearnos que la necesidad de cubrir o abordar otras áreas importantes como la experiencia de abuso sexual o los problemas de pareja podría ser un indicador de una afectación/interferencia del problema mayor que en otros pacientes, y/o de la presencia de potentes mantenedores de la adicción, o que podría dificultar la recuperación del paciente. Según revelan nuestros datos, esta hipótesis no se cumpliría, o lo que es lo mismo, el hecho de haber trabajado otros aspectos no estaría relacionado con los cambios en la sintomatología clínica. Esto puede ser debido a la gran variedad de problemas que hemos trabajado posteriormente (por ejemplo, abuso sexual, problemas de pareja, asertividad, etc.) que nos impediría generalizar los resultados. En futuros estudios, sería interesante poder analizar este aspecto con mayor profundidad.

Por otro lado, siendo el apoyo social un factor muy relevante tanto en el desarrollo de los diferentes tipos de adicciones, así como en la recuperación y prevención de posibles recaídas (Garmendia et al., 2008; Tavakoli et al., 2015; Tudorel & Vintilă, 2018; Warren et al., 2007), esperábamos que, en el caso de la adicción al cibersexo, también fuera predictor de un mejor pronóstico. Como observamos en nuestros datos, este factor no se relacionó con un cambio en la sintomatología tras la intervención. No obstante, en este estudio no incluimos algunos factores importantes dentro del apoyo social como el grado de apoyo, tipo de apoyo (si están o no involucrados en la terapia, etc.) que se deberían tener en cuenta para confirmar o descartar esta hipótesis.

Estos hallazgos descartarían parcialmente nuestra vigésima hipótesis: *“A nivel de proceso terapéutico, factores como una buena adherencia (medida a través del tiempo de duración del tratamiento y de la valoración del terapeuta) y haber recibido apoyo social durante el tratamiento se relacionarán positivamente con el cambio en las medidas de adicción. Sin embargo, el haber trabajado otros constructos durante las últimas sesiones se relacionará de forma negativa con este cambio.”* No obstante, no pudimos comprobar el efecto de otras variables incluidas en la adherencia como la asistencia a las sesiones de tratamiento, así como algunos aspectos relacionados con el apoyo social.

Finalmente, en lo que respecta a los trastornos o problemas comórbidos, hipotetizamos que tanto la presencia de sintomatología comórbida previa al tratamiento, sobre todo los trastornos afectivos, el TOC y el TDAH, se relacionaría con un cambio menor en la sintomatología clínica de adicción al cibersexo. Como evidencian nuestros datos, la presencia de síntomas nucleares

previos del trastorno adaptativo y del TDAH se asociaron con menos cambios en la presencia de síntomas clínicos de adicción al cibersexo, mientras que el resto de síntomas nucleares (Trastorno depresivo mayor, TOC, Trastorno negativista desafiante, Trastorno explosivo intermitente, Trastorno de la conducta y Adicción a sustancias) no guardaron relación con estos cambios. En primer lugar, se descartó la posibilidad de incluir alguno de estos trastornos (Trastorno negativista desafiante, trastorno de la conducta y adicciones a sustancias), debido a que ninguno de los pacientes o solo uno de ellos cumplía con estas condiciones, por lo que no se pudo comprobar esta hipótesis. De los trastornos incluidos, la presencia de sintomatología compatible con un trastorno adaptativo puede estar relacionada directamente con el desarrollo y mantenimiento de la adicción al cibersexo. De hecho, algunos de los participantes asocian la aparición de los síntomas de adicción actuales a algún evento vital estresante. Aunque algunas de las técnicas empleadas en nuestro programa (por ejemplo, técnica de solución de problemas, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, etc.) han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas adaptativos (Casey, 2009; O'Donnell et al., 2018), lo cierto es que la presencia de este trastorno, sobre todo si el estresor sigue presente o no se ha trabajado lo suficiente, puede suponer una dificultad añadida en la recuperación del paciente adicto ya que podría tratarse de un mantenedor de la conducta problemática al emplearse como medio para regular las emociones negativas producidas por el evento estresante (Brewer & Tidy, 2017; Hall 2019; Reid, Carpenter & Lloyd, 2009).

Por otro lado, las personas con sintomatología relacionada con el TDAH también mostraron peores resultados en la presencia de sintomatología clínica tras la intervención. Como apuntan estudios como el de Orzack et al. (2006), las personas con adicción al sexo en internet en comorbilidad con TDA/TDAH no respondieron favorablemente al tratamiento. Las personas con TDA/TDAH utilizan el sexo como medio para controlar/regular sus síntomas, lo que apoyaría la idea de tratar las dos condiciones clínicas para conseguir mejores beneficios del tratamiento, e incluso implementar terapias combinadas que garanticen la cobertura de ambas condiciones (Blankenship & Laaser, 2004; Reid et al., 2013). Algunos autores apuntan a que mejorar la autoestima no solo puede ser beneficioso para las personas con adicción al sexo (Coleman et al., 2018), sino también para aquellos que presentan este trastorno en comorbilidad con el TDAH. Parece ser que esta alta comorbilidad no se debe a factores como la impulsividad, la falta de atención, los problemas de memoria y la inquietud hiperactiva, característicos del TDAH, sino más bien a la presencia de otros problemas asociados al cibersexo como la baja autoestima (Reid, Carpenter et al., 2011). Esto explicaría por qué la presencia de síntomas nucleares típicos de otros trastornos del control de los impulsos no se asoció con los cambios en la sintomatología adictiva, mientras que los cambios en la autoestima, predijeron un mayor cambio en la presencia de síntomas adictivos tras la intervención. En futuros estudios habría que

comprobar si efectivamente este cambio podría mediar en la eficacia del tratamiento en personas que presentan comorbilidad con el TDAH u otros trastornos psicológicos.

Finalmente, al contrario de lo esperado, ni la presencia de síntomas de depresión ni de TOC predijeron una peor eficacia del tratamiento. El uso de intervenciones cognitivo-conductuales es eficaz para el tratamiento de este tipo de síntomas en personas con adicción al sexo/cibersexo (Hallberg et al., 2019; Minarcik, 2016; Orzack et al., 2006). Por lo tanto, puede ser que la presencia de esta sintomatología también se haya atenuado tras la aplicación de este tratamiento sin interferir en su eficacia.

A pesar de la importancia de estos hallazgos, cabe recalcar que en este estudio solo se evaluó la presencia de síntomas nucleares de cada uno de los trastornos. En futuros estudios sería interesante analizar la respuesta terapéutica en personas con diferentes trastornos comórbidos diagnosticados a través de todos sus criterios clínicos. Teniendo en cuenta esta limitación, los datos obtenidos nos permitirían aceptar parcialmente nuestra vigesimoprimera hipótesis: *“La presencia de sintomatología comórbida previa al tratamiento, sobre todo los trastornos afectivos, el TOC y el TDAH, se relacionará con un cambio menor en la sintomatología clínica.”*, cumpliéndose solo para el caso del TDAH y el trastorno adaptativo.

3. Eficacia de nuestro programa de intervención frente a un grupo control de personas con adicción al cibersexo sin tratamiento.

Para comprobar que los cambios observados en el grupo experimental tras la intervención son producto de ésta y no del mero paso del tiempo, otro de los objetivos que nos planteamos en este estudio fue comparar el estado clínico de un grupo experimental (GE) con el de un grupo control-lista de espera (GC), antes de iniciar el tratamiento y tras finalizar la intervención (o tras tres meses en lista de espera, en el caso del GC). A pesar de la valiosa información que aportan este tipo de estudios, su uso para evaluar la eficacia de programas estructurados para la adicción al cibersexo es escaso. De hecho, los únicos estudios que utilizan esta metodología para comprobar la eficacia de un tratamiento similar al de este estudio son el de Hallberg et al. (2019) y el de FirooziKhojastehfar et al. (2021). Sin embargo, fueron aplicados en personas con hipersexualidad o compulsividad sexual y no con adicción específica al cibersexo.

3.1 El cambio en las variables clínicas sexuales online y offline

Uno de los objetivos específicos a este respecto pretendía analizar el impacto del tratamiento en las variables clínicas sexuales *online* y *offline* en una muestra de pacientes que finalizaron el tratamiento frente a un grupo de personas que componen el grupo control. Como muestran nuestros resultados, tras la intervención encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en prácticamente todas las variables relacionadas con la prevalencia

sintomatológica y la gravedad de la adicción. Tras tres meses de la evaluación inicial, las personas del grupo control seguían cumpliendo criterios diagnósticos de adicción al cibersexo, mientras que ninguna de las personas del grupo experimental cumplía con estos criterios tras la intervención. Por otro lado, también exploramos el cambio en las prácticas sexuales online. De las prácticas que mayor malestar generaban en ambos grupos (principalmente, el contacto sexual por medio de webcam, chatear con fines sexuales con otros usuarios a través de texto y el flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios) observamos que, tras la intervención, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos que antes no eran observables. Estas diferencias muestran una reducción en la realización de estas conductas en las personas del GE que incluso hace imposible poder comparar a nivel estadístico algunas de las variables, mientras que en el grupo control el porcentaje sigue siendo elevado. En el caso del visionado de imágenes o películas pornográficas, las personas del GE que seguían realizando estas conductas tras la intervención empleaban significativamente menos tiempo, experimentaban menos orgasmos, así como menos malestar y mayor grado de control que las personas del GC.

Hasta la fecha, los únicos estudios sobre la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en personas con adicción al sexo que incluyen un grupo control-lista de espera son el de Hallberg et al. (2019) y el de FirooziKhojastehfar et al. (2021). Concretamente, el estudio de Hallberg (2019) contaba con un total de 137 hombres (GC=67; GE=70), a los que se les evaluó al inicio del tratamiento, a la mitad y una vez finalizado. Además, presentaba datos de evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses. Los resultados obtenidos mostraban grandes diferencias entre el grupo control y el grupo experimental tras la intervención, siendo las personas del grupo control-lista de espera quienes presentaban mayores niveles de compulsividad sexual tras el periodo de espera y en comparación con el grupo experimental. Sin embargo, para explorar la sintomatología compulsiva solo se empleó una medida de autoinforme. Del mismo modo ocurre en el estudio de FirooziKhojastehfar et al. (2021) quienes emplearon medidas estandarizadas (concretamente, un cuestionario para evaluar la hipersexualidad y otro para la depresión) para analizar los cambios producidos en 10 sujetos con compulsividad sexual a los que se les aplicó un tratamiento cognitivo-conductual (grupo experimental) con respecto a un grupo control (n=10). Los resultados de este estudio también evidenciaban una mejora en los síntomas de hipersexualidad en las personas del GE con respecto a las del GC, además de una mejora en la sintomatología depresiva comórbida que se mantenía tras un mes después de haber finalizado el tratamiento. Otro de los pocos estudios que también incluyen un grupo control fue el llevado a cabo por Crosby & Twohig (2016). Estos autores aplicaron un protocolo de terapia de aceptación y compromiso de 12 sesiones para el tratamiento del uso problemático de pornografía a un grupo experimental (n=14) y compararon los resultados obtenidos con un grupo control-lista

de espera (n=13). Los resultados mostraban una reducción considerable en el consumo de pornografía en el grupo experimental en comparación con el grupo control-lista de espera. No obstante, este último grupo también redujo ligeramente su consumo de pornografía tras la intervención. Esta ligera reducción en las ASO e incluso en la sintomatología adictiva, experimentada también en nuestros participantes del GC, puede ser debida a la simple toma de conciencia por parte del paciente (Greenfield & Orzack, 2002; Braun-Harvey & Vigorito, 2015). No obstante, aunque estos cambios pueden darse cuando el paciente empieza a tomar conciencia del problema y de las consecuencias que está experimentando a raíz del mismo, es difícil que puedan durar en el tiempo, sobre todo cuando hablamos de una adicción.

Estos datos confirmarían nuestra vigesimosegunda hipótesis: *“Las diferencias entre el GC y el GE en la presencia y gravedad del cuadro clínico de adicción al cibersexo serán significativas una vez finalizado el mismo, siendo las personas del grupo experimental quienes presenten menor prevalencia y gravedad.”*

En lo que respecta a la sexualidad *offline*, esperábamos que las personas del GE presentaran más conductas sexuales *offline* saludables (en función de variables como la frecuencia, grado de control y malestar asociado) y menos conductas no saludables tras el tratamiento en comparación con las personas del GC. Nuestros datos solo apoyarían esta hipótesis en alguna variable, como es el grado de control en la masturbación sin utilizar internet con fines sexuales y el porcentaje de sexualidad que representan las relaciones con pareja estable. Concretamente, las personas del grupo experimental mostraron un mayor grado de control en la masturbación que las personas del grupo control, mientras que el porcentaje de conducta sexual que representaban las relaciones sexuales con la pareja estable era mucho mayor (77.55%) en el GE que en el GC (14.71%). Estos cambios sugieren que las mejoras producidas tanto en la masturbación en solitario como en las relaciones sexuales en pareja pueden estar promovidas por los cambios tras el tratamiento. Sin embargo, no contamos con estudios que nos permitan comparar estos cambios ya que las únicas investigaciones existentes hasta la fecha que cuentan con un grupo control no exploraron los cambios en la sexualidad *offline*.

En conclusión, los hallazgos obtenidos tras analizar la sexualidad *offline* de los participantes nos permiten aceptar parcialmente nuestra vigesimotercera hipótesis: *“Las personas del GE presentarán más conductas sexuales *offline* saludables (en lo que respecta a su frecuencia, grado de control y malestar asociado) y menos conductas sexuales no saludables tras el tratamiento en comparación con las personas del GC.”* Específicamente se observaron cambios en algunas de las conductas sexuales *offline*, como es el caso de la masturbación en solitario y las relaciones sexuales en pareja.

3.2. El cambio en las variables clínicas no sexuales

En segundo lugar, también quisimos comprobar si los cambios producidos en el GE tras la intervención en algunas variables clínicas no sexuales (adicción a internet, ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión) eran mayores que los que experimentaba el GC con el paso del tiempo. Tras la intervención, observamos diferencias significativas entre ambos grupos en la mayoría de estos constructos. Concretamente, tras la intervención las personas del GE presentan menos síntomas de ansiedad-estado y menor prevalencia de adicción a internet que el GC. Estos cambios, sin embargo, no se apreciaron en la presencia de síntomas depresivos. Una de las posibles explicaciones es que, las personas del GC que presenten síntomas leves o moderados de depresión puedan haber mejorado por el efecto de la evaluación y la toma de conciencia del problema. La vergüenza y la culpa, ligadas normalmente al malestar emocional, pueden disminuir en algunos pacientes al darle nombre a su problema y poder hablar abiertamente y entender qué es lo que les está pasando (Hall, 2019). A pesar de la posible mejora esporádica en estos problemas de depresión en el GC, los datos de este tratamiento con respecto a las otras variables son positivos. Al compararlos con los pocos estudios disponibles, éstos apenas ofrecen datos de los cambios experimentados en otras variables clínicas y, los pocos que ofrecen (por ejemplo, calidad de vida, malestar psicológico, etc.), no muestran cambios significativos ni en el GC ni en el GE (Crosby & Twohig, 2016; Hallberg et al., 2019).

Los resultados obtenidos en este apartado nos permiten confirmar prácticamente en su totalidad la vigesimocuarta hipótesis de este estudio: *“Tras la intervención, las personas del GE presentarán menos síntomas depresivos y ansiosos y menor adicción a internet que las personas del GC tras haber estado tres meses sin recibir tratamiento.”*

4. Tasa de abandono y factores asociados

Finalmente, el último objetivo formulado pretendía analizar la tasa de abandono del programa, así como identificar el perfil y los factores asociados al abandono.

Nuestro programa de tratamiento tuvo una tasa de abandono de un 27.7%. Esta tasa es muy similar e incluso inferior a la encontrada en otros estudios en los que también se empleaban tratamientos cognitivo-conductuales en personas con diferentes tipos de adicción (adicciones conductuales y a sustancias), tanto *online* como *offline* (Granero et al., 2016; Lappan et al., 2020; López-Goñi et al., 2012; Thorens et al., 2014; Wölfling et al., 2014). Además de los aspectos positivos que aportan las terapias *online* (anonimato, accesibilidad, bajo coste, reducción del estigma, etc.) (Berle et al., 2015; Gainsbury et al. 2014; Kumar et al., 2017), algunos factores característicos de entre nuestros participantes (familiaridad con el uso de ordenadores, privacidad para usar internet y conexión estable), así como el formato de terapia (videoconferencia con un terapeuta) están asociados a una menor tasa de abandono en los tratamientos *online*

(Karyotaki et al., 2021; Melville et al., 2010; Titov et al., 2008), por lo que el uso de terapias *online* sería beneficioso para el tratamiento de estas personas.

Este hallazgo confirmaría nuestra vigesimoquinta hipótesis: *“La tasa de abandono durante la aplicación del programa de tratamiento será del 30% aproximadamente.”*

Centrándonos en los factores relacionados con el abandono, encontramos pocas características en las que difieran las personas que finalizaron el tratamiento de las que lo abandonaron. Empezando por las características sexuales generales y sociodemográficas, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ni en las características sociodemográficas, ni en la frecuencia sexual *offline*, ni en la presencia de atracciones sexuales parafílicas no clínicas ni en el tipo y motivaciones de las ASO. Esto quiere decir que las personas que abandonaron el tratamiento no diferían del resto en estas variables. Algunos estudios como el meta-análisis realizado por Karyotaki et al., (2015) sugieren que algunos factores sociodemográficos como ser hombre o tener un bajo nivel educativo estarían relacionados con una mayor tasa de abandono en las intervenciones *online* para el tratamiento de la depresión. En nuestro caso, la gran mayoría de los participantes son hombres con un nivel educativo medio-alto, por lo que es probable que el efecto de estas variables no se perciba en nuestro estudio. Además, otras revisiones como la realizada por Melville et al. (2007) en personas con adicción al juego o la de Melville et al. (2010) sobre el abandono en tratamientos *online* arrojan resultados contradictorios con respecto a los factores sociodemográficos (género, nivel socio-económico, situación sentimental, etc.) que pueden estar relacionados con el abandono en este tipo de intervenciones. Tampoco existen estudios específicos sobre las tasas de abandono y los factores asociados en los tratamientos para adicciones sexuales, lo que supone un obstáculo más para poder identificar los factores relacionados.

Estos datos nos permiten confirmar nuestra vigesimosexta hipótesis: *“No encontraremos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en lo que respecta a variables sociodemográficas, variables sexuales generales como la frecuencia sexual *offline*, la presencia de parafilias (no clínicas), la realización de ASO (Actividades Sexuales Online) y las motivaciones relacionadas con estas conductas.”*

Por otro lado, también quisimos comprobar si a nivel clínico había alguna variable vinculada a la adicción al cibersexo que estuviera relacionada con el abandono del tratamiento. Nuestra hipótesis sugería que las personas que abandonaran el tratamiento tendrían menos percepción de interferencia y gravedad del problema, y menor percepción de afectación en diferentes áreas de la vida diaria que las personas que continuaran con el tratamiento. Esta hipótesis no se cumpliría ya que, como evidencian nuestros datos, en lo único que difieren las personas que abandonaron la intervención es en el gasto económico que supone el cibersexo y en

la percepción de su estado actual, además de la adherencia. Partiendo del gasto económico, las personas que finalizaron el tratamiento presentaban un mayor gasto económico que las que abandonaron la intervención. Esto puede ser un indicativo de gravedad (Griffiths, 2012; Orzack & Ross, 2000), pero también de interferencia, ya que puede suponer un impacto económico e incluso la pérdida del anonimato frente a familiares o amigos que supone el uso de internet con fines sexuales, lo que sería una motivación para el cambio.

En segundo lugar, nuestros datos indican que la mayoría de las personas que finalizaron el tratamiento percibían un estado de remisión en cuanto a su sintomatología clínica, mientras que la mayoría de personas que abandonaron el tratamiento calificaban su episodio actual como grave. Estos datos serían contradictorios a los encontrados en el meta-análisis de Mellville et al. (2010) quienes tras revisar los únicos estudios que incluían estas variables determinaron que las personas con problemas menos graves tenían mayor probabilidad de abandonar las intervenciones *online* (Lange et al., 2001; Schneider et al., 2005; Strom et al., 2004). Teniendo en cuenta esta discrepancia y que en nuestro estudio no había diferencias entre ambos grupos en cuanto a criterios de gravedad y sintomatología de la adicción al cibersexo (a excepción del gasto económico), puede que la explicación de estas diferencias se encuentre en la percepción más que en la gravedad del problema. Es probable que las personas que finalizaron el tratamiento se encuentren más motivadas para cambiar y hayan empezado a realizar pequeños cambios que les hagan percibir un mayor control. Hay que tener en cuenta que los datos sobre la evolución del problema se recogieron en la tercera sesión de evaluación, por lo que algunos aspectos como el *rapport* terapeuta-paciente, así como los cambios asociados al desahogo y comprensión percibida tras la evaluación (por ejemplo, menor vergüenza) podrían haber hecho que los pacientes empezaran a percibir una remisión en su sintomatología. Por el contrario, las personas que abandonaron la intervención puede que no se encuentren tan motivadas para el cambio y les cueste percibir que su problema puede solucionarse. Esto iría muy ligado a la adherencia, donde también encontramos diferencias entre ambos grupos. Las personas que abandonaron el tratamiento eran menos adherentes que las del grupo que finalizó la intervención, sobre todo en lo que respecta a la realización de las tareas entre sesiones. Esta falta de adherencia podría estar justificada por esa falta de motivación y compromiso con el tratamiento, debido a factores como la poca percepción de control sobre el tratamiento, o las pocas expectativas sobre la eficacia del tratamiento para solucionar sus problemas, etc. (Beatty & Binnion, 2016; Donkin & Glozier, 2012; El Alaoui et al., 2015; Gainsbury & Blaszczynski, 2011).

Los hallazgos obtenidos en esta sección permiten confirmar parcialmente nuestra vigésimoséptima hipótesis: “*A nivel clínico sexual, las personas de ambos grupos presentarán una gravedad similar del consumo problemático de cibersexo. No obstante, la percepción de*

interferencia, gravedad y afectación en diferentes áreas será mayor en las personas que continuaron con el tratamiento que en las que lo abandonaron.”

Una última hipótesis planteada sugería que las personas que abandonaran la intervención presentarían más síntomas ansioso-depresivos, así como mayor comorbilidad con otro tipo de trastornos (trastornos del control de los impulsos, adaptativo, TDAH, TOC, etc.). Como indican algunos estudios, la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos se ha visto relacionada con peor efectividad de los tratamientos (McMahon, 2014; Storch et al., 2008). En el caso del tratamiento de adicciones a sustancias, Schulte et al. (2010) o Syan et al. (2020) afirman que los trastornos comórbidos no tratados y/o más severos están relacionados con el abandono de la terapia. Estos síntomas y trastornos podrían causar interferencia en el seguimiento del tratamiento, lo que justificaría el abandono del mismo, la baja adherencia y el incumplimiento de las tareas. En nuestro estudio solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en la presencia de síntomas nucleares del trastorno negativista desafiante, presentes solo en las personas que abandonaron el tratamiento. Por otra parte, algunos de los componentes empleados en el tratamiento (componentes cognitivo-conductuales, solución de problemas, control de los impulsos, etc.) también son beneficiosos para tratar alguno de los síntomas comórbidos que identificamos entre nuestros pacientes. Por lo tanto, podrían calificarse como sintomatología comórbida que sí ha sido tratada.

Estos datos descartarían prácticamente en su totalidad nuestra vigesimooctava hipótesis: *“En cuanto a otros problemas comórbidos, esperamos que las personas que abandonaron el tratamiento presenten mayor sintomatología ansioso-depresiva y más problemas de impulsividad, así como una mayor prevalencia de otros trastornos como el adaptativo, depresivo mayor, trastornos del control de los impulsos, TDAH y TOC.”*

Finalmente, quisimos identificar los factores que predijeran una mayor tasa de abandono. Según evidencian nuestros datos, solo el gasto económico asociado a las actividades sexuales *online*, la percepción sobre los síntomas actuales y el nivel de adherencia predijeron el abandono del tratamiento. Concretamente, realizar un menor gasto económico, percibir los síntomas actuales como graves y la poca adherencia al tratamiento fueron los factores relacionados con el abandono del tratamiento, siendo estos algunos de los pocos factores que se han visto relacionados con el abandono de las intervenciones *online* o con la gravedad de la adicción (Griffiths, 2012; Mellville et al. 2010; Orzack & Ross, 2000).

Los resultados obtenidos en este último bloque confirmarían parcialmente la vigesimonovena hipótesis de este estudio: *“La baja percepción del problema y su interferencia, la presencia de mayor sintomatología y trastornos comórbidos, la baja adherencia, y tener un curso episódico de adicción predecirán el abandono del programa de tratamiento.”*

5. Limitaciones y futuras líneas de investigación.

En la elaboración del presente estudio de investigación nos hemos topado con ciertas limitaciones y obstáculos. Una de ellas está relacionada con el trastorno objeto de estudio: la adicción al cibersexo. Tal y como se expuso en líneas anteriores, todavía no existe consenso en cuanto a los criterios diagnósticos específicos para la adicción al cibersexo. Esta importante carencia supone una de las grandes limitaciones de este trabajo ya que dificulta el diagnóstico de las personas que formaron parte del estudio en todas sus fases. Para subsanar esta limitación, decidimos emplear la entrevista diagnóstica CISEX, elaborada por nuestro equipo de investigación, que recogía las propuestas diagnósticas más relevantes, así como el uso de instrumentos de evaluación estandarizados. Esta amplia recogida de información reveló perfiles de pacientes muy distintos: algunos se ajustaban a todas las propuestas diagnósticas, mientras que otros participantes se ajustaban específicamente a alguna propuesta en particular o simplemente cumplían con criterios específicos de riesgo de adicción. Aunque suponga una gran fuente de información que ayuda a identificar algunos de los síntomas y criterios más comunes, no nos permite esclarecer si las personas cumplen estrictamente con un perfil de adicción o no, por lo que tuvimos que incluir tanto a las personas que se encontraban en riesgo de adicción como a aquellas que cumplían estrictamente con todos los criterios (perfil de adicto). No obstante, el tratamiento aplicado resultó ser efectivo independientemente de la gravedad del trastorno, lo que arroja resultados muy prometedores en cuanto a la eficacia de este tratamiento.

A nivel de evaluación, también nos encontramos con otras limitaciones importantes. Una de ellas es el análisis de la sintomatología comórbida, medida a través de la presencia de síntomas nucleares y no de diagnósticos completos en sí, porque habría supuesto prolongar todavía más el ya largo proceso de evaluación de estos pacientes. Esta ausencia de diagnósticos estrictos no nos permite conocer con exactitud la comorbilidad de éste con otros trastornos, aunque a nivel clínico nos ofrece información sobre aspectos relevantes a tener en cuenta y/o a explorar tanto en las evaluaciones como en la propia intervención.

Otra de las limitaciones que podrían comprometer la generalización de los hallazgos de este estudio es la escasa representación de mujeres. Si bien es cierto que este es un reflejo del perfil de personas adictas al cibersexo que nos encontramos en la actualidad y de la distinta prevalencia del trastorno en función del género, las diferencias que se encuentran entre hombres y mujeres en su consumo podrían afectar a la eficacia del tratamiento. Para poder comprobar si este tratamiento puede emplearse en mujeres con los mismos beneficios necesitaríamos aumentar la muestra en este segmento poblacional. En todo caso, los resultados obtenidos tras la intervención en el escaso número de mujeres que participaron en este estudio son prometedores y sugieren que también podría ser eficaz para ellas.

Por otro lado, otros factores sociodemográficos como las creencias religiosas o la nacionalidad, entre otros, son factores muy relevantes a tener en cuenta. Aunque a nivel estadístico ninguno de estos factores resultó estar relacionado con un menor/mejor pronóstico, a nivel clínico observamos algunas particularidades que consideramos importante para abordar en futuros estudios. En el caso de la religión, observamos diferencias en perfiles muy similares. Por ejemplo, personas muy creyentes cuya convicción religiosa les servía como impulso y motivación para superar la adicción (e incluso utilizaban el rezo como vía de escape ante situaciones o emociones disparadoras); frente a otras personas cuyas creencias religiosas les generaban mucho malestar emocional y represión sexual que se traducían, posteriormente, en atracones sexuales, acompañados de un mayor malestar emocional. En este sentido, algunos factores moduladores como, por ejemplo, tener pareja estable, podrían ser muy relevantes, por lo que sería interesante analizar de forma más exhaustiva estas y otras variables, así como tenerlas en cuenta de cara a las intervenciones.

En lo que respecta al tratamiento y a su aplicación también nos hemos encontrado con diferentes dificultades o limitaciones a subsanar. Una de estas limitaciones la encontramos en la participación de diferentes terapeutas en el estudio, con perfiles distintos (género, edad, años de experiencia, etc.). Aunque todos ellos habían sido formados para aplicar el tratamiento y contaban con guiones muy extensos de cada una de las sesiones, la presencia de distintos terapeutas puede interferir de alguna forma en el tratamiento. Por ejemplo, es probable que personas con el mismo género o edad que el paciente encuentren más afinidad, o que el grado de experiencia facilite la aplicación del tratamiento, sobre todo en determinados pacientes.

Otra de las limitaciones en relación a la aplicación del tratamiento tiene que ver con la adherencia o el cumplimiento de las sesiones. Durante la aplicación del tratamiento nos hemos encontrado con algunos obstáculos externos a los participantes que han dificultado de alguna manera el cumplimiento y la regularidad de las sesiones. En este punto destacamos sobre todo las diferencias en el huso horario de las personas residentes en América Latina y el impacto de la pandemia provocada por la COVID-19. Algunos pacientes tuvieron que detener el tratamiento debido a la imposibilidad de continuar con las sesiones durante el confinamiento estricto, mientras que otros empeoraron debido a esta situación. En la medida de lo posible se intentaron subsanar estas dificultades, ofreciendo a los pacientes horarios adaptados a su zona horaria (en el caso de los residentes en América Latina) y aplazando las sesiones en el caso de las personas cuya situación de confinamiento les impedía asistir a las sesiones de tratamiento, aunque esto afectara a la rigurosidad del mismo.

Por otro lado, en lo que respecta al grupo control, también nos encontramos con algún obstáculo que ha podido sesgar los resultados. Específicamente, algunas personas del grupo

control, durante el periodo de tiempo en el que se encontraban en lista de espera, acudieron a terapia por otros problemas (por ejemplo, ansiedad, depresión, etc.) e incluso intentaron controlar su conducta sexual de alguna manera ya que les generaba mucho malestar y necesitaban ponerle fin. En estos casos solo pudimos tener en cuenta estas particularidades, aunque algunos de los participantes de este grupo no fueron propuestos para recibir el tratamiento tras la reevaluación ya que habían mejorado notablemente.

Finalmente, otra limitación importante es el escaso número de sujetos que participaron en este estudio, sobre todo en los últimos seguimientos, aunque hay que decir que nuestra muestra es mayor que la de los otros estudios con intervenciones individuales no autoaplicadas que han sido realizados hasta el momento. En cualquier caso, un mayor número de participantes habría permitido realizar otro tipo de análisis estadísticos más rigurosos y una mayor generalizabilidad de los resultados obtenidos.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que este estudio ha contribuido a la mejora en el conocimiento sobre este trastorno, el perfil de las personas que solicitan ayuda terapéutica por este problema, así como los síntomas y problemas asociados al mismo. Asimismo, los datos que proporciona este estudio sobre la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual *online* para la adicción al cibersexo son muy prometedores y suponen una de las pocas evidencias científicas de la eficacia de estos tratamientos. De hecho, se trataría así del único estudio existente que analiza empíricamente, mediante un estudio controlado, la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la adicción al cibersexo y que incluye medidas de seguimiento de hasta 12 meses tras la intervención.

Teniendo en cuenta las limitaciones comentadas y con el fin de seguir arrojando luz sobre las cuestiones que nos plantea el abordaje de esta problemática, destacamos algunas líneas de investigación futuras.

En primer lugar, consideramos que un gran paso a la hora de garantizar un diagnóstico fiable y acertado de esta problemática sería trabajar en la validación de la entrevista diagnóstica CISEX. Esta herramienta en concreto permitiría diagnosticar esta condición clínica recogiendo todos los síntomas y criterios diagnósticos que han sido identificados en relación a este trastorno. Además, las características de la misma nos permiten conocer los cambios en la gravedad del problema durante los últimos seis meses, así como el curso clínico del problema. Asimismo, se debería trabajar en el desarrollo de un protocolo de evaluación que recogiera todas y cada una de las áreas a explorar, incluyendo los síntomas y trastornos comórbidos.

Por otro lado, otro de los objetivos que debería ser abordado en futuras investigaciones es la adicción al cibersexo en mujeres. Actualmente conocemos muy poco sobre cómo es su conducta sexual *online* y, sobre todo, cómo experimentan las mujeres la adicción al cibersexo,

qué factores pueden desencadenar y mantener este problema, las consecuencias experimentadas, etc. Esta importante limitación se ve reflejada en la ausencia de programas de intervención específicos para esta patología en mujeres. Los pocos estudios que incluyen mujeres en sus investigaciones cuentan con un porcentaje muy escaso, prácticamente anecdótico, lo que impide generalizar sus resultados a esta población, por lo que sería necesario abrir una línea de investigación centrada en este colectivo. Esto permitiría profundizar en la perspectiva de género aplicada a este problema de salud mental.

Otro de los aspectos en los que merecería la pena seguir trabajando es el efecto modulador que pueden tener factores como la autoestima o las dificultades en la regulación emocional, altamente documentados en este tipo de adicción, en la eficacia de este tipo de intervenciones.

En última instancia, como líneas futuras de trabajo, el equipo Salusex tiene la intención de seguir avanzando en el tratamiento de esta adicción, desarrollando y poniendo a prueba formatos de intervención diferentes como el grupal *online*, el presencial tanto individual como en grupo, y también una modalidad autoaplicada que quizás podría ayudar especialmente a personas con un perfil de riesgo de adicción con una severidad más leve y con dificultades para seguir las sesiones de un programa pautado temporalmente.

Capítulo 9. Conclusiones

A continuación, se exponen brevemente las principales conclusiones derivadas del presente estudio.

1. Perfil de las personas adictas al cibersexo que buscaron ayuda psicológica

- La mayoría de personas que buscan ayuda terapéutica para su problema de adicción al cibersexo son hombres, con una media de edad de 36.61 años, con un nivel académico y socioeconómico medio-alto. Todos los participantes habían superado mínimamente los estudios secundarios, mientras que un 61% poseía un título superior.
- En lo que respecta a las creencias religiosas, la mayoría de los participantes de este estudio se identificaba como ateo/agnóstico y solo un 13.6% era creyente practicante.
- En cuanto a la orientación sexual, aunque un porcentaje elevado de los participantes se consideraba heterosexual, el 28.8% se identificó como no heterosexual, siendo éste un porcentaje muy superior a la prevalencia general de estas orientaciones sexuales en nuestro contexto.
- El 74.6% de las personas que presentaban un perfil problemático/adictivo en este estudio tenía pareja estable. Además, en general todos tenían una frecuencia sexual moderada-alta (entre 2/3 veces por semana y más de una vez al día).
- Un 18.8% de las personas que participaron en este estudio había sufrido algún tipo de abuso sexual, muy por encima de la prevalencia que encontramos en población general de características similares, lo que puede hacer pensar que éste puede ser un importante factor de riesgo.
- Las personas que participaron en este estudio y que presentan un perfil de riesgo/adicción al cibersexo no tenían ningún trastorno de adicción a sustancias comórbido. Sin embargo, la comorbilidad con la adicción a internet era muy elevada (un 39%).
- Otra sintomatología como la ansioso-depresiva es relativamente frecuente entre las personas con adicción al cibersexo.
- La presencia de problemas en la regulación emocional y en el control de los impulsos, así como la sintomatología nuclear de determinados trastornos como el trastorno adaptativo, el trastorno depresivo mayor o el trastorno obsesivo compulsivo también es frecuente entre las personas con este perfil.
- En lo que respecta al cuadro clínico, aunque la prevalencia del diagnóstico de adicción varía en función de la orientación diagnóstica escogida, algunos síntomas como el malestar emocional tras realizar la conducta sexual, realizar las conductas sexuales con mayor frecuencia y/o duración de lo que se tenía previsto o la incapacidad para controlar o interrumpir la conducta sexual, entre otros, son característicos de prácticamente todos los participantes.

2. Eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual online para el tratamiento de la adicción al cibersexo

- Tras aplicar el tratamiento, ninguna de las personas del grupo experimental cumplía criterios clínicos de adicción al cibersexo, mientras que solo dos personas seguían teniendo un perfil de riesgo de adicción. Además, este cambio en cuanto al cumplimiento de criterios diagnósticos se mantuvo incluso tras 12 meses después de haber finalizado el tratamiento, lo que confirmaría la eficacia tanto a corto como a largo plazo de este programa de intervención para personas con un perfil problemático/adictivo del consumo de cibersexo.
- Tras la intervención, la mayoría de personas dejó de realizar cualquier tipo de conducta sexual *online*, a excepción del visionado de imágenes o películas pornográficas. Concretamente, el porcentaje de personas que seguía realizando esta conducta se redujo a más de la mitad, aumentando ligeramente en los seguimientos posteriores. No obstante, se observó un cambio en otros factores como el tiempo invertido en esta actividad, el grado de malestar asociado o el grado de control, que denotan un comportamiento no compulsivo. Estos cambios también se mantuvieron tras 12 meses después de haber finalizado el tratamiento.
- La severidad de la compulsividad sexual general también descendió tras la intervención, manteniéndose constante en los seguimientos posteriores. No se observaron grandes cambios en la sexualidad *offline* no problemática tras la intervención, aunque algunas prácticas sexuales como la masturbación sin utilizar internet o las relaciones con la pareja estable pasaron a ocupar un porcentaje mucho mayor de la sexualidad de los participantes.
- La intervención también resultó efectiva en la mejora de otros síntomas y problemas comórbidos. Concretamente ayudó a disminuir los síntomas relacionados con una posible adicción a internet en todos los participantes que tenían esta condición previa. También se observaron mejoras considerables en la sintomatología ansioso-depresiva, en la autoestima y la regulación emocional, siendo estos cambios estables durante todos los meses de seguimiento (hasta los 12 meses tras la intervención).
- La valoración por parte de los participantes sobre el tratamiento resultó ser muy positiva, sobre todo en lo que respecta a la lógica del mismo, la utilidad, así como su formato *online*. Además, también se encontraban satisfechos con los cambios obtenidos, corroborando así la eficacia de esta intervención desde la perspectiva subjetiva del paciente o su aceptabilidad.
- Este tratamiento resultó ser efectivo para el tratamiento de personas que realizaban un uso problemático del cibersexo independientemente de su edad, género, situación sentimental, orientación sexual, entre otras variables sociodemográficas.
- Algunos factores que pueden indicar una mayor compulsividad sexual fuera de internet, una mayor inversión temporal previa en estas actividades, la búsqueda de pareja romántica

a través de internet o algunos intereses sexuales poco comunes, como el travestismo, se asociaron con una peor eficacia del tratamiento.

- Por el contrario, otros intereses sexuales parafilicos relacionados con el control de los impulsos, la compulsividad sexual *online* previa y el componente social *online*, así como otras conductas normofílicas, se relacionaron positivamente con mayores cambios en la sintomatología adictiva tras la intervención.
- Al comparar los resultados obtenidos en el grupo experimental respecto al grupo control-lista de espera, observamos que, tras la intervención, las personas del grupo experimental presentan menor prevalencia y gravedad del trastorno clínico en comparación con las personas del grupo control.
- Tras la intervención, las personas del grupo experimental experimentaron algunas mejoras en su conducta sexual *offline* en comparación con las personas del grupo control.
- Las personas del grupo experimental experimentaron una mejora en la sintomatología ansioso-depresiva, así como en los síntomas asociados a la adicción a internet en comparación con el grupo control.
- La tasa de abandono del tratamiento se sitúa en un 27.7%, muy similar a la que se encuentra en otros programas de intervención para patologías similares.
- Algunos factores como un mayor gasto económico *online*, mayor adherencia terapéutica y mayor percepción de la remisión sintomatológica predijeron la continuidad en el programa de intervención.
- En definitiva, las características de este estudio (estudio controlado, con medidas pre-post y de seguimiento hasta 12 meses) avalan empíricamente la eficacia del programa de intervención cognitivo-conductual individual y *online* desarrollado por nuestro equipo para el tratamiento de la adicción al cibersexo.

Chapter 9. Conclusions

The main conclusions derived from this study are briefly presented below.

1. Profile of cybersex addicts seeking psychological treatment

- Most of the people seeking therapeutic help for their cybersex addiction problem were men, with an average age of 36.61 years, with a medium-high academic and socioeconomic level. All participants had at least secondary education, while 61% had a higher education degree.
- Regarding religious beliefs, the vast majority of participants in this study identified themselves as atheist/agnostic and only 13.6% were practicing believers.
- As for sexual orientation, although a high percentage of the participants considered themselves heterosexual, 28.8% identified themselves as non-heterosexual, a percentage much higher than the general prevalence of these sexual orientations in our context.
- 74.6% of people with a problematic/addictive profile in this study had a stable partner. In addition, in general all of them had a moderate-high sexual frequency (between 2/3 times per week and more than once a day).
- A total of 18.8% of the participants in this study had suffered some type of sexual abuse, much higher than the prevalence found in the general population with similar characteristics, which suggests that this may be an important risk factor.
- Individuals who participated in this study and who present a risk/addiction profile for cybersex did not have any comorbid substance addiction disorder. However, comorbidity with internet addiction was very high (39%).
- Other symptomatology such as anxious-depressive symptomatology is relatively frequent among people with cybersex addiction.
- The presence of problems in emotional regulation and impulse control, as well as the core symptomatology of particular disorders such as adjustment disorder, major depressive disorder or obsessive-compulsive disorder is also common among people with this profile.
- Regarding the clinical manifestations, although the prevalence of the diagnosis of addiction varies depending on the diagnostic orientation chosen, some symptoms such as emotional distress after performing the sexual behavior, performing the sexual behaviors more frequently and/or for a longer duration than intended, or the inability to control or interrupt the sexual behavior, among others, are characteristic of practically all participants.

2. Effectiveness of an online cognitive-behavioral intervention program for the treatment of cybersex addiction.

- After applying the treatment, none of the individuals in the experimental group met clinical criteria for cybersex addiction, while only two individuals still had an addiction risk profile. Moreover, this change in terms of fulfilling diagnostic criteria was maintained even after 12 months following the end of treatment, which would confirm both the short- and long-term effectiveness of this intervention program for people with a problematic/addictive profile of cybersex use.
- After the intervention, most people stopped engaging in any type of online sexual behavior, with the exception of viewing pornographic images or movies. Specifically, the percentage of people who continued to engage in this behavior was reduced by more than half, increasing slightly in subsequent follow-ups. However, a change was observed in other factors such as the time spent in this activity, the degree of associated discomfort or the degree of control, denoting non-compulsive behavior. These changes were also maintained 12 months after the end of treatment.
- The severity of general sexual compulsivity also declined after the intervention and remained constant at subsequent follow-ups. No major changes were observed in non-problematic offline sexuality after the intervention, although some sexual practices such as masturbation without using the Internet or relationships with a steady partner came to occupy a much larger percentage of participants' sexuality.
- The intervention was also effective in improving other symptoms and comorbid problems. Specifically, it helped to reduce the symptoms related to a possible Internet addiction in all participants who had this previous condition. Considerable improvements were also observed in anxious-depressive symptomatology, self-esteem and emotional regulation, with these changes being stable during all months of follow-up (up to 12 months after the intervention).
- The participants' assessment of the treatment was very positive, especially with regard to its logic, usefulness and online format. In addition, they were also satisfied with the changes obtained, thus corroborating the effectiveness of this intervention from the patient's subjective perspective or its acceptability.
- This treatment proved to be effective for the treatment of people who had problematic cybersex use regardless of their age, gender, relationship status, sexual orientation, among other sociodemographic variables.
- Some factors that may indicate greater offline sexual compulsivity, greater prior time invested in these activities, seeking romantic partners via the Internet, or some unusual sexual interests, such as transvestism, were associated with worse treatment efficacy.

- In contrast, other sexual paraphilic interests related to impulse control, previous online sexual compulsivity and online social component, as well as other normophilic behaviors, were positively related to greater changes in addictive symptomatology after intervention.
- When comparing the results obtained in the experimental group with respect to the control-wait-list group, we observed that, after the intervention, people in the experimental group had a lower prevalence and severity of the clinical disorder compared to people in the control group.
- After the intervention, people in the experimental group experienced some improvements in their offline sexual behavior compared to people in the control group.
- People in the experimental group experienced an improvement in anxious-depressive symptomatology, as well as in symptoms associated with Internet addiction compared to the control group.
- The treatment dropout rate was 27.7%, very similar to that found in other intervention programs for similar pathologies.
- Some factors such as higher online spending, greater therapeutic adherence and greater perception of symptomatological remission predicted continuation in the intervention program.
- In short, the characteristics of this study (controlled study, with pre-post measures and follow-up up to 12 months) empirically support the efficacy of the individual and online cognitive-behavioral intervention program developed by our team for the treatment of cybersex addiction.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

- Aalsma, M. C., & Fortenberry, J. D. (2011). Childhood sexual abuse scale. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (3rd ed., pp. 1–2). Routledge.
- Abell, J. W., Steenbergh, T. A., & Boivin, M. J. (2006). Cyberporn use in the context of religiosity. *Journal of Psychology and Theology*, *34*(2), 165-171. <https://doi.org/10.1177/009164710603400206>
- Adams, K. M. & Love, T. (2018). The aetiology and differential diagnosis of sex addiction. En T. Birchard, & J. Benfield (Eds.), *The Routledge International Handbook of Sexual Addiction* (pp. 202-225). New Harbinger Publications.
- Ahlers, C. J., Schaefer, G. A., Mundt, I. A., Roll, S., Englert, H., Willich, S. N., & Beier, K. M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *Journal of Sexual Medicine*, *8*, 1362–1370. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01597.x>
- Alavi, S. S., Ghanizadeh, M., Mohammadi, M. R., Jannatifard, F., Esmaili Alamuti, S., & Farahani, M. (2021). The effects of cognitive-behavioral group therapy for reducing symptoms of internet addiction disorder and promoting quality of life and mental health. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *43*(1), 47-56. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0010>
- Albright, J. M. (2008). Sex in America Online: An exploration of sex, marital status and sexual identity in Internet sex seeking and its impacts. *Journal of Sex Research*, *45*(2), 175–186. <https://doi.org/10.1080/00224490801987481>
- Alfonsson, S., Olsson, E., & Hursti, T. (2016). Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an Internet-Based Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, *18*(3), e52. <https://doi.org/10.2196/jmir.5352>
- Allen, M., Emmers-Sommer, T. M., D'Alessio, D., Timmerman, L., Hanzal, A., & Korus, J. (2007). The connection between the physiological and psychological reactions to sexually explicit materials: A literature summary using meta-analysis. *Communication Monographs*, *74*(4), 541-560. <https://doi.org/10.1080/03637750701578648>
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Publication.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publication

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana
- American Psychiatric Association (APA) (2010). *Hypersexual Disorder Screening Inventory*. American Psychiatric Association's DSM-5 workgroup on sexual and gender identity disorders. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=415>
- Anderson, E. L., Steen, E., & Stavropoulos, V. (2017). Internet use and Problematic Internet Use: A systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(4), 430-454. <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1227716>
- Anderson, R. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsbl.* 56, 208–214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Andreassen, C. S., Pallesen, S., & Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive behaviors*, 64, 287-293. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.006>
- Andreassen, C. S., Pallesen, S., Griffiths, M. D., Torsheim, T., & Sinha, R. (2018). The development and validation of the Bergen–Yale Sex Addiction Scale with a large national sample. *Frontiers in psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00144>
- Andrie, E. K., Sakou, I. I., Tzavela, E. C., Richardson, C., & Tsitsika, A. K. (2021). Adolescents' Online Pornography Exposure and Its Relationship to Sociodemographic and Psychopathological Correlates: A Cross-Sectional Study in Six European Countries. *Children*, 8(10), 925. <https://doi.org/10.3390/children8100925>
- Anisimowicz, Y., & O'Sullivan, L. F. (2016). Men's and Women's Use and Creation of Online Sexually Explicit Materials Including Fandom-Related Works. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 823-833. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0865-5>
- Antons, S., & Brand, M. (2018). Trait and state impulsivity in males with tendency towards Internet-pornography-use disorder. *Addictive Behaviors*, 79, 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.029>
- Aydm, B., & San, S. V. (2011). Internet addiction among adolescents: the role of self-esteem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 3500-3505. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.04.325>
- Ayres, M. M., & Haddock, S. A. (2009). Therapists' approaches in working with heterosexual couples struggling with male partners' online sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(1), 55-78. <https://doi.org/10.1080/10720160802711952>

- Baer, J. L., Kohut, T., & Fisher, W. A. (2015). Is pornography use associated with anti-woman sexual aggression? Re-examining the Confluence Model with third variable considerations. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 160–173. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-A6>
- Ballester R., Gil M. D., Ruiz E., Giménez C., & Gómez S. (2008) *Sexual Sensation Seeking Scale: adaptation and validation in a Spanish sample*. [Poster session]. Sixth National Congress of the Spanish Association of Clinical Psychology and Psychopathology, Huelva, Spain.
- Ballester, R. (2006). Tratamiento psicológico de un caso de adicción al cibersexo. En F. X. Méndez, J. P. Espada & M. Orgiles (Eds.), *Terapia Psicológica en niños y adolescentes: Estudio de Casos prácticos*. (pp. 387-414). Pirámide.
- Ballester-Arnal & Gil-Llario, M. D. (en prensa). Sexo online: de la normalidad a la patología. Estrategias y recursos para la prevención, evaluación y tratamiento.
- Ballester-Arnal, R., & García-Barba, M. (en prensa). Evaluación e intervención psicológica en un adolescente con adicción al cibersexo. En F. X. Méndez, J. P. Espada & M. Orgiles (Eds.), *Terapia Psicológica en niños y adolescentes: Estudio de Casos prácticos*. Pirámide.
- Ballester-Arnal, R., Castro Calvo, J., Gil-Llario, M. D., & Gil-Julia, B. (2016). Cybersex addiction: a study on Spanish college students. *Journal of sex & marital therapy*, 43, 1-19. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1208700>
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., García-Barba, M., Ruiz-Palomino, E., & Gil-Llario, M. D. (2021). Problematic and non-problematic engagement in Online Sexual Activities across the lifespan. *Computers in human behavior*, 120, 106774. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106774>
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Julia, B., Giménez-García, C., & Gil-Llario, M. D. (2019). A validation study of the Spanish version of the hypersexual behavior inventory (HBI): paper-and-pencil versus online administration. *Journal of sex & marital therapy*, 45(4), 283-302. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1518886>
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M. D., & Giménez-García, C. (2014). Relationship status as an influence on cybersex activity: Cybersex, youth, and steady partner. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 444-456. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.772549>
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M. D., & Giménez-García, C. (2020). *Adicción al cibersexo: teoría, evaluación y tratamiento*. Alianza Editorial.
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B., & Gil-Llario, M. D. (2020). Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive Behaviors*, 107, 106384. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384>

- Ballester-Arnal, R., García-Barba, M., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D. (2022). Pornography Consumption in People of Different Age Groups: an Analysis Based on Gender, Contents, and Consequences. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00720-z>
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., Castro-Calvo, J., & Cardenas-López, G. (2017). Sexuality in the internet era: expressions of Hispanic adolescent and young people. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(3), 140-155. <https://doi.org/10.1080/10720162.2017.1329041>
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Gómez-Martínez, S., & Gil-Juliá, B. (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema*, 22(4), 1048-1053.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D. & Giménez-García, C. (2019) *Sexualidad y calidad de vida en las personas mayores: análisis de la población de Castellón*. Fundación Dávalos-Fletcher.
- Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D., & Castro-Calvo, J. (2016). Cybersex in the “Net generation”: Online sexual activities among Spanish adolescents. *Computers in Human Behavior*, 57, 261-266. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.036>
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Llario, M. D. G., & Salmerón-Sánchez, P. (2013). Sexual compulsivity scale: adaptation and validation in the spanish population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(6), 526-540. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.665816>
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Llario, M. D. G., & Salmerón-Sánchez, P. (2012). Sexual compulsivity scale: adaptation and validation in the spanish population. *Journal of sex & marital therapy*, 39(6), 526-540. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2012.665816>
- Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E., Espada-Sánchez, J. P., Morell-Mengual, V., & Gil-Llario, M. D. (2018). Psychometric properties and validation of the sexual sensation seeking scale in Spanish adolescents: Brief screening method for use in research and clinical practice. *Personality and Individual Differences*, 122, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.006>
- Banca, P., Morris, L. S., Mitchell, S., Harrison, N. A., Potenza, M. N., & Voon, V. (2016). Novelty, conditioning and attentional bias to sexual rewards. *Journal of psychiatric research*, 72, 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.10.017>
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of sex research*, 41(3), 225-234. <https://doi.org/10.1080/00224490409552230>

- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: Current status and future directions. *Journal of sex research*, *46*(2-3), 121-142. <https://doi.org/10.1080/00224490902747222>
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., & Vukadinovic, Z. (2003). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, *32*, 231-242. <https://doi.org/10.1023/A:1023461500810>
- Banks, J., & Van Ouytsel, J. (2020). Cybersex with human-and machine-cued partners: gratifications, shortcomings, and tensions. *Technology, Mind, and Behavior*, *1*(1). <https://doi.org/10.1037/tmb0000008>
- Baranowski, A. M., Vogl, R., & Stark, R. (2019). Prevalence and determinants of problematic online pornography use in a sample of German women. *The journal of sexual medicine*, *16*(8), 1274-1282. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.010>
- Barrada, J. R., Ruiz-Gómez, P., Correa, A. B., & Castro, Á. (2019). Not all online sexual activities are the same. *Frontiers in psychology*, *10*, 339. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00339>
- Barratt, E.S., & Patton, J.H. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral and psychophysiological correlates. En M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety*. Lawrence Erlbaum.
- Barrault, S., Hegbe, K. G., Bertsch, I., & Courtois, R. (2016). Relationship between traumatic life events of childhood, borderline personality disorder and problematic cybersexual behavior. *Psychotropes*, *22*(3), 65-81. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0065>
- Baumgartner, S. E., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2010). Unwanted online sexual solicitation and risky sexual online behavior across the lifespan. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *31*(6), 439-447. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2010.07.005>
- Beatty, L., & Binnion, C. (2016). A systematic review of predictors of, and reasons for, adherence to online psychological interventions. *International journal of behavioral medicine*, *23*(6), 776-794. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9556-9>
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Pearson Educación
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation
- Becker, P. (2015). *Sexual Addiction: Understanding and Treatment*. Bloomington: AuthorHouse

- Berger, J. H., Kehoe, J. E., Doan, A. P., Crain, D. S., Klam, W. P., Marshall, M. T., & Christman, M. S. (2019). Survey of sexual function and pornography. *Military medicine*, 184(11-12), 731-737. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz079>
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4), 234-245. <https://doi.org/10.1159/000348448>
- Berle, D., Starcevic, V., Milicevic, D., Hannan, A., Dale, E., Brakoulias, V., & Viswasam, K. (2015). Do patients prefer face-to-face or internet-based therapy?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(1), 61. <https://doi.org/10.1159/000367944>
- Beutel, M. E., Giralt, S., Wölfling, K., Stöbel-Richter, Y., Subic-Wrana, C., Reiner, I., ... & Brähler, E. (2017). Prevalence and determinants of online-sex use in the German population. *PLoS One*, 12(6), e0176449. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176449>
- Beyens, I., & Eggermont, S. (2014). Prevalence and predictors of text-based and visually explicit cybersex among adolescents. *Young*, 22(1), 43-65. <https://doi.org/10.1177/0973258613512923>
- Birchard, T. (2011). Sexual Addiction and the Paraphilias. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(3), 157-187. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.606674>
- Birchard, T. (2015). *CBT for compulsive sexual behaviour: A guide for professionals*. Routledge.
- Black, D. W., Kehrberg, L. L., Flumerfelt, D. L., & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 243-249. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.2.243>
- Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J., & Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 413-422. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.003>
- Blais-Lecours, S., Vaillancourt-Morel, M. P., Sabourin, S., & Godbout, N. (2016). Cyberpornography: Time use, perceived addiction, sexual functioning, and sexual satisfaction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(11), 649-655. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0364>
- Blankenship, R., & Laaser, M. (2004). Sexual addiction and ADHD: Is there a connection?. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(1-2), 7-20. <https://doi.org/10.1080/10720160490458184>
- Blaszczynski, A. (2016). Excessive pornography use: Empirically-enhanced treatment interventions. *Australian Clinical Psychologist*, 2(1), 803-812.

- Blunt-Vinti, H. D., Wheldon, C., McFarlane, M., Brogan, N., & Walsh-Buhi, E. R. (2016). Assessing relationship and sexual satisfaction in adolescent relationships formed online and offline. *Journal of Adolescent Health, 58*(1), 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.027>
- Boies, S. C. (2002). University students' uses of and reactions to online sexual information and entertainment: Links to online and offline sexual behavior. *Canadian Journal of Human Sexuality, 11*(2), 77-89.
- Bolshinsky, V., & Gelkopf, M. (2019). Motives and Risk Factors of Problematic Engagement in Online Sexual Activities. *Sexual Addiction & Compulsivity, 26*(3-4), 262-292. <https://doi.org/10.1080/10720162.2019.1645062>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Berry, A. T., & Browning, B. R. (2020). Masculinity and problematic pornography viewing: The moderating role of self-esteem. *Psychology of Men & Masculinities, 21*(1), 81-94. <https://doi.org/10.1037/men0000214>
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 3*(4), 257-260.
- Bóthe, B., Bartók, R., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2018). Hypersexuality, gender, and sexual orientation: A large-scale psychometric survey study. *Archives of Sexual Behavior, 47*(8), 2265-2276. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1201-z>
- Bóthe, B., Baumgartner, C., Schaub, M. P., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2021). Hands-off: Feasibility and preliminary results of a two-armed randomized controlled trial of a web-based self-help tool to reduce problematic pornography use. *Journal of behavioral addictions, 10*(4), 1015-1035. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00070>
- Bóthe, B., Kovács, M., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Orosz, G., & Demetrovics, Z. (2019). The psychometric properties of the Hypersexual Behavior Inventory using a large-scale nonclinical sample. *The Journal of Sex Research, 56*(2), 180-190. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1494262>
- Bóthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J., & Demetrovics, Z. (2020). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(2), 247-258. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034>
- Bóthe, B., Tóth-Király, I., & Orosz, G. (2015). Clarifying the links among online gaming, internet use, drinking motives, and online pornography use. *Games for health journal, 4*(2), 107-112. <https://doi.org/10.1089/g4h.2014.0054>

- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Bella, N., Potenza, M. N., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2021). Why do people watch pornography? The motivational basis of pornography use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(2), 172-186. <https://doi.org/10.1037/adb0000603>
- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2020). The short version of the problematic pornography consumption scale (PPCS-6): A reliable and valid measure in general and treatment-seeking populations. *The Journal of Sex Research*, 58(3), 342–352. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1716205>
- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Griffiths, M. D., Potenza, M. N., Orosz, G., & Demetrovics, Z. (2021). Are sexual functioning problems associated with frequent pornography use and/or problematic pornography use? Results from a large community survey including males and females. *Addictive Behaviors*, 112, 106603. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106603>
- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Zsila, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2018). The development of the problematic pornography consumption scale (PPCS). *The Journal of Sex Research*, 55(3), 395-406. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1291798>
- Bóthe, B., Vaillancourt-Morel, M. P., Bergeron, S., & Demetrovics, Z. (2019). Problematic and non-problematic pornography use among LGBTQ adolescents: A systematic literature review. *Current Addiction Reports*, 6(4), 478-494. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00289-5>
- Bóthe, B., Vaillancourt-Morel, M. P., Girouard, A., Štulhofer, A., Dion, J., & Bergeron, S. (2020). A Large-Scale Comparison of Canadian Sexual/Gender Minority and Heterosexual, Cisgender Adolescents' Pornography Use Characteristics. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1156-1167. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.02.009>
- Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2014). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. In *Mindfulness-based treatment approaches* (pp. 141-157). Academic Press.
- Bradley, D. F., Grubbs, J. B., Uzdavines, A., Exline, J. J., & Pargament, K. I. (2016). Perceived addiction to internet pornography among religious believers and nonbelievers. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 23(2-3), 225-243. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0486-4>
- Brahim, F. B., Rothen, S., Bianchi-Demicheli, F., Courtois, R., & Khazaal, Y. (2019). Contribution of sexual desire and motives to the compulsive use of cybersex. *Journal of behavioral addictions*, 8(3), 442-450. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.47>
- Brand, M., Antons, S., Wegmann, E., & Potenza, M. N. (2019). Theoretical assumptions on pornography problems due to moral incongruence and mechanisms of addictive or compulsive use of pornography: Are the two “conditions”

- as theoretically distinct as suggested?. *Archives of sexual behavior*, 48(2), 417-423. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1293-5>
- Brand, M., Laier, C., Pawlikowski, M., Schächtle, U., Schöler, T., & Altstötter-Gleich, C. (2011). Watching pornographic pictures on the Internet: Role of sexual arousal ratings and psychological–psychiatric symptoms for using Internet sex sites excessively. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(6), 371-377. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0222>
- Brand, M., Snagowski, J., Laier, C., & Maderwald, S. (2016). Ventral striatum activity when watching preferred pornographic pictures is correlated with symptoms of Internet pornography addiction. *Neuroimage*, 129, 224-232. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.01.033>
- Brand, M., Young, K. S., Laier, C., Wölfling, K., & Potenza, M. N. (2016). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 252-266. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.033>
- Braun-Harvey, D., & Vigorito, M. A. (2015). *Treating Out of Control Sexual Behavior: Rethinking Sex Addicton*. Springer Publishing Company.
- Brem, M. J., Garner, A. R., Grigorian, H., Florimbio, A. R., Wolford-Clevenger, C., Shorey, R. C., & Stuart, G. L. (2018). Problematic pornography use and physical and sexual intimate partner violence perpetration among men in batterer intervention programs. *Journal of interpersonal violence*, 36(11-12), NP6085-NP6105. <https://doi.org/10.1177/0886260518812806>
- Brewer, G., & Tidy, P. (2017). Sex addiction: therapist perspectives. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(1), 40-53. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1347618>
- Bridges, A. J., & Morokoff, P. J. (2011). Sexual media use and relational satisfaction in heterosexual couples. *Personal Relationships*, 18(4), 562-585. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01328.x>
- Brouillard, P., Štulhofer, A., & Buško, V. (2019). The New Sexual Satisfaction Scale and Its Short Form. In Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (pp. 496-499). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Brown, C. C., Durtschi, J. A., Carroll, J. S., & Willoughby, B. J. (2017). Understanding and predicting classes of college students who use pornography. *Computers in Human Behavior*, 66, 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.09.008>

- Cabecinha, M., Mercer, C. H., Gravningen, K., Aicken, C., Jones, K. G., Tanton, C., Wellings, K., Sonnenberg, P., & Field, N. (2017). Finding sexual partners online: prevalence and associations with sexual behaviour, STI diagnoses and other sexual health outcomes in the British population. *Sexually Transmitted Infections*, 93(8), 572-582. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2016-052994>
- Cacioppo, M., Gori, A., Schimmenti, A., Baiocco, R., Laghi, F., & Caretti, V. (2018). Development of a new screening tool for cyber pornography: Psychometric properties of the Cyber Pornography Addiction Test (CYPAT). *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 15(1), 60-65.
- Calvert, R., & Kellett, S. (2014). Cognitive analytic therapy: A review of the outcome evidence base for treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(3), 253-277. <https://doi.org/10.1111/papt.12020>
- Comp Care. (1987). Hope and recovery: A twelve step guide for healing from compulsive sexual behavior. *Author*.
- Carnes, P. (1989). *Contrary to love: Helping the sexual addict*. CompCare Publishers.
- Carnes, P. (1991). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. CompCare Publishers.
- Carnes, P. J. (1992). *Don't Call it Love: Recovery From Sexual Addiction*. Bantam Books.
- Carnes, P. J. (2000). Sexual addiction and compulsion: Recognition, treatment, and recovery. *CNS spectrums*, 5(10), 63-74. <https://doi.org/10.1017/S1092852900007689>
- Carnes, P. J. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction* (3rd ed.). Hazelden Publishing. (Originally published 1983)
- Carnes, P. J., & Adams, K. M. (2002). *Clinical management of sex addiction*. Brunner-Routledge.
- Carnes, P. J., & Adams, K. M. (Eds.). (2019). *Clinical management of sex addiction*. Routledge.
- Carnes, P. J., Delmonico, D. L. & Griffin, E. J. (2007). *In the shadows of the net: Breaking free of compulsive online sexual behavior*. Hazelden educational materials.
- Carnes, P. J., Green, B. A., Merlo, L. J., Polles, A., Carnes, S., & Gold, M. S. (2012). PATHOS: A brief screening application for assessing sexual addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1), 29-34. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e3182251a28>
- Carnes, P., Green, B., & Carnes, S. (2010). The same yet different: Refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(1), 7-30. <https://doi.org/10.1080/10720161003604087>

- Carnes, S., & Lee, M. A. (2014). Picking Up the Pieces: Helping Partners and Family Members Survive the Impact of Sex Addiction. En Rosenberg K. P. & Curtiss, F., *Behavioral Addictions* (pp. 267-284). Academic Press.
- Carnes, S., & Love, T. (2017). Separating models obscures the scientific underpinnings of sex addiction as a disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2253-2256. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1072-8>
- Carroll, J. S., Padilla-Walker, L. M., Nelson, L. J., Olson, C. D., McNamara Barry, C., & Madsen, S. D. (2008). Generation XXX: Pornography acceptance and use among emerging adults. *Journal of adolescent research*, 23(1), 6-30. <https://doi.org/10.1177/0743558407306348>
- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2020). Use of Digital Technology to Provide or Enhance the Delivery of Psychotherapeutic Interventions for Addictions. *The Oxford Handbook of Digital Technologies and Mental Health*, 415.
- Carruth, B. (2011). *Psychological trauma and addiction treatment*, Routledge.
- Carter, D. R., & Ruiz, N. J. (1996). Discriminant validity and reliability studies on the Sexual Addiction Scale of the Disorders Screening Inventory. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 3(4), 332-340. <https://doi.org/10.1080/10720169608400123>
- Carvalho, A., & Gomes, F. A. (2003). Cybersex in Portuguese chat rooms: A study of sexual behaviors related to online sex. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 345-360. <https://doi.org/10.1080/00926230390224729>
- Carvalho, A., Træen, B., & Stulhofer, A. (2015). Masturbation and pornography use among coupled heterosexual men with decreased sexual desire: How many roles of masturbation?. *Journal of sex & marital therapy*, 41(6), 626-635. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958790>
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder. *CNS drugs*, 23(11), 927-938. <https://doi.org/10.2165/11311000-000000000-00000>
- Castellini, G., Rellini, A. H., Appignanesi, C., Pinucci, I., Fattorini, M., Grano, E., ... & Ricca, V. (2018). Deviance or normalcy? The relationship among paraphilic thoughts and behaviors, hypersexuality, and psychopathology in a sample of university students. *The journal of sexual medicine*, 15(9), 1322-1335. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.07.015>
- Castine, B. R., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O., Martinez-Gonzalez, J. M., Hohwy, J., & Verdejo-Garcia, A. (2019). Self-awareness deficits associated with lower treatment

- motivation in cocaine addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 45(1), 108-114. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1511725>
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., & García-Barba, M. (2020). Adicción al cibersexo en función de la orientación sexual: prevalencia y predictores. *Informació psicològica*, (120), 65-79. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2020.120.5>
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., Billieux, J., Gil-Julia, B., & Gil-Llario, M. D. (2018). Spanish validation of the sexual addiction screening test. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 584-600. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.57>
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., & Giménez-García, C. (2016). Common etiological pathways between toxic substance use, Internet and cybersex addiction: The role of expectancies and antisocial deviance proneness. *Computers in Human Behavior*, 63, 383-391. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.066>
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., Salmerón-Sánchez, P., & Gil-Llario, M. D. (2016). Traducción y validación preliminar del cuestionario de adicción al sexo en jóvenes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 319-328.
- Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B., & Ballester-Arnal, R. (2020). Occurrence and clinical characteristics of Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD): A cluster analysis in two independent community samples. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 446-468. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00025>
- Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D., & Ballester-Arnal, R. (2018). Motives to engage in online sexual activities and their links to excessive and problematic use: A systematic review. *Current Addiction Reports*, 5(4), 491-510. <https://doi.org/10.1007/s40429-018-0230-y>
- Cavaglioni, G. (2009). Cyber-porn dependence: voices of distress in an Italian internet self-help community. *International journal of mental health and addiction*, 7(2), 295-310. <https://doi.org/10.1007/s11469-008-9175-z>
- Chadwick, S. B., Burke, S. M., Goldey, K. L., Bell, S. N. & van Anders, S. M. (2017). Sexual desire in sexual minority and majority women and men: The multifaceted Sexual Desire Questionnaire (DESQ). *Archives of Sexual Behavior*, 46, 2465–2484 <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0895-z>
- Chamberlain, S. R., & Grant, J. E. (2018). Minnesota Impulse Disorders Interview (MIDI): Validation of a structured diagnostic clinical interview for impulse control disorders in an enriched community sample. *Psychiatry research*, 265, 279-283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.006>

- Chaney, M. P., & Burns-Wortham, C. M. (2014). The relationship between online sexual compulsivity, dissociation, and past child abuse among men who have sex with men. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 8(2), 146-163. <https://doi.org/10.1080/15538605.2014.895663>
- Chaney, M. P., & Dew, B. J. (2003). Online experiences of sexually compulsive men who have sex with men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10(4), 259-274. <https://doi.org/10.1080/713775414>
- Chang, M. K., & Law, S. P. M. (2008). Factor structure for Young's Internet Addiction Test: A confirmatory study. *Computers in human behavior*, 24(6), 2597-2619. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.03.001>
- Charest, M., Kleinplatz, P. J., & Lund, J. I. (2016). Sexual health information disparities between heterosexual and LGBTQ+ young adults: Implications for sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), 74-85. <https://doi.org/10.3138/cjhs.252-A9>
- Chavira, D. A., Golinelli, D., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Rose, R. D., Lang, A. J., Campbell-Sills, L., Welch, S., Bumgardner, K., Glenn, D., Barrios, V., Roy-Byrne, P., & Craske, M. (2014). Treatment engagement and response to CBT among Latinos with anxiety disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 392-403. <https://doi.org/10.1037/a0036365>
- Chen, L., Ding, C., Jiang, X., & Potenza, M. N. (2018). Frequency and duration of use, craving and negative emotions in problematic online sexual activities. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 25(4), 396-414. <https://doi.org/10.1080/10720162.2018.1547234>
- Chen, L., Yang, Y., Su, W., Zheng, L., Ding, C., & Potenza, M. N. (2018). The relationship between sexual sensation seeking and problematic Internet pornography use: A moderated mediation model examining roles of online sexual activities and the third-person effect. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 565-573. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.77>
- Ciclitira, K. (2004). Pornography, women and feminism: Between pleasure and politics. *Sexualities*, 7(3), 281-301. <https://doi.org/10.1177/1363460704040143>
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 129-134. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.108670>
- Coleman, E. (1990). The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 2, 9-14

- Coleman, E. (1992). Is your patient suffering from compulsive sexual behavior?. *Psychiatric Annals*, 22(6), 320-325. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19920601-09>
- Coleman, E., Dickenson, J. A., Girard, A., Rider, G. N., Candelario-Pérez, L. E., Becker-Warner, R., Kovic, A. G., & Munns, R. (2018). An integrative biopsychosocial and sex positive model of understanding and treatment of impulsive/compulsive sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 25(2-3), 125-152. <https://doi.org/10.1080/10720162.2018.1515050>
- Coleman, E., Gratzner, T., Nesvacil, L., & Raymond, N. C. (2000). Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: a retrospective study. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(4), 282-284.
- Coleman, E., Miner M., Ohlerking, F., & Raymond, N. (2001). Compulsive Sexual Behavior Inventory: A preliminary study of reliability and validity. *Journal of sex & marital therapy*, 27(4), 325-332. <https://doi.org/10.1080/009262301317081070>
- Collins, G., & Adleman, A. (2011). *Breaking the cycle: Free yourself from sex addiction, porn obsession, and shame*. New Harbinger Publications.
- Comings, D. E. (1994). Role of genetic factors in human sexual behavior based on studies of Tourette syndrome and ADHD probands and their relatives. *American journal of medical genetics*, 54(3), 227-241. <https://doi.org/10.1002/ajmg.1320540309>
- Cooper, A, Boies, S., Maheu, M., & Greenfield, D. (1999). Sexuality and the internet: The next sexual revolution. In F. Muscarella & L. Szuchman (Eds.), *The psychological science of sexuality: A research based approach* (pp. 519-545). New York: Wiley
- Cooper, A. & Griffin-Shelley, E. (2002). Introduction. The internet: The next sexual revolution. En A. Cooper (Ed.), *Sex & the internet: A guidebook for clinicians* (pp. 12-26). Brunner routledge.
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 181-187. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.187>
- Cooper, A. L., Safir, M. P., & Rosenmann, A. (2006). Workplace worries: A preliminary look at online sexual activities at the office—Emerging issues for clinicians and employers. *CyberPsychology & Behavior*, 9(1), 22-29. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.22>
- Cooper, A., Delmonico, D. L., & Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 5-29. <https://doi.org/10.1080/10720160008400205>

- Cooper, A., Delmonico, D. L., Griffin-Shelley, E., & Mathy, R. M. (2004). Online sexual activity: An examination of potentially problematic behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(3), 129–143. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160490882642>
- Cooper, A., Griffin-Shelley, E., Delmonico, D. L., & Mathy, R. M. (2001). Online sexual problems: Assessment and predictive variables. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 8(3-4), 267-285. <https://doi.org/10.1080/107201601753459964>
- Cooper, A., Morahan-Martin, J., Mathy, R.M., & Maheu, M. (2002). Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 105–129. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230252851861>.
- Cooper, A., Putnam, D. E., Planchon, L. A. & Boies, S. C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 6, 79-104. <https://doi.org/10.1080/10720169908400182>
- Cooper, A., Scherer, C. R., Boies, S. C., & Gordon, B. L. (1999). Sexuality on the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 154–164. doi:10.1037/0735-7028.30.2.154
- Corley, A. (1999). *The gay and bisexual male Sexual Addiction Screening Test (G-SAST)*. St. Louis, MO: The annual conference of the National Council on Sexual Addiction and Compulsivity.
- Corley, M. D., & Kort, J. (2006). The sex addicted mixed-orientation marriage: Examining attachment styles, internalized homophobia and viability of marriage after disclosure. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13(2-3), 167-193. <https://doi.org/10.1080/10720160600870737>
- Cornelius, J. B., & Appiah, J. A. (2016). Using mobile technology to promote safe sex and sexual health in adolescents: current practices and future recommendations. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 43-57. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S69853>
- Courtice, E. L., & Shaughnessy, K. (2017). Technology-mediated sexual interaction and relationships: a systematic review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(3-4), 269-290. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1397948>
- Courtice, E. L., & Shaughnessy, K. (2018). The partner context of sexual minority women's and men's cybersex experiences: Implications for the traditional sexual script. *Sex Roles*, 78(3-4), 272-285. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0792-5>
- Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.001>

- Daneback, K., Cooper, A., & Månsson, S. A. (2005). An Internet study of cybersex participants. *Archives of sexual behavior, 34*(3), 321-328. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-3120-z>
- Daneback, K., Mansson, S., & Ross, M. (2007). Using the Internet to find offline sex partners. *CyberPsychology and Behavior, 10*, 100–107. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9986>
- Daneback, K., Ross, M. W., & Månsson, S. A. (2006). Characteristics and behaviors of sexual compulsives who use the Internet for sexual purposes. *Sexual Addiction & Compulsivity, 13*(1), 53-67. <https://doi.org/10.1080/10720160500529276>
- Daneback, K., Sevcikova, A., Månsson, S. A., & Ross, M. W. (2013). Outcomes of using the internet for sexual purposes: fulfilment of sexual desires. *Sexual Health, 10*(1), 26-31. <https://doi.org/10.1071/SH11023>
- Daspe, M. È., Vaillancourt-Morel, M. P., Lussier, Y., Sabourin, S., & Ferron, A. (2018). When pornography use feels out of control: The moderation effect of relationship and sexual satisfaction. *Journal of sex & marital therapy, 44*(4), 343-353. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405301>
- Davidson, C. D., Cheung, G., & Jansen, K. (2017). Hypersexuality in psychiatric conditions observer-rated scale (HIPCORS): evaluation of reliability and validity. *Journal of sex & marital therapy, 43*(3), 277-287. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1149127>
- De France, K., & Hollenstein, T. (2017). Assessing emotion regulation repertoires: The regulation of emotion systems survey. *Personality and Individual Differences, 119*, 204-215. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.018>
- Delcea, C., & Siserman, C. (2020). Validation and Standardization of the Questionnaire for Evaluation of Paraphilic Disorders. *Romanian Journal of Legal Medicine, 28*(1), 14-20. DOI:10.4323/rjlm.2020.14
- Delmonico, D. (1997). *Internet Sex Screening Test*. Recuperado de <http://www.sexhelp.com>
- Delmonico, D. L., Griffin, E., & Carnes, P. J. (2002). Treating online compulsive sexual behavior: When cybersex is the drug of choice. En A. Cooper (Ed.), *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians* (pp. 147-168). Brunner-Routledge.
- Delmonico, D., & Miller, J. (2003). The Internet Sex Screening Test: A comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and relationship therapy, 18*(3), 261-276.
- DeLonga, K., Torres, H. L., Kamen, C., Evans, S. N., Lee, S., Koopman, C., & Gore-Felton, C. (2011). Loneliness, internalized homophobia, and compulsive internet use: Factors associated with sexual risk behavior among a sample of adolescent males seeking

- services at a community LGBT center. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(2), 61-74. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.581897>
- Derogatis, L.R. & Savitz, K.L. (2000) The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M.E. Maruish (Ed.), *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings*, (pp. 217-334). Lawrence Erlbaum Associates.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration Scoring and Procedures Manual*. Clinical Psychometric Research.
- Dew, B. J., & Chaney, M. P. (2005). The relationship among sexual compulsivity, internalized homophobia, and HIV at-risk sexual behavior in gay and bisexual male users of internet chat rooms. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12(4), 259-273. <https://doi.org/10.1080/10720160500362306>
- Dhuffar, M. K. & Griffiths, M. D. (2018). the role of shame in sexual addiction. A review of empirical research. En T. Birchard & J. Benfield (Eds.), *The Routledge International Handbook of Sexual Addiction* (pp. 263-280). New Harbinger Publications.
- Dhuffar, M. K., & Griffiths, M. D. (2015). A systematic review of online sex addiction and clinical treatments using CONSORT evaluation. *Current Addiction Reports*, 2(2), 163-174.. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0055-x>
- Dhuffar, M. K., & Griffiths, M. D. (2016). Barriers to female sex addiction treatment in the UK. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 562-567. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.072>
- Donkin, L., & Glozier, N. (2012). Motivators and motivations to persist with online psychological interventions: a qualitative study of treatment completers. *Journal of medical Internet research*, 14(3), e2100. doi: 10.2196/jmir.2100.
- Doornwaard, S. M., den Boer, F., Vanwesenbeeck, I., van Nijnatten, C. H., ter Bogt, T. F., & van den Eijnden, R. J. (2017). Dutch adolescents' motives, perceptions, and reflections toward sex-related internet use: results of a web-based focus-group study. *The Journal of Sex Research*, 54(8), 1038-1050. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1255873>
- Doornwaard, S. M., van Den Eijnden, R. J., Baams, L., Vanwesenbeeck, I., & Ter Bogt, T. F. (2016). Lower psychological well-being and excessive sexual interest predict symptoms of compulsive use of sexually explicit Internet material among adolescent boys. *Journal of youth and adolescence*, 45(1), 73-84. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0326-9>
- Döring, N. M. (2009). The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089-1101. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.04.003>

- Döring, N., & Mohseni, M. R. (2019). Are online sexual activities and sexting good for adults' sexual well-being? Results from a national online survey. *International Journal of Sexual Health, 30*(3), 250-263. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1491921>
- Döring, N., Daneback, K., Shaughnessy, K., Grov, C., & Byers, E. S. (2017). Online sexual activity experiences among college students: A four-country comparison. *Archives of sexual behavior, 46*(6), 1641-1652. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0656-4>
- Downing Jr, M. J., Antebi, N., & Schrimshaw, E. W. (2014). Compulsive use of Internet-based sexually explicit media: Adaptation and validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). *Addictive behaviors, 39*(6), 1126-1130. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.007>
- Downing, M. J., Schrimshaw, E. W., Scheinmann, R., Antebi-Gruszka, N., & Hirshfield, S. (2017). Sexually explicit media use by sexual identity: A comparative analysis of gay, bisexual, and heterosexual men in the United States. *Archives of Sexual Behavior, 46*(6), 1763-1776. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0837-9>
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., & Dekker, J. J. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(5), 668-680. <https://doi.org/10.1037/a0020570>
- Duarte-Garcia, F., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse, 36*(5), 254-260. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503823>
- Dwulit, A. D., & Rzymiski, P. (2019). The potential associations of pornography use with sexual dysfunctions: an integrative literature review of observational studies. *Journal of clinical medicine, 8*(7), 914. <https://doi.org/10.3390/jcm8070914>
- Earle, R., & Isenberg, R. (2018). Overview of presentations of sexual addiction. En T. Birchard, & J. Benfield (Eds.), *The Routledge International Handbook of Sexual Addiction* (pp. 41-54). New Harbinger Publications.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica, 32*(1), 65-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Edwards, W. M., Delmonico, D. L., & Griffin, E. (2011). *Cybersex unplugged: Finding sexual health in an electronic world*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Efrati, Y., & Amichai-Hamburger, Y. (2020). Are adolescents who consume pornography different from those who engaged in online sexual activities?. *Children and Youth Services Review, 111*, 104843. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104843>

- Efrati, Y., & Gola, M. (2018a). Treating compulsive sexual behavior. *Current Sexual Health Reports*, 10(2), 57-64. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0143-8>
- Efrati, Y., & Gola, M. (2018b). Compulsive sexual behavior: A twelve-step therapeutic approach. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 445-453. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.26>
- Efrati, Y., & Mikulincer, M. (2018). Individual-based Compulsive Sexual Behavior Scale: Its development and importance in examining compulsive sexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(3), 249-259. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405297>
- El Alaoui, S., Ljotsson, B., Hedman, E., Kaldø, V., Andersson, E., Rück, C., Andersson, G., & Lindfors, N. (2015). Predictors of symptomatic change and adherence in internet-based cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder in routine psychiatric care. *PloS one*, 10(4), e0124258. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124258>
- Eljawad, M. A., Se'eda, H., Ghozy, S., El-Qushayri, A. E., Elsherif, A., Elkassar, A. H., Atta-Allah, M. H., Ibrahim, W., Elmahdy, M. A., & Islam, S. M. S. (2021). Pornography Use Prevalence and Associated Factors in Arab Countries: A Multinational Cross-Sectional Study of 15,027 Individuals. *The journal of sexual medicine*, 18(3), 539-548. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.011>
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511761676>
- Emmers-Sommer, T. M. (2017). Reasons for pornography consumption: Associations with gender, psychological and physical sexual satisfaction, and attitudinal impacts. *Sexuality & Culture*, 22(1), 48-62. <https://doi.org/10.1007/s12119-017-9452-8>
- Emmers-Sommer, T., Hertlein, K., & Kennedy, A. (2013). Pornography use and attitudes: An examination of relational and sexual openness variables between and within gender. *Marriage & Family Review*, 49(4), 349-365. <https://doi.org/10.1080/01494929.2012.762449>
- Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*, 6(4), 534-544. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.086>
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. En M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–152). Guilford Press.
- Fernandez, D. P., & Griffiths, M. D. (2019). Psychometric instruments for problematic pornography use: A systematic review. *Evaluation & the health professions*. 1-71. <https://doi.org/10.1177/0163278719861688>

- Fernández-Villa, T., Molina, A. J., García-Martín, M., Llorca, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martín, V. (2015). Validation and psychometric analysis of the Internet Addiction Test in Spanish among college students. *BMC public health*, *15*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2281-5>
- Ferree, M. C. (2012). Making advances: A comprehensive guide for treating female sex and love addicts. Society for the Advancement of Sexual Health.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse and Neglect*, *29*(4), 383–412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001>
- FirooziKhojastehfar, R., Asgari, K., Kalantari, M., Raisi, F., Shahvari, Z., Dadras, I., & Amani Jabalkandi, S. (2021). A Pilot Randomized Control of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression and Hypersexual Behaviors in Compulsive Sexual Behavior Disorder. *Sexual Health & Compulsivity*, *28*(3-4), 189-199. <https://doi.org/10.1080/26929953.2022.2041514>
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I)*. Biometric Research Department.
- Fisher, T. D., & Hall, R. G. (1988). Attitudes toward sexuality scale. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 340-348). Routledge.
- Flanders, C. E., Pragg, L., Dobinson, C., & Logie, C. (2017). Young sexual minority women's use of the internet and other digital technologies for sexual health information seeking. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *26*(1), 17-25. <https://doi.org/10.3138/cjhs.261-A2>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giraldez, S., & Muniz, J. (2012). Psychometric properties of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in college students. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *20*(3), 547-561.
- Fontenelle, L. F., Oostermeijer, S., Harrison, B. J., Pantelis, C., & Yücel, M. (2011). Obsessive-compulsive disorder, impulse control disorders and drug addiction. *Drugs*, *71*(7), 827-840. <https://doi.org/10.2165/11591790-000000000-00000>
- Ford, J. J., Durtschi, J. A., & Franklin, D. L. (2012). Structural therapy with a couple battling pornography addiction. *The American Journal of Family Therapy*, *40*(4), 336-348. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.685003>

- Forest, A. L., & Wood, J. V. (2012). When social networking is not working: Individuals with low self-esteem recognize but do not reap the benefits of self-disclosure on Facebook. *Psychological science*, 23(3), 295-302. <https://doi.org/10.1177/0956797611429709>
- Foubert, J. (2016). *How pornography harms*. Life Rich Publishing.
- Fraumeni-McBride, J. (2019). Addiction and mindfulness; pornography addiction and mindfulness-based therapy ACT. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 26(1-2), 42-53. <https://doi.org/10.1080/10720162.2019.1576560>
- Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical psychology review*, 31(3), 490-498. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.007>
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 503–519. [doi:10.1007/s10899-013-9373-x](https://doi.org/10.1007/s10899-013-9373-x).
- Gaither, G. A., & Sellbom, M. (2003). The sexual sensation seeking scale: Reliability and validity within a heterosexual college student sample. *Journal of Personality Assessment*, 81(2), 157-167. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8102_07
- Galinsky, A. M., & Sonenstein, F. L. (2011). The association between developmental assets and sexual enjoyment among emerging adults. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 610-615. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.09.008>
- Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Borrajo, E., & Calvete, E. (2015). Prevalence and association of sexting and online sexual victimization among Spanish adults. *Sexuality Research and Social Policy*, 12(2), 145-154. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0186-9>
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 254-260. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503823>
- Garcia, F. D., Delavenne, H. G., Assumpção, A. D. F. A., & Thibaut, F. (2013). Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. *Current psychiatry reports*, 15(5), 356. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0356-5>
- García-Barba, Elipe-Miravet, M., Nebot-García, J.E., Cervigón-Carrasco, V., & Ballester-Arnal, R. (2021). *Validación preliminar de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en consumidores de riesgo de cibersexo* [Póster]. II Congreso Internacional de Sexualidad, Castellón, España.

- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Social support as a protective factor of recurrence after drug addiction treatment. *Revista medica de Chile*, *136*(2), 169-178.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141-149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., & Castro-Calvo, J. (2015). Sexual sensation seeking in Spanish young men and women with different sexual orientations. *Journal of sex & marital therapy*, *41*(5), 525-530. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.931316>
- Giménez-García, C., Nebot-Garcia, J. E., Ruiz-Palomino, E., García-Barba, M., & Ballester-Arnal, R. (2021). Spanish Women and Pornography Based on Different Sexual Orientation: an Analysis of Consumption, Arousal, and Discomfort by Sexual Orientation and Age. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00617-3>
- Giordano, A. L., & Cashwell, C. S. (2017). Cybersex addiction among college students: A prevalence study. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *24*(1-2), 47-57. <http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2017.1287612>
- Giugliano, J. (2006). Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *13*, 361–375. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160601011273>
- Giugliano, J. (2006). Out of control sexual behavior: A qualitative investigation. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, *13*, 361–375. <https://doi.org/10.1080/10720160601011273>
- Giugliano, J. R. (2008). Sexual impulsivity, compulsivity or dependence: An investigative inquiry. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *15*(2), 139-157. <https://doi.org/10.1080/10720160802035600>
- Gola, M., & Potenza, M. N. (2016). Paroxetine treatment of problematic pornography use: A case series. *Journal of behavioral addictions*, *5*(3), 529-532. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.046>
- Gola, M., Lewczuk, K., & Skorko, M. (2016). What matters: Quantity or quality of pornography use? Psychological and behavioral factors of seeking treatment for problematic pornography use. *The journal of sexual medicine*, *13*(5), 815-824. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.169>

- Gola, M., Lewczuk, K., Potenza, M. N., Kingston, D. A., Grubbs, J. B., Stark, R., & Reid, R. C. (2020). What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder? *Journal of Behavioral Addictions*, 2, 7–12. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00090>
- Gola, M., Skorko, M., Kowalewska, E., Kołodziej, A., Sikora, M., Wodyk, M., Wodyk, Z., & Dobrowolski, P. (2016). Polish adaptation of Sexual Addiction Screening Test-Revised. *Psychiatria Polska*, 51(1), 95-115. <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/61414>
- Gola, M., Wordecha, M., Sescousse, G., Lew-Starowicz, M., Kossowski, B., Wypych, M., . . . Marchewka, A. (2017). Can pornography be addictive? An fMRI study of men seeking treatment for problematic pornography use. *Neuropsychopharmacology*, 42, 2021–2031. <http://dx.doi.org/10.1038/npp.2017.78>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297(6653), 897-899. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
- González-Ortega, E., Vicario-Molina, I., Martínez, J. L., & Orgaz, B. (2015). The internet as a source of sexual information in a sample of Spanish adolescents: Associations with sexual behavior. *Sexuality Research and Social Policy*, 12(4), 290-300. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0196-7>
- Goodman, A. (1992). Sexual addiction: designation and treatment. *Journal of sex & marital therapy*, 18(4), 303-314. <https://doi.org/10.1080/00926239208412855>
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), 225-251. <https://doi.org/10.1080/00926239308404908>
- Goodman, A. (1998). Sexual addiction: The new frontier. *The Counselor*, 16(5), 17-26.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical pharmacology*, 75(1), 266-322. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.07.030>
- Goodson, P., McCormick, D., & Evans, A. (2000). Sex on the Internet: College students' emotional arousal when viewing sexually explicit materials on-line. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25(4), 252–260. <https://doi.org/10.1080/01614576.2000.11074358>
- Gopalan, R. T. (2019). Impact of online dating, cyber stalking, cybersex, and pornography on mental health. En R. T. Gopalan (Ed.), *Intimacy and developing personal relationships in the virtual world* (pp. 244-271). IGI Global. Information Science Publishing/IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-4047-2.ch014>

- Graham, C. A., Sanders, S. A., & Milhausen, R. R. (2006). The Sexual Excitation and Sexual Inhibition Inventory for Women: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 397–410. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9041-7>
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Baño, M., Agüera, Z., ... & Jiménez-Murcia, S. (2016). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. *European Psychiatry*, 39, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.06.004>
- Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Janardhan Reddy, Y. C., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., & Stein, D. J. (2014). Impulse control disorders and "behavioural addictions" in the ICD-11. *World psychiatry*, 13(2), 125–127. <https://doi.org/10.1002/wps.20115>
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(5), 233-241. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>
- Grant, J. E., Levine, L., Kim, D., & Potenza, M. N. (2005). Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2184-2188. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2184>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greaves, L. M., Barlow, F. K., Lee, C. H., Matika, C. M., Wang, W., Lindsay, C. J., ... & Sibley, C. G. (2017). The diversity and prevalence of sexual orientation self-labels in a New Zealand national sample. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1325-1336. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0857-5>
- Greenberg, D. M., Bradford, J. M., Curry, S., & O'Rourke, A. (1996). A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: A retrospective study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 24(4), 525-532.
- Greenfield, D. & Orzack, M. (2002). The electronic bedroom: Clinical assessment of online sexual problems and Internet-enabled sexual behavior. En Al. Cooper (Ed.), *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians*, (pp. 129-145). Brunner-Routledge
- Griffin, B. J., Worthington, E. L., Leach, J. D., Hook, J. N., Grubbs, J., Exline, J. J., & Davis, D. E. (2016). Sexual congruence moderates the associations of hypersexual behavior with

- spiritual struggle and sexual self-concept. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 23(2/3), 279–295. <https://doi.org/10.1080/10720162.2016.1150924>
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Griffiths, M. (2001). Sex on the Internet: Observations and implications for Internet sex addiction. *Journal of sex research*, 38(4), 333-342. <https://doi.org/10.1080/00224490109552104>
- Griffiths, M. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Griffiths, M. D. (2012). Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addiction Research & Theory*, 20(2), 111-124. <https://doi.org/10.3109/16066359.2011.588351>
- Griffiths, M. D. (2017). Behavioural addiction and substance addiction should be defined by their similarities not their dissimilarities. *Addiction*, 112(10), 1718-1720. <http://doi.org/10.1111/add.13828>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Grov, C., Bamonte, A., Fuentes, A., Parsons, J. T., Bimbi, D. S., & Morgenstern, J. (2008). Exploring the Internet's role in sexual compulsivity and out of control sexual thoughts/behaviour: A qualitative study of gay and bisexual men in New York City. *Culture, Health & Sexuality*, 10(2), 107-125. <https://doi.org/10.1080/13691050701564678>
- Grubbs, J. B., & Gola, M. (2019). Is pornography use related to erectile functioning? Results from cross-sectional and latent growth curve analyses. *The journal of sexual medicine*, 16(1), 111-125. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.11.004>
- Grubbs, J. B., & Grant, J. T. (2020). Spirituality/religion and behavioral addictions. In *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health* (pp. 139-157). Academic Press. David H., Harold G. Koenig
- Grubbs, J. B., & Hook, J. N. (2016). Religion, spirituality, and sexual addiction: A critical evaluation of converging fields. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 23(2-3), 155-166. <https://doi.org/10.1080/10720162.2016.1150925>

- Grubbs, J. B., & Perry, S. L. (2019). Moral incongruence and pornography use: A critical review and integration. *The Journal of Sex Research*, 56(1), 29-37. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1427204>
- Grubbs, J. B., Exline, J. J., Pargament, K. I., Hook, J. N., & Carlisle, R. D. (2015). Transgression as addiction: Religiosity and moral disapproval as predictors of perceived addiction to pornography. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 125-136. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0257-z>
- Grubbs, J. B., Exline, J. J., Pargament, K. I., Volk, F., & Lindberg, M. J. (2017). Internet pornography use, perceived addiction, and religious/spiritual struggles. *Archives of Sexual Behavior*, 46(6), 1733-1745. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0772-9>
- Grubbs, J. B., Hook, J. N., Griffin, B. J., Penberthy, J. K., & Kraus, S. W. (2018). Clinical assessment and diagnosis of sexual addiction. In T. Birchard & J. Benfield (Eds.), *The Routledge international handbook of sexual addiction* (pp. 167–180). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Grubbs, J. B., Kraus, S. W., & Perry, S. L. (2019). Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: The roles of use habits, religiousness, and moral incongruence. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 88–93. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.134>
- Grubbs, J. B., Lee, B. N., Hoagland, K. C., Kraus, S. W., & Perry, S. L. (2020). Addiction or transgression? Moral incongruence and self-reported problematic pornography use in a nationally representative sample. *Clinical Psychological Science*, 8(5), 936-946. <https://doi.org/10.1177/2167702620922966>
- Grubbs, J. B., Perry, S. L., Wilt, J. A., & Reid, R. C. (2019). Pornography problems due to moral incongruence: An integrative model with a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 397-415. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1248-x>
- Grubbs, J. B., Sessoms, J., Wheeler, D. M., & Volk, F. (2010). The Cyber-Pornography Use Inventory: The development of a new assessment instrument. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(2), 106-126. <https://doi.org/10.1080/10720161003776166>
- Grubbs, J. B., Stauner, N., Exline, J. J., Pargament, K. I., & Lindberg, M. J. (2015). Perceived addiction to Internet pornography and psychological distress: Examining relationships concurrently and over time. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 1056-1067. <https://doi.org/10.1037/adb0000114>

- Grubbs, J. B., Volk, F., Exline, J. J., & Pargament, K. I. (2015). Internet pornography use: Perceived addiction, psychological distress, and the validation of a brief measure. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *41*(1), 83-106. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.842192>
- Grubbs, J. B., Wilt, J. A., Exline, J. J., Pargament, K. I., & Kraus, S. W. (2018). Moral disapproval and perceived addiction to internet pornography: A longitudinal examination. *Addiction*, *113*(3), 496-506. <https://doi.org/10.1111/add.14007>
- Grubbs, J. B., Wright, P. J., Braden, A. L., Wilt, J. A., & Kraus, S. W. (2019). Internet pornography use and sexual motivation: A systematic review and integration. *Annals of the International Communication Association*, *43*(2), 117-155. <https://doi.org/10.1080/23808985.2019.1584045>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, *37*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Guillén-Riquelmeé, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los items en el State Trait Anxiety Inventory (STAI) [Psychometric revision and differential item functioning in the State Trait Anxiety Inventory (STAI)]. *Psicothema*, *23*(3), 510–515.
- Hald, G. M. (2006). Gender differences in pornography consumption among young heterosexual Danish adults. *Archives of sexual behavior*, *35*(5), 577-585. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9064-0>
- Hald, G. M., & Malamuth, N. M. (2008). Self-perceived effects of pornography consumption. *Archives of sexual behavior*, *37*(4), 614-625. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9212-1>
- Hald, G. M., & Štulhofer, A. (2016). What types of pornography do people use and do they cluster? Assessing types and categories of pornography consumption in a large-scale online sample. *The Journal of Sex Research*, *53*(7), 849–859. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1065953>
- Hald, G. M., Malamuth, N. M., & Yuen, C. (2010). Pornography and attitudes supporting violence against women: Revisiting the relationship in nonexperimental studies. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, *36*(1), 14-20. <https://doi.org/10.1002/ab.20328>
- Hald, G. M., Smolenski, D., & Rosser, B. S. (2013). Perceived effects of sexually explicit media among men who have sex with men and psychometric properties of the Pornography

- Consumption Effects Scale (PCES). *The journal of sexual medicine*, 10(3), 757-767. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02988.x>
- Hall, P. (2012). *Understanding and treating sex addiction: A comprehensive guide for people who struggle with sex addiction and those who want to help them*. Routledge.
- Hall, P. (2013). A new classification model for sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(4), 279-291. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.807484>
- Hall, P. (2015). *Sex addiction: The partner's perspective: A comprehensive guide to understanding and surviving sex addiction for partners and those who want to help them*. Routledge.
- Hall, P. (2019). *Understanding and Treating Sex and Pornography Addiction: a comprehensive guide for people who struggle with sex addiction and those who want to help them*. Routledge.
- Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., & Öberg, K. G. (2017). A cognitive-behavioral therapy group intervention for hypersexual disorder: A feasibility study. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(7), 950-958. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.004>
- Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., Jokinen, J., & Öberg, K. G. (2019). A randomized controlled study of group-administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder in men. *The journal of sexual medicine*, 16(5), 733-745. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.005>
- Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., Piwovar, M., Jokinen, J., & Öberg, K. G. (2020). Internet-administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder, with or without paraphilia (s) or paraphilic disorder (s) in men: a pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(10), 2039-2054. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.018>
- Halpern, A. L. (2011). The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM-5: Unnecessary and harmful. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 487-488. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9727-3>
- Hamilton, M., (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23, 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hardy, S. A., Ruchty, J., Hull, T. D., & Hyde, R. (2010). A preliminary study of an online psychoeducational program for hypersexuality. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(4), 247-269. <https://doi.org/10.1080/10720162.2010.533999>
- Harkness, E. L., Mullan, B., & Blaszczynski, A. (2015). Association between pornography use and sexual risk behaviors in adult consumers: a systematic review.

- Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(2), 59-71.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0343>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- He, X., Shi, Y., Zhang, Z., Luo, W., & He, W. (2019). The Initiation and Development of Cybersex Addiction: Individual Vulnerability, Reinforcement Mechanism and Neural Mechanism. *Advances in Psychology*, 9(6), 1183-1192.
<https://doi.org/10.12677/ap.2019.96146>
- Hegbe, K. G., Réveillère, C., & Barrault, S. (2021). Sexual Addiction and Associated Factors: The Role of Emotion Dysregulation, Impulsivity, Anxiety and Depression. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(8), 785-803. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1952361>
- Helmus, L., Ó Ciardha, C., & Seto, M. C. (2015). The Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI): construct, predictive, and incremental validity. *Law and Human Behavior*, 39(1), 35-43. <https://doi.org/10.1037/lhb0000099>
- Hen, M., Karsh, N., Langer, E., & Shechter, R. (2020). Gender differences in implicit exposure to cyber-pornography. *The Journal of social psychology*, 160(5), 613-623.
<https://doi.org/10.1080/00224545.2020.1719963>
- Hendrick, S. S., & Hendrick, C. (2011). Sexual attitudes scale and brief sexual attitudes scale. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 71-74). Routledge.
- Hermand, M., Benyamina, A., Donnadieu-Rigole, H., Petillion, A., Amirouche, A., Roméo, B., & Karila, L. (2020). Addictive Use of Online Sexual Activities and its Comorbidities: a Systematic Review. *Current Addiction Reports*, 7(2), 194-209.
<https://doi.org/10.1007/s40429-020-00301-3>
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 723-730. <https://doi.org/10.1037/a0017632>
- Hertlein, K. M., & Piercy, F. P. (2008). Therapists' assessment and treatment of Internet infidelity cases. *Journal of marital and family therapy*, 34(4), 481-497.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00090.x>
- Hertzprung, M., & Amadala, S. (2021). Sex Addiction. En N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter & A. M. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment* (pp. 995-1003). Springer.

- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 91-111.
- Hilton, D. (2013) 'Pornography addiction – a supranormal stimulus considered in the context of neuroplasticity', *Socioaffective Neuroscience and Psychology* 3, 20767; <http://dx.doi.org/10.3402/snp.v3i0.20767>
- Hilton, D. L., & Watts, C. (2011). Pornography addiction: A neuroscience perspective. *Surgical neurology international*, 2, 19. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.76977>
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hogeboom, D. L., McDermott, R. J., Perrin, K. M., Osman, H., & Bell-Ellison, B. A. (2010). Internet use and social networking among middle aged and older adults. *Educational Gerontology*, 36(2), 93-111. <https://doi.org/10.1080/03601270903058507>
- Holas, P., Draps, M., Kowalewska, E., Lewczuk, K., & Gola, M. (2021). A pilot study of mindfulness-based relapse prevention for compulsive sexual behaviour disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), 1088-1092. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00075>
- Hull, P., Mao, L., Prestage, G., Zablotska, I., de Wit, J., & Holt, M. (2016). The use of mobile phone apps by Australian gay and bisexual men to meet sex partners: an analysis of sex-seeking repertoires and risks for HIV and STIs using behavioural surveillance data. *Sexually Transmitted Infections*, 92(7), 502-507. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2015-052325>
- Ince, C., Yücel, M., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Exploring the clinical profile of problematic pornography use. *CNS spectrums*, 26(6), 648-657. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001686>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares*. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/tich_2021.pdf

- Ipsos (2021) *LGTBI+ pride 2021 global survey*.
<https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-06/lgbt-pride-2021-global-survey-ipsos.pdf>
- Janssen, E., & Bancroft, J. (2007). The dual-control model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. En E. Janssen (Ed), *The Psychophysiology of Sex*. Bloomington, (pp. 197-222). Indiana University press.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002a). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *Journal of Sex Research*, 39(2),114– 126. <https://doi.org/10.1080/00224490209552130>
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002b). The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *Journal of Sex Research*, 39, 127–132. <https://doi.org/10.1080/00224490209552130>
- Jelenchick, L. A., Becker, T., & Moreno, M. A. (2012). Assessing the psychometric properties of the Internet Addiction Test (IAT) in US college students. *Psychiatry research*, 196(2-3), 296-301. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.007>
- Jing, E., & Straw-Wilson, K. (2016). Sexual dysfunction in selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and potential solutions: A narrative literature review. *Mental Health Clinician*, 6(4), 191-196. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.07.191>
- Johnson, N. P., & Chappel, J. N. (1994). Using AA and other 12-step programs more effectively. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(2), 137-142. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(94\)90031-0](https://doi.org/10.1016/0740-5472(94)90031-0)
- Jones, K. E., & Hertlein, K. M. (2012). Four key dimensions for distinguishing Internet infidelity from Internet and sex addiction: Concepts and clinical application. *The American Journal of Family Therapy*, 40(2), 115-125. <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.600677>
- Jones, K. E., & Tuttle, A. E. (2012). Clinical and ethical considerations for the treatment of cybersex addiction for marriage and family therapists. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 11(4), 274-290. <https://doi.org/10.1080/15332691.2012.718967>
- Jonsson, L. S., Bladh, M., Priebe, G., & Svedin, C. G. (2015). Online sexual behaviours among Swedish youth: associations to background factors, behaviours and abuse. *European child & adolescent psychiatry*, 24(10), 1245-1260. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0673-9>
- Joyal, C. C., & Carpentier, J. (2017). The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey. *The journal of sex research*, 54(2), 161-171. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1139034>

- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte.
- Kafka, M. (2000) 'Psychopharmacologic treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors', *CNS Spectrums* 5, (1) 49–59 <https://doi.org/10.1017/S1092852900012669>
- Kafka, M. P. (1991). Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52(2), 60–65.
- Kafka, M. P. (1994). Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia-related disorders: an open trial. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(3), 189-195.
- Kafka, M. P. (2001). The paraphilia-related disorders: A proposal for a unified classification of nonparaphilic hypersexuality disorders. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 8(3-4), 227-239. <https://doi.org/10.1080/107201601753459937>
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39(2), 377-400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kafka, M. P., & Hennen, J. (1999). The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(4), 305-319. <https://doi.org/10.1080/00926239908404008>
- Kafka, M. P., & Hennen, J. (2000). Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: a case series. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(9), 664-670. doi: 10.4088/jcp.v61n0912
- Kafka, M. P., & Prentky, R. (1992). Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(10), 351–358.
- Kafka, M. P., & Prentky, R. A. (1994). Preliminary observations of DSM-III—R Axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(11), 481–487.
- Kafka, M.P. (2013). The development and evolution of the criteria for a newly proposed diagnosis for DSM-5: Hypersexual disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 19–26. <http://dx.doi.org/10.1080/10720162.2013.768127>
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of personality assessment*, 65(3), 586-601. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_16
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J. A. (1994). Sexual sensation seeking: Scale and development and predicting AIDS-risk behavior

- among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment*, 62, 385–397. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6203_1
- Kalmbach, D. A., Kingsberg, S. A., & Ciesla, J. A. (2014). How changes in depression and anxiety symptoms correspond to variations in female sexual response in a nonclinical sample of young women: a daily diary study. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2915-2927. <https://doi.org/10.1111/jsm.12692>
- Kaplan, H. S. (1995). *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York, NY: Brunner/Mazel Publishers.
- Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47(2–3), 181–198. <https://doi.org/10.1080/00224491003592863>
- Karapetsas, A. V., & Fotis, A. J. (2013). The phenomenon of cybersex addiction: its reason, diagnosis, and how to fight it off. *Encephalos*, 50, 104-108.
- Karim, R., & Chaudhri, P. (2012). Behavioral addictions: An overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 5-17. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662859>
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., genannt BERPohl, F. M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Forsell, Y. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(4), 361-371. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4364
- Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., ... & Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an ‘individual patient data’ meta-analysis. *Psychological medicine*, 45(13), 2717-2726. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000665>
- Katehakis, A. (2009). Affective neuroscience and the treatment of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16,1–31. <https://doi.org/10.1080/10720160802708966>
- Katehakis, A. (2017). *Sex Addiction as Affect Dysregulation: A Neurobiologically Informed Holistic Treatment (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. W. W. Norton & Company, INC.
- Kaur, J., Bhatia, M. S., & Gautam, P. (2015). Internet sex addiction and its negative consequences: a report. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(2), VL01. doi: 10.7860/JCDR/2015/10937.5531
- Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., & Totterdell, P. (2017). Testing the effectiveness of cognitive analytic therapy for Hypersexuality Disorder: an intensive time-series evaluation. *Journal of sex & marital therapy*, 43(6), 501-516. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1208129>

- Kendall, N. (2012). *The sex education debates*, University of Chicago Press.
- Kenny, M. C., & McEachern, A. G. (2000). Racial, ethnic, and cultural factors of childhood sexual abuse: A selected review of the literature. *Clinical psychology review*, 20(7), 905-922. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00022-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00022-7)
- Kerstens, J., & Stol, W. (2014). Receiving online sexual requests and producing online sexual images: The multifaceted and dialogic nature of adolescents' online sexual interactions. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 8(1). <https://doi.org/10.5817/CP2014-1-8>
- Khazaal, Y., & Zullino, D. F. (2006). Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report. *BMC psychiatry*, 6(1), 1-4. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-22>
- Kim, Y., & Lee, N. (2012). Korean *Yadong*: The constructive conditions and contextual significations of local pornography in South Korea. *Media, Gender, & Culture*, 24(2), 49–87.
- Kircaburun, K., & Griffiths, M. D. (2018). The dark side of internet: Preliminary evidence for the associations of dark personality traits with specific online activities and problematic internet use. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 993-1003. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.109>
- Klaassen, M. J., & Peter, J. (2015). Gender (in) equality in Internet pornography: A content analysis of popular pornographic Internet videos. *The Journal of Sex Research*, 52(7), 721-735. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.976781>
- Klein, J. L., & Cooper, D. T. (2019). Deviant Cyber-Sexual Activities in Young Adults: Exploring Prevalence and Predictions Using In-Person Sexual Activities and Social Learning Theory. *Archives of sexual behavior*, 48(2), 619-630. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1251-2>
- Kober, H. (2014). *Emotion regulation in substance use disorders*. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 428–446). The Guilford Press.
- Kohut, T., & Štulhofer, A. (2018). The role of religiosity in adolescents' compulsive pornography use: A longitudinal assessment. *Journal of sex & marital therapy*, 44(8), 759-775. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1466012>
- Kohut, T., Balzarini, R. N., Fisher, W. A., Grubbs, J. B., Campbell, L., & Prause, N. (2019). Surveying pornography use: A shaky science resting on poor measurement foundations. *The Journal of Sex Research*, 57(6), 722-742. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1695244>

- Kohut, T., Fisher, W. A., & Campbell, L. (2017). Perceived Effects of Pornography on the Couple Relationship: Initial Findings of Open-Ended, Participant-Informed, "BottomUp" Research. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 585–602. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0783-6>
- Koletić, G., Kohut, T., & Štulhofer, A. (2019). Associations between adolescents' use of sexually explicit material and risky sexual behavior: A longitudinal assessment. *PloS one*, 14(6), e0218962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218962>
- Koletić, G., Štulhofer, A., Tomić, I., & Knežević Čuča, J. (2019). Associations between Croatian adolescents' use of sexually explicit material and risky sexual behavior: a latent growth curve modeling approach. *International Journal of Sexual Health*, 31(1), 77-91. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1567640>
- Koós, M., Bóthe, B., Orosz, G., Potenza, M. N., Reid, R. C., & Demetrovics, Z. (2021). The negative consequences of hypersexuality: Revisiting the factor structure of the Hypersexual Behavior Consequences Scale and its correlates in a large, non-clinical sample. *Addictive Behaviors Reports*, 13, 100321. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100321>
- Kopeykina, I., Kim, H. J., Khatun, T., Boland, J., Haeri, S., Cohen, L. J., & Galyunker, I. I. (2016). Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: a review. *Journal of affective disorders*, 195, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.035>
- Kor, A., Zilcha-Mano, S., Fogel, Y. A., Mikulincer, M., Reid, R. C., & Potenza, M. N. (2014). Psychometric development of the Problematic Pornography Use Scale. *Addictive Behaviors*, 39(5), 861–868. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.027>
- Kotera, Y., & Rhodes, C. (2019). Pathways to sex addiction: relationships with adverse childhood experience, attachment, narcissism, self-compassion and motivation in a gender-balanced sample. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 26(1-2), 54-76. <https://doi.org/10.1080/10720162.2019.1615585>
- Krafft-Ebing, R. von (1965). *Psychopathia sexualis*. New York: G. P. Putnam's Sons. (Original work published 1886)
- Kraus, S. W., & Sweeney, P. J. (2019). Hitting the target: Considerations for differential diagnosis when treating individuals for problematic use of pornography. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 431-435. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1301-9>
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 109–110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>

- Kraus, S. W., Martino, S., & Potenza, M. N. (2016b). Clinical characteristics of men interested in seeking treatment for use of pornography. *Journal of Behavior Addiction, 5*(2), 169–178. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.036>
- Kraus, S. W., Meshberg-Cohen, S., Martino, S., Quinones, L. J., & Potenza, M. N. (2015). Treatment of compulsive pornography use with naltrexone: A case report. *American Journal of Psychiatry, 172*(12), 1260-1261. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15060843>
- Kraus, S. W., Voon, V., & Potenza, M. N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction, 111*, 2097–2106. <http://dx.doi.org/10.1111/add.13297>
- Kraus, S., & Rosenberg, H. (2014). The pornography craving questionnaire: Psychometric properties. *Archives of sexual behavior, 43*(3), 451-462. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0229-3>
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2001). The paraphilic and hypersexual disorders: An overview. *Journal of Psychiatric Practice, 7*(6), 391-403.
- Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S., & Rutkofsky, I. H. (2017). The effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of psychiatric disorders. *Cureus, 9*(8). doi:10.7759/cureus.1626
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction—a review of the psychological literature. *International journal of environmental research and public health, 8*(9), 3528-3552. <https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>
- Kvalem, I. L., Træen, B., Lewin, B., & Štulhofer, A. (2014). Self-perceived effects of Internet pornography use, genital appearance satisfaction, and sexual self-esteem among young Scandinavian adults. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 8*(4). <https://doi.org/10.5817/CP2014-4-4>
- Laier, C., & Brand, M. (2014). Empirical evidence and theoretical considerations on factors contributing to cybersex addiction from a cognitive-behavioral view. *Sexual Addiction & Compulsivity, 21*(4), 305-321. <https://doi.org/10.1080/10720162.2014.970722>
- Laier, C., & Brand, M. (2017). Mood changes after watching pornography on the Internet are linked to tendencies towards Internet-pornography-viewing disorder. *Addictive behaviors reports, 5*, 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.11.003>
- Laier, C., Pawlikowski, M., Pekal, J., Schulte, F. P., & Brand, M. (2013). Cybersex addiction: experienced sexual arousal when watching pornography and not real-life sexual contacts makes the difference. *Journal of Behavioral Addictions, 2*(2), 100-107. <https://doi.org/10.1556/jba.2.2013.002>

- Laier, C., Pekal, J., & Brand, M. (2014). Cybersex addiction in heterosexual female users of Internet pornography can be explained by gratification hypothesis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(8), 505-511. <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.0396>
- Laier, C., Pekal, J., & Brand, M. (2015). Sexual excitability and dysfunctional coping determine cybersex addiction in homosexual males. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(10), 575-580. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0152>
- Landau, J., Garrett, J., & Webb, R. (2008). Assisting a concerned person to motivate someone experiencing cybersex into treatment: Application of invitational intervention: The ARISE model to cybersex. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(4), 498-511. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00091.x>
- Landripet, I., & Štulhofer, A. (2015). Is pornography use associated with sexual difficulties and dysfunctions among younger heterosexual men?. *The journal of sexual medicine*, 12(5), 1136-1139. <https://doi.org/10.1111/jsm.12853>
- Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 32(2), 73-90. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(01\)00023-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(01)00023-4)
- Langevin, R., & Paitich, D. (2002). The Clarke Sex History Questionnaire for Males—Revised. *Multi-Health Systems*.
- Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(2), 201-217. <https://doi.org/10.1111/add.14793>
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 155(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Lee, E. B., Homan, K. J., Morrison, K. L., Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. *Behavior modification*, 44(1), 70-91. <https://doi.org/10.1177/0145445518794366>
- Lejars, V. O. B., Bélanger, C. H., & Razmak, J. (2020). Exploring new measures of online sexual activities, device use, and gender differences. *Computers in Human Behavior*, 108, 106300. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106300>

- Leonhardt, N. D., Willoughby, B. J., & Young-Petersen, B. (2018). Damaged goods: Perception of pornography addiction as a mediator between religiosity and relationship anxiety surrounding pornography use. *The Journal of Sex Research*, 55(3), 357-368. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1295013>
- Leon-Larios, F., Saavedra-Macias, F. J., Albar-Marin, M. J., & Gomez-Baya, D. (2019). Pornography influence among young students: adaptation and validation of pornography consumption inventory into Spanish. *Journal of sex & marital therapy*, 45(7), 652-661. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1610124>
- Levaque, E., Dawson, S. J., Wan, C., & Lalumière, M. L. (2022). Sex Drive as a Possible Mediator of the Gender Difference in the Prevalence of Paraphilic Interests in a Nonclinical Sample. *Archives of sexual behavior*, 51, 867–877. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02074-w>
- Levin, M. E., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). When is online pornography viewing problematic among college males? Examining the moderating role of experiential avoidance. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(3), 168–180. [doi:10.1080/1072062.2012.657150](https://doi.org/10.1080/1072062.2012.657150)
- Lewczuk, K., Nowakowska, I., Lewandowska, K., Potenza, M. N., & Gola, M. (2020). Frequency of use, moral incongruence and religiosity and their relationships with self-perceived addiction to pornography, internet use, social networking and online gaming. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.15272>
- Lewczuk, K., Szmyd, J., Skorko, M., & Gola, M. (2017). Treatment seeking for problematic pornography use among women. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 445-456. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.063>
- Lewczuk, K., Wójcik, A. & Gola, M. (2022) Increase in the Prevalence of Online Pornography Use: Objective Data Analysis from the Period Between 2004 and 2016 in Poland. *Archives of Sexual Behavior*, 51, 1157–1171. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02090-w>
- Lew-Starowicz, M., Lewczuk, K., Nowakowska, I., Kraus, S., & Gola, M. (2020). Compulsive sexual behavior and dysregulation of emotion. *Sexual medicine reviews*, 8(2), 191-205. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.10.003>
- Li, H., & Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and youth services review*, 35(9), 1468-1475. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.05.021>
- Lim, M. S., Agius, P. A., Carotte, E. R., Vella, A. M., & Hellard, M. E. (2017). Young Australians' use of pornography and associations with sexual risk behaviours.

- Australian and New Zealand journal of public health*, 41(4), 438-443.
<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12678>
- Longpré, N., Guay, J. P., & Knight, R. A. (2019) MTC Sadism Scale: Toward a dimensional assessment of severe sexual sadism with behavioral markers. *Assessment*, 26(1), 70-84.
<https://doi.org/10.1177/1073191117737377>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85.
<https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x>
- Love, H. A., Moore, R. M., & Stanish, N. A. (2016). Emotionally focused therapy for couples recovering from sexual addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(2), 176-189.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1142522>
- Love, T., Laier, C., Brand, M., Hatch, L., & Hajela, R. (2015). Neuroscience of Internet pornography addiction: A review and update. *Behavioral sciences*, 5(3), 388-433.
<https://doi.org/10.3390/bs5030388>
- Lykke, L. C., & Cohen, P. N. (2015). Widening gender gap in opposition to pornography, 1975–2012. *Social Currents*, 2(4), 307–323. <https://doi.org/10.1177/2329496515604170>
- Maddock, M. E., Steele, K., Esplin, C. R., Hatch, S. G., & Braithwaite, S. R. (2019). What is the relationship among religiosity, self-perceived problematic pornography use, and depression over time?. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 26(3-4), 211-238.
<https://doi.org/10.1080/10720162.2019.1645061>
- Madigan, S., Villani, V., Azzopardi, C., Laut, D., Smith, T., Temple, J. R., Browne, D., & Dimitropoulos, G. (2018). The prevalence of unwanted online sexual exposure and solicitation among youth: a meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 63(2), 133-141.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.03.012>
- Malandain, L., Blanc, J. V., Ferreri, F., & Thibaut, F. (2020). Pharmacotherapy of sexual addiction. *Current psychiatry reports*, 22, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01153-4>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. Guilford Press.
- Marshall, W. L., & Hucker, S. J. (2006). Issues in the diagnosis of sexual sadism. *Sexual Offender Treatment*, 1(2), 1-4.
- Martin, E., Byrne, G., Cannon, G., & Power, L. (2021). An exploration of group cognitive analytic therapy for anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 79-95. <https://doi.org/10.1111/papt.12299>

- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish journal of psychology*, *10*(2), 458-467. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Martyniuk, U., Okolski, L., & Dekker, A. (2019). Pornographic content and real-life sexual experiences: Findings from a survey of German University Students. *Journal of sex & marital therapy*, *45*(5), 370-377. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1531334>
- McBride, K. R., Reece, M., & Sanders, S. A. (2010). Cognitive and behavioral outcomes of sexual behavior scale. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 148–150). Routledge.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Won Lee, S., Lewis, R., & Segraves, R. T. (2016). Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, *13*(2), 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019>
- McCallion, E. A., & Zvolensky, M. J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 47-51. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.02.005>
- McCarthy, B., & Wald Ross, L. (2018). Healthy Male and Couple Sexuality: Integral Components of the Sexual Compulsivity/Addiction Recovery Process. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *25*(2-3), 216-225. <https://doi.org/10.1080/10720162.2018.1532363>
- McCoul, M. D., & Haslam, N. (2001). Predicting high risk sexual behaviour in heterosexual and homosexual men: The roles of impulsivity and sensation seeking. *Personality and individual differences*, *31*(8), 1303-1310. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00222-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00222-1)
- McKay, J. R., & Weiss, R. V. (2001). A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups: Preliminary results and methodological issues. *Evaluation review*, *25*(2), 113-161. <https://doi.org/10.1177/0193841X0102500202>
- McKeague, E. L. (2014). Differentiating the female sex addict: A literature review focused on themes of gender difference used to inform recommendations for treating women with sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *21*(3), 203-224. <https://doi.org/10.1080/10720162.2014.931266>
- McMahon, F. J. (2014) Prediction of treatment outcomes in psychiatry—where do we stand?, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *16*(4), 455-464, <https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.4/fmcmahon>

- McWilliams, S., & Barrett, A. E. (2014). Online dating in middle and later life: Gendered expectations and experiences. *Journal of Family Issues*, 35(3), 411-436. <https://doi.org/10.1177/0192513X12468437>
- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychology & behavior*, 12(1), 1-6. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0181>
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical psychology review*, 27(8), 944-958. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.004>
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 455-471. <https://doi.org/10.1348/014466509X472138>
- Mennig, M., Tennie, S., & Barke, A. (2022). Self-Perceived Problematic Use of Online Pornography Is Linked to Clinically Relevant Levels of Psychological Distress and Psychopathological Symptoms. *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 1313-1321. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02101-w>
- Mercer, J. T. (1998). Assessment of the Sex Addicts Anonymous Questionnaire: Differentiating between the general population, sex addicts, and sex offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 5(2), 107-117. <https://doi.org/10.1080/10720169808400153>
- Merkouris, S. S., Thomas, S. A., Browning, C. J., & Dowling, N. A. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 48, 7-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.06.004>
- Mileham, B. L. A. (2007). Online infidelity in Internet chat rooms: An ethnographic exploration. *Computers in Human Behavior*, 23, 11-31. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.03.033>
- Milhausen, R. R., Graham, C. A., Sanders, S. A., Yarber, W. L., & Maitland, S. B. (2010). Validation of the sexual excitation/sexual inhibition inventory for women and men. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1091-1104. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9554-y>
- Miller, D. J., Kidd, G., & Hald, G. M. (2019). Measuring self-perceived effects of pornography: A short-form version of the Pornography Consumption Effects Scale. *Archives of sexual behavior*, 48(3), 753-761. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1327-z>
- Miller, D. J., McBain, K. A., Li, W. W., & Raggatt, P. T. (2019). Pornography, preference for porn-like sex, masturbation, and men's sexual and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 26(1), 93-113. <https://doi.org/10.1111/per.12267>

- Miller, W. R. (2015). Motivational interviewing in treating addictions. En H. Arkowitz, W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 249-270). Guilford Publications.
- Minarcik, J. (2016). *Proposed treatment of problematic pornography use: A cognitive-behavioral approach*. University of Arkansas.
- Miner, M. H., Raymond, N., Coleman, E., & Swinburne Romine, R. (2017). Investigating clinically and scientifically useful cut points on the compulsive sexual behavior inventory. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 715–720. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.255>.
- Miner, M. H., Coleman, E., Center, B. A., Ross, M., & Rosser, B. R. (2007). The Compulsive Sexual Behavior Inventory: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 579–587. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9127-2>
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D., Wolak, J., Ybarra, M. L., & Turner, H. (2011). Youth internet victimization in a broader victimization context. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.009>
- Mitchell, K. J., Ybarra, M. L., Korchmaros, J. D., & Kosciw, J. G. (2013). Accessing sexual health information online: use, motivations and consequences for youth with different sexual orientations. *Health education research*, 29(1), 147-157. <https://doi.org/10.1093/her/cyt071>
- Mokros, A., Schilling, F., Eher, R., & Nitschke, J. (2012). The severe sexual sadism scale: Cross-validation and scale properties. *Psychological Assessment*, 24(3), 764-769. <https://doi.org/10.1037/a0026419>
- Montaldi, D.F. (2002). Understanding hypersexuality with an Axis II model. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(4), 1–23. https://doi.org/10.1300/J056v14n04_01
- Montgomery-Graham, S. (2017). Conceptualization and assessment of hypersexual disorder: A systematic review of the literature. *Sexual Medicine Reviews*, 5(2), 146-162. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.11.001>
- Morgan, E. M. (2011). Associations between young adults' use of sexually explicit materials and their sexual preferences, behaviors, and satisfaction. *Journal of sex research*, 48(6), 520-530. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.543960>
- Muench, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, T., O'Leary, A., Parsons, J. T., Wainberg, M. L., & Lai, B. (2007). The consequences of compulsive sexual behavior: The preliminary reliability and validity of the Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14(3), 207-220. <https://doi.org/10.1080/10720160701480493>

- Mustanski, B., Lyons, T., & Garcia, S. C. (2011). Internet use and sexual health of young men who have sex with men: A mixed-methods study. *Archives of sexual behavior*, 40(2), 289-300. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9596-1>
- Muusses, L. D., Kerkhof, P., & Finkenauer, C. (2015). Internet pornography and relationship quality: A longitudinal study of within and between partner effects of adjustment, sexual satisfaction and sexually explicit internet material among newly-weds. *Computers in Human Behavior*, 45, 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.11.077>
- Nelson, L. J., Padilla-Walker, L. M., & Carroll, J. S. (2010). "I believe it is wrong but I still do it": A comparison of religious young men who do versus do not use pornography. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(3), 136-147. <https://doi.org/10.1037/a0019127>
- Niazof, D., Weizman, A., & Weinstein, A. (2019). The contribution of ADHD and attachment difficulties to online pornography use among students. *Comprehensive psychiatry*, 93, 56-60. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.07.002>
- Nichols, H., & Molinder, I. (1984). Manual for the multiphasic sex inventory. *Tacoma, WA: Crime and Victim Psychology Specialists*, 24.
- Nimbi, F. M., Tripodi, F., Rossi, R., Navarro-Cremades, F., & Simonelli, C. (2020). Male sexual desire: an overview of biological, psychological, sexual, relational, and cultural factors influencing desire. *Sexual medicine reviews*, 8(1), 59-91. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.12.002>
- Niño-De-Guzmán, I., Arnau, R. C., Green, B. A., Carnes, S., Carnes, P., & Jore, J. (2016). Empirical identification of psychological symptom subgroups of sex addicts: An application of latent profile analysis. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 23(1), 34-55.
- Nitschke, J., Ostrheider, M., & Mokros, A. (2009). A cumulative scale of severe sexual sadism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21, 262-278. <https://doi.org/10.1177/1079063209342074>
- Noor, S. W., Rosser, B. S., & Erickson, D. J. (2014). A brief scale to measure problematic sexually explicit media consumption: Psychometric properties of the Compulsive Pornography Consumption (CPC) scale among men who have sex with men. *Sexual addiction & compulsivity*, 21(3), 240-261. <https://doi.org/10.1080/10720162.2014.938849>
- O'Hara, S. (1999). *The women's Sexual Addiction Screening Test (W-SAST)*. St. Louis, MO: The annual conference of the National Council on Sexual Addiction and Compulsivity.

- O'Sullivan, L. F. (2014). Linking online sexual activities to health outcomes among teens. *New directions for child and adolescent development*, 2014(144), 37-51. <https://doi.org/10.1002/cad.20059>
- Odlaug, B. L., Lust, K., Schreiber, L. R., Christenson, G., Derbyshire, K., Harvanko, A., ... & Grant, J. E. (2013). Compulsive sexual behavior in young adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(3), 193-200.
- O'Donnell, M. L., Metcalf, O., Watson, L., Phelps, A., & Varker, T. (2018). A systematic review of psychological and pharmacological treatments for adjustment disorder in adults. *Journal of Traumatic Stress*, 31(3), 321-331. <https://doi.org/10.1002/jts.22295>
- Olusegun, A. M., Dikko, H. G., & Gulumbe, S. U. (2015). Identifying the limitation of stepwise selection for variable selection in regression analysis. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 4(5), 414-419. 10.11648/j.ajtas.20150405.22
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European journal of psychiatry*. 15(3), 147–155.
- Orzack, M. H., & Ross, C. J. (2000). Should virtual sex be treated like other sex addictions?. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 113-125. <https://doi.org/10.1080/10720160008400210>
- Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *CyberPsychology and Behavior*, 9, 348–360. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.348>
- Pachankis, J. E., Rendina, H. J., Restar, A., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2015). A minority stress--emotion regulation model of sexual compulsivity among highly sexually active gay and bisexual men. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(8), 829–840. <https://doi.org/10.1037/hea0000180>
- Pachankis, J. E., Rendina, H. J., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2014). The role of maladaptive cognitions in hypersexuality among highly sexually active gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 669-683. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0261-y>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 875–889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>

- Paredes Sansinenea, B., Martínez Martínez, L., Cuesta Cambra, U., Briñol Turnes, P. A., Petty, R. E., & Moreno Díez, L. M. (2021). The role of meta-cognitive certainty on pornography consumption. *Psicothema*.
- Park, B. Y., Wilson, G., Berger, J., Christman, M., Reina, B., Bishop, F., Klam, W. P., & Doan, A. P. (2016). Is Internet pornography causing sexual dysfunctions? A review with clinical reports. *Behavioral Sciences*, 6(3), 17. <https://doi.org/10.3390/bs6030017>
- Parker, J., & Guest, D. (2002). The integration of psychotherapy and 12-Step programs in sexual addiction treatment. En P.J. Carnes & K. M. Adams (Eds.), *Clinical Management of Sex Addiction* (pp. 115-124). Brunner-Routledge.
- Parsons, J. T., Kelly, B. C., Bimbi, D. S., DiMaria, L., Wainberg, M. L., & Morgenstern, J. (2008). Explanations for the origins of sexual compulsivity among gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 37(5), 817-826. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9218-8>
- Pascoal, P. M., Sanchez, D. T., Raposo, C. F., & Pechorro, P. (2016). Initial validation of the Sexual Pleasure Scale in clinical and non-clinical samples of partnered heterosexual people. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 1408–1413. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.010>
- Patterson, R., & Price, J. (2012). Pornography, religion, and the happiness gap: Does pornography impact the actively religious differently? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 51(1), 79–89. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2011.01630.x>
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–774
- Paul, B., & Kobach, M. J. (2014). Male–female reactions to variations in sexual explicitness in pornography: an empirical test of predictions of intra-and inter-gender differences. *Sexuality & Culture*, 18(1), 56-75. <https://doi.org/10.1007/s12119-013-9173-6>
- Pawlikowski, M., Altstötter-Gleich, C., & Brand, M. (2013). Validation and psychometric properties of a short version of Young’s Internet Addiction Test. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 1212-1223. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.10.014>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España [One in five?: Child sexual victimisation in Spain]. *Papeles Del Psicólogo*, 37(2), 126–133.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Guilera, G. (2016). Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire from a causal indicators approach. *Psychology of Violence*, 8(1), 76-86 <http://dx.doi.org/10.1037/vio0000075>

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*, 33(6), 331-342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.007>
- Perry, S. L., & Schleifer, C. (2017). Race and trends in pornography viewership, 1973–2016: Examining the moderating roles of gender and religion. *The Journal of Sex Research*, 56(1), 62-73. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1404959>
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2011). The use of sexually explicit internet material and its antecedents: A longitudinal comparison of adolescents and adults. *Archives of Sexual behavior*, 40(5), 1015-1025. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9644-x>
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2016). Adolescents and pornography: A review of 20 years of research. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 509-531. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1143441>
- Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychological Bulletin*, 136(1), 21–38. <https://doi.org/10.1037/a0017504>
- Petry, N. M., Zajac, K., & Ginley, M. K. (2018). Behavioral addictions as mental disorders: to be or not to be?. *Annual review of clinical psychology*, 14, 399-423. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120
- Phillips, B., Hajela, R., & Hilton, D. L., Jr. (2015). Sex addiction as a disease: Evidence for assessment, diagnosis, and response to critics. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 22, 167–192. <https://doi.org/10.1080/10720162.2015.1036184>
- Piquet-Pessôa, M., & Fontenelle, L. F. (2016). Opioid antagonists in broadly defined behavioral addictions: a narrative review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 17(6), 835-844. <https://doi.org/10.1517/14656566.2016.1145660>
- Pizzol, D., Bertoldo, A., & Foresta, C. (2016). Adolescents and web porn: A new era of sexuality. *International journal of adolescent medicine and health*, 28(2), 169-173. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2015-0003>
- PornHub (2019). The 2019 year in review. Recuperado de <https://www.pornhub.com/insights/2019-year-in-review#tech>
- Portney, L. G. (2020). *Foundations of clinical research: applications to evidence-based practice*. FA Davis.
- Price, J., Patterson, R., Regnerus, M., & Walley, J. (2016). How much more XXX is Generation X consuming? Evidence of changing attitudes and behaviors related

- to pornography since 1973. *The Journal of Sex Research*, 53(1), 12-20. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.1003773>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Dow Jones Irwin.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Rahman, Q., Xu, Y., Lippa, R. A., & Vasey, P. L. (2020). Prevalence of sexual orientation across 28 nations and its association with gender equality, economic development, and individualism. *Archives of sexual behavior*, 49(2), 595-606. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01590-0>
- Rasmussen, K. R., & Bierman, A. (2018). Risk or release?: Porn use trajectories and the accumulation of Sexual partners. *Social Currents*, 5(6), 566-582. <https://doi.org/10.1177/2329496518780929>
- Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 370–380. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00110-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00110-X)
- Raymond, N. C., Grant, J. E., & Coleman, E. (2010). Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: a case series, *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(1), 56-62.
- Raymond, N. C., Lloyd, M. D., Miner, M. H., & Kim, S. W. (2007). Preliminary report on the development and validation of the Sexual Symptom Assessment Scale. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 14, 119–129. <https://doi.org/10.1080/10720160701310856>
- Reardon, M. L., Cukrowicz, K. C., Reeves, M. D., & Joiner, T. E. (2002). Duration and regularity of therapy attendance as predictors of treatment outcome in an adult outpatient population. *Psychotherapy Research*, 12(3), 273-285. <https://doi.org/10.1080/713664390>
- Regnerus, M., Gordon, D., & Price, J. (2015). Documenting Pornography Use in America: A Comparative Analysis of Methodological Approaches. *The Journal of Sex Research*, 53(7), 873–881. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1096886>
- Reid, R. C. & Kafka, M. P. (2014) ‘Controversies about hypersexual disorder and the DSM-5’, *Current Sexual Health Reports*, 6, 259–64. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0031-9>

- Reid, R. C. (2007). Assessing readiness to change among clients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *14*, 167–186. <https://doi.org/10.1080/10720160701480204>
- Reid, R. C. (2010). Differentiating emotions in a sample of men in treatment for hypersexual behavior. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, *10*(2), 197–213. <https://doi.org/10.1080/15332561003769369>
- Reid, R. C., & Meyer, M. D. (2016). Substance use disorders in hypersexual adults. *Current Addiction Reports*, *3*(4), 400-405. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0124-9>
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., & Lloyd, T. Q. (2009). Assessing psychological symptom patterns of patients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual and Relationship Therapy*, *24*(1), 47-63. <https://doi.org/10.1080/14681990802702141>
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Gilliland, R., & Karim, R. (2011). Problems of self-concept in a patient sample of hypersexual men with attention-deficit disorder. *Journal of Addiction Medicine*, *5*(2), 134-140. DOI: 10.1097/ADM.0b013e3181e6ad32
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Hook, J. N., Garos, S., Manning, J. C., Gilliland, R., Cooper E. B., McKittrick, H., Davtian, M., & Fong, T. (2012). Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *The journal of sexual medicine*, *9*(11), 2868-2877. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02936.x>
- Reid, R. C., Cyders, M. A., Moghaddam, J. F., & Fong, T. W. (2014). Psychometric properties of the Barratt Impulsiveness Scale in patients with gambling disorders, hypersexuality, and methamphetamine dependence. *Addictive behaviors*, *39*(11), 1640-1645. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.008>
- Reid, R. C., Davtian, M., Lenartowicz, A., Torrevillas, R. M., & Fong, T. W. (2013). Perspectives on the assessment and treatment of adult ADHD in hypersexual men. *Neuropsychiatry*, *3*(3), 295-308. DOI:10.2217/NPY.13.31
- Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *18*(1), 30-51. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.555709>
- Reid, R. C., Garos, S., & Fong, T. (2012). Psychometric development of the hypersexual behavior consequences scale. *Journal of Behavioral Addictions*, *1*(3), 115-122. <https://doi.org/10.1556/jba.1.2012.001>

- Reid, R. C., Harper, J. M., & Anderson, E. H. (2009). Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, <https://doi.org/10.1002/cpp.609>
- Reid, R. C., Li, D. S., Gilliland, R., Stein, J. A., & Fong, T. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Pornography Consumption Inventory in a sample of hypersexual men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(5), 359-385. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.607047>
- Reid, R., Bramen, J.E., Anderson, A. & Cohen, M. (2014) 'Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity and stress proneness among hypersexual patients', *Journal of Clinical Psychology* 70(4), 313-321. <https://doi.org/10.1002/jclp.22027>
- Reisman, Y. (2019). Are there any sex/gender differences in post-selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) sexual dysfunction (PSDD)?. *Current Sexual Health Reports*, 11(4), 237-242. <https://doi.org/10.1007/s11930-019-00222-x>
- Richters, J., de Visser, R. O., Badcock, P. B., Smith, A. M., Rissel, C., Simpson, J. M., & Grulich, A. E. (2014). Masturbation, paying for sex, and other sexual activities: the Second Australian Study of Health and Relationships. *Sexual health*, 11(5), 461-471. <https://doi.org/10.1071/SH14116>
- Riemersma, J., & Sytsma, M. (2013). A new generation of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(4), 306-322. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.843067>
- Rissel, C., Richters, J., De Visser, R. O., McKee, A., Yeung, A., & Caruana, T. (2016). A profile of pornography users in Australia: Findings from the second Australian study of health and relationships. *The Journal of Sex Research*, 54(2), 227-240. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1191597>
- Robinson, B. E., Bockting, W. O., Rosser, B. R., Miner, M., & Coleman, E. (2002). The Sexual Health Model: Application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, 17(1), 43-57. <https://doi.org/10.1093/her/17.1.43>.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research reviews*, 18(3), 247-291. [https://doi.org/10.1016/0165-0173\(93\)90013-P](https://doi.org/10.1016/0165-0173(93)90013-P)
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 25–53. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145237.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008a). Review. The incentive sensitization theory of addiction: Some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B*, 363(1507), 3137–3146. doi:10.1098/rstb.2008.0093

- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008b). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137-3146. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>
- Rodriguez-Jimenez, R., Avila, C., Jimenez-Arriero, M. A., Ponce, G., Monasor, R., Jimenez, M. E. E. A., Ponce G., Monasor, R., Jimenez, M., Aragües, M., Hoenicka, J., Rubio, G., & Palomo, T. (2006). Impulsivity and sustained attention in pathological gamblers: influence of childhood ADHD history. *Journal of Gambling Studies*, 22(4), 451-461. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9028-2>
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin Company.
- Romito, P., & Beltramini, L. (2012). Watching pornography: Gender differences, violence and victimization. An exploratory study in Italy. *Violence Against Women*, 17, 1313-132. <https://doi.org/10.1177/1077801211424555>
- Rosenberg, H., & Kraus, S. (2014). The relationship of “passionate attachment” for pornography with sexual compulsivity, frequency of use, and craving for pornography. *Addictive Behaviors*, 39(5), 1012–1017. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.02.010>
- Rosenberg, K. P., O’Connor, S., & Carnes, P. (2014). Sex addiction: An overview. *Behavioral addictions*, 215-236. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00009-4>
- Rosenberg, K.P., Carnes, P & O’Connor, S. (2014). Evaluation and Treatment of Sex Addiction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40(2), 77-91. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.701268>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Basic Books.
- Rosenfeld, M. J., & Thomas, R. J. (2012). Searching for a mate: The rise of the internet as a social intermediary. *American Sociological Review*, 77(4), 523–547. doi:[10.1177/0003122412448050](https://doi.org/10.1177/0003122412448050).
- Ross, M. W., Månsson, S. A., & Daneback, K. (2012). Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 459-466. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9762-0>
- Ross, M. W., Tikkanen, R., & Månsson, S. A. (2000). Differences between Internet samples and conventional samples of men who have sex with men: implications for research and HIV interventions. *Social science & medicine*, 51(5), 749-758. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00493-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00493-1)

- Rosser, B. S., Noor, S. W., & Iantaffi, A. (2014). Normal, problematic, and compulsive consumption of sexually explicit media: Clinical findings using the compulsive pornography consumption (CPC) scale among men who have sex with men. *Sexual addiction & compulsivity*, 21(4), 276-304. <https://doi.org/10.1080/10720162.2014.959145>
- Rostad, W. L., Gittins-Stone, D., Huntington, C., Rizzo, C. J., Pearlman, D., & Orchowski, L. (2019). The association between exposure to violent pornography and teen dating violence in grade 10 high school students. *Archives of sexual behavior*, 48(7), 2137-2147. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1435-4>
- Ryle, A. (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of personality Disorders*, 18(1), 3-35. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.3.32773>
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2020). *Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice of a relational approach to mental health*. John Wiley & Sons.
- Sadiza, J., Varma, R., Jena, S. P. K., & Singh, T. B. (2011). Group cognitive behaviour therapy in the management of compulsive sex behaviour. In *First International Conference of the South Asian Society of Criminology and Victimology (SASCV), 15-17 January 2011, Jaipur, Rajasthan, India: SASCV 2011 Conference Proceedings* (p. 257). K. Jaishankar.
- Salmeron, P., Ballester, R., Gómez, S., y Gil, M.D. (2009). Adicción a Internet en jóvenes. XVIII Reunión de la SPCV. Genética y ambiente: de los endofenotipos a la intervención familiar, 29 y 30 de mayo de 2009.
- Samenow, C. (2010) 'A biopsychosocial model of hypersexual disorder/sexual addiction', *Sexual Addiction & Compulsivity* 17: 69–81. <https://doi.org/10.1080/10720162.2010.481300>
- Sanches, M., & John, V. P. (2019). Treatment of love addiction: Current status and perspectives. *The European Journal of Psychiatry*, 33(1), 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.07.002>
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 95. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00095>
- Sanjeevi, J., Houlihan, D., Bergstrom, K. A., Langley, M. M., & Judkins, J. (2018). A review of child sexual abuse: Impact, risk, and resilience in the context of culture. *Journal of child sexual abuse*, 27(6), 622-641. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1486934>

- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, *14*(3), 249-280.
- Scanavino, M. D. T., Ventuneac, A., Rendina, H. J., Abdo, C. H., Tavares, H., do Amaral, M. L., Messina, B., Dos Reis, S. C., Martins, J., Gordon, M. C., Vieira, J. C., & Parsons, J. T. (2016). Sexual compulsivity scale, compulsive sexual behavior inventory, and hypersexual disorder screening inventory: translation, adaptation, and validation for use in Brazil. *Archives of sexual behavior*, *45*(1), 207-217. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0356-5>
- Scarduzio, J. A., Sheff, S. E., & Smith, M. (2018). Coping and sexual harassment: How victims cope across multiple settings. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(2), 327-340. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1065-7>
- Schaefer, G. A., & Ahlers, C. J. (2018) Sexual addiction and paraphilias. En T. Birchard & J. Benfield (Eds.), *The Routledge International Handbook of Sexual Addiction* (pp. 83–93). New Harbinger Publications.
- Schäfer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*, 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Schiebener, J., Laier, C., & Brand, M. (2015). Getting stuck with pornography? Overuse or neglect of cybersex cues in a multitasking situation is related to symptoms of cybersex addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, *4*(1), 14-21. <https://doi.org/10.1556/jba.4.2015.1.5>
- Schimmenti, A., Passanisi, A., Caretti, V., La Marca, L., Granieri, A., Iacolino, C., Gervasi, A. M., Maganuco, N. R., & Billieux, J. (2017). Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis. *Addictive behaviors*, *64*, 314-320. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.002>
- Schneider, A. J., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., & Bachofen, M. (2005). Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, *74*(3), 154-164. <https://doi.org/10.1159/000084000>
- Schneider, J. (2003). The impact of compulsive cybersex behaviours on the family. *Sexual and Relationship Therapy*, *18*(3), 329-354. <https://doi.org/10.1080/146819903100153946>

- Schneider, J. P. (2000). Effects of cybersex addiction on the family: Results of a survey. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 31-58. <https://doi.org/10.1080/10720160008400206>
- Schneider, J. P. (2002). The new “elephant in the living room”: Effects of compulsive cybersex behaviors on the spouse. En A. Cooper (Ed.), *Sex and the internet: A guide book for clinicians*, (pp. 169-186). Bunner-Routledge.
- Schneider, J. P., Weiss, R., & Samenow, C. (2012). Is it really cheating? Understanding the emotional reactions and clinical treatment of spouses and partners affected by cybersex infidelity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(1-2), 123-139. <https://doi.org/10.1080/10720162.2012.658344>
- Schneider, J., & Weiss, R. (2001). *Cybersex Exposed: Simple Fantasy or Obsession*. Hazelden Information and Education Services.
- Schöttle, D., Briken, P., Tüscher, O., & Turner, D. (2017). Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(4), 381-393. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.4/dschoettle>
- Schulte, S. J., Meier, P. S., Stirling, J., & Berry, M. (2010). Unrecognised dual diagnosis—a risk factor for dropout of addiction treatment. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 3(2), 94-109. <https://doi.org/10.1080/17523281003705199>
- Schultz, K., Hook, J. N., Davis, D. E., Penberthy, J. K., & Reid, R. C. (2014). Nonparaphilic hypersexual behavior and depressive symptoms: A meta-analytic review of the literature. *Journal of sex & marital therapy*, 40(6), 477-487. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.772551>
- Schwartz, M. F. (2008). Developmental psychopathological perspectives on sexually compulsive behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 567-586. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.07.002>
- Schwartz, M. F., & Galperin, L. (2002). Hyposexuality and hypersexuality secondary to childhood trauma and dissociation. *Journal of trauma & dissociation*, 3(4), 107-120. https://doi.org/10.1300/J229v03n04_06
- Schwartz, M. F., & Southern, S. (2000). Compulsive cybersex: The new tea room. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 127-144. <https://doi.org/10.1080/10720160008400211>
- Schwartz, M. F., & Southern, S. (2017). Recovery from sexual compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(3), 224-240. <https://doi.org/10.1080/10720162.2017.1350229>

- Seal, D. W., Benotsch, E. G., Green, M., Snipes, D. J., Bull, S. S., Cejka, A., Lance, S. P., y Nettles, C. D. (2015). The Use of Internet Chat Rooms to Meet Sexual Partners: A Comparison of Non-Heterosexually Identified Men with Heterosexually Identified Men and Women. *International Journal of Sexual Health*, 27(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/19317611.2014.918921>
- Seisdedos. M. (1982). STAI. Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo. TEA ediciones.
- Seto, M. C., Stephens, S., & Lalumière, M. L. (2019). Revised Screening Scale for Pedophilic Interests. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 8–11). Routledge.
- Ševčíková, A., & Daneback, K. (2014). Online pornography use in adolescence: Age and gender differences. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(6), 674-686. <https://doi.org/10.1080/17405629.2014.926808>
- Ševčíková, A., Blinka, L., & Soukalová, V. (2018). Excessive internet use for sexual purposes among members of sexaholics anonymous and sex addicts anonymous. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 25(1), 65-79. <https://doi.org/10.1080/10720162.2018.1431166>
- Ševčíková, A., Blinka, L., Škařupová, K., & Vašek, D. (2020). Online sex addiction after 50: An exploratory study of age-related vulnerability. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00200-3>
- Ševčíková, A., Šerek, J., Macháčková, H., & Šmahel, D. (2013). Extent matters: Exposure to sexual material among Czech adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 33(8), 1048-1071. <https://doi.org/10.1177/0272431613483004>
- Ševčíková, A., Vazsonyi, A. T., Širůček, J., & Konečný, Š. (2013). Predictors of online and offline sexual activities and behaviors among adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(8), 618-622. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0552>
- Shapiro, B. (2005). *Porn generation: How social liberalism is corrupting our future*. Regnery.
- Shaughnessy, K., & Byers, E. S. (2014). Contextualizing cybersex experience: Heterosexually identified men and women's desire for and experiences with cybersex with three types of partners. *Computers in Human Behavior*, 32, 178–185. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.12.005>
- Shaughnessy, K., Byers, E. S., & Walsh, L. (2011). Online sexual activity experience of heterosexual students: Gender similarities and differences. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 419-427. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9629-9>.

- Shaughnessy, K., Fudge, M., & Byers, E. S. (2017). An exploration of prevalence, variety, and frequency data to quantify online sexual activity experience. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 26(1), 60-75. <https://doi.org/10.3138/cjhs.261-A4>
- Shepherd, L. (2010). Cognitive behavior therapy for sexually addictive behavior. *Clinical Case Studies*, 9(1), 18-27. <https://doi.org/10.1177/1534650109348582>
- Shimoni, L., Dayan, M., Cohen, K., & Weinstein, A. (2018). The contribution of personality factors and gender to ratings of sex addiction among men and women who use the Internet for sex purpose. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1015-1021. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.101>
- Shor, E., & Seida, K. (2019). “Harder and harder”? Is mainstream pornography becoming increasingly violent and do viewers prefer violent content?. *The Journal of Sex Research*, 56(1), 16-28. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1451476>
- Short, M. B., Kasper, T. E., & Wetterneck, C. T. (2015). The relationship between religiosity and internet pornography use. *Journal of Religion and Health*, 54(2), 571-583. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9849-8>
- Singh, M. M., Parsekar, S. S., & Nair, S. N. (2014). An epidemiological overview of child sexual abuse. *Journal of family medicine and primary care*, 3(4), 430-435. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148139>
- Skinner, K. B. (2005). Treating Pornography Addiction. GrowthClimate Inc
- Slavin, M. N., Blycker, G. R., Potenza, M. N., Bóthe, B., Demetrovics, Z., & Kraus, S. W. (2020). Gender-related differences in associations between sexual abuse and hypersexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(10), 2029-2038. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.008>
- Slavin, M. N., Scoglio, A. A., Blycker, G. R., Potenza, M. N., & Kraus, S. W. (2020). Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: A systematic literature review. *Current addiction reports*, 7(1), 76-88. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00298-9>
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Campbell Systematic Reviews*, 7(1), 1-126. <https://doi.org/10.4073/csr.2011.6>
- Smith, A. (2018). Existential perspectives on working with sex addiction. En T. Birchard & J. Benfield (Eds.), *The Routledge International Handbook of Sexual Addiction* (pp. 277-293). New Harbinger Publications.
- Snagowski, J., Laier, C., Duka, T., & Brand, M. (2016). Subjective craving for pornography and associative learning predict tendencies towards cybersex addiction in a sample

- of regular cybersex users. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 23(4), 342-360. <https://doi.org/10.1080/10720162.2016.1151390>
- Sniewski, L., & Farvid, P. (2020). Hidden in shame: Heterosexual men's experiences of self-perceived problematic pornography use. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(2), 201-212. <https://doi.org/10.1037/men0000232>
- Sniewski, L., Farvid, P., & Carter, P. (2018). The assessment and treatment of adult heterosexual men with self-perceived problematic pornography use: A review. *Addictive Behaviors*, 77, 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.10.010>
- Solano, I., Eaton, N. R., & O'Leary, K. D. (2018). Pornography consumption, modality and function in a large internet sample. *The Journal of Sex Research*, 57, 92-103. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1532488>
- Soldati, L., Bianchi-Demicheli, F., Schockaert, P., Köhl, J., Bolmont, M., Hasler, R., & Perroud, N. (2021). Association of ADHD and hypersexuality and paraphilias. *Psychiatry research*, 295, 113638. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113638>
- Southern, S. (2008). Treatment of compulsive cybersex behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 697-712. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.003>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*, 47(5), 385-395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2015). Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "new" psychopathologies for the 21st century?. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(1), 97–100. <https://doi.org/10.1002/wps.20195>
- Stark, R., Klucken, T., Potenza, M. N., Brand, M., & Strahler, J. (2018). A current understanding of the behavioral neuroscience of compulsive sexual behavior disorder and problematic pornography use. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 5(4), 218-231. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0162-9>
- Stein, T. D., & Carnes, P. (2017). Sex addiction, the 12 steps and therapy. In *The Routledge international handbook of sexual addiction* (pp. 203-211). Routledge.

- Stevenson, M. R. (2010). Unwanted childhood sexual experience questionnaire. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schrerer & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 10–12). Routledge.
- Stewart, D. N., & Szymanski, D. M. (2012). Young adult women's reports of their male romantic partner's pornography use as a correlate of their self-esteem, relationship quality, and sexual satisfaction. *Sex Roles*, 67(5), 257-271. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0164-0>
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., ... & Goodman, W. K. (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 583-592. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816774b1>
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: a controlled evaluation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 113-120. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.113>
- Studer, J., Marmet, S., Wicki, M., & Gmel, G. (2019). Cybersex use and problematic cybersex use among young Swiss men: Associations with sociodemographic, sexual, and psychological factors. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(4), 794-803. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.69>
- Suarez, T., O'Leary, A., Morgenstern, J., Allen, A., & Hollander, E. (2002). Selective serotonin reuptake inhibitors as a treatment for sexual compulsivity. En O'Leary (Ed.), *Beyond Condoms. Alternative Approaches to HIV Prevention* (pp. 199-220). Springer.
- Subrahmanyam K., & Šmahel D. (2011) *Sexuality on the Internet: Sexual Exploration, Cybersex, and Pornography*. En: *Digital Youth* (pp. 41-57). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6278-2_3
- Sun, C., Bridges, A., Johnson, J. A., & Ezzell, M. B. (2016). Pornography and the male sexual script: An analysis of consumption and sexual relations. *Archives of sexual behavior*, 45(4), 983-994. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0391-2>
- Sun, C., Miezan, E., Lee, N. Y., & Shim, J. W. (2015). Korean men's pornography use, their interest in extreme pornography, and dyadic sexual relationships. *International Journal of Sexual Health*, 27(1), 16-35. <https://doi.org/10.1080/19317611.2014.927048>

- Syan, S. K., Minhas, M., Oshri, A., Costello, J., Sousa, S., Samokhvalov, A. V., Rush, B., & MacKillop, J. (2020). Predictors of premature treatment termination in a large residential addiction medicine program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 117*, 108077. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108077>
- Szymanski, D. M., & Stewart-Richardson, D. N. (2014). Psychological, relational, and sexual correlates of pornography use on young adult heterosexual men in romantic relationships. *The Journal of Men's Studies, 22*(1), 64-82. <https://doi.org/10.3149/jms.2201.64>
- Tavakoli, G. H., Niknami, S., Aminshokravi, F., & Hojjat, S. K. (2015). Social Support: The Main Factor for Retention of Addiction Treatment. *Health education and health promotion, 2*(2), 43-50.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M., & Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 13*(5), 233-238.
- Terol-Cantero, M. C., & Cabrera-Perona, V. (2015). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) review in Spanish Samples. *Anales de Psicología, 31*(2), 494-503. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Thibaut, F. (2012). Pharmacological treatment of paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci, 49*(4), 297-305.
- Thibaut, F., Barra, F. D. L., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M., & WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry, 11*(4), 604-655. <https://doi.org/10.3109/15622971003671628>
- Thorens, G., Achab, S., Billieux, J., Khazaal, Y., Khan, R., Pivin, E., Gupta, V., & Zullino, D. (2014). Characteristics and treatment response of self-identified problematic Internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(1), 78-81. <https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.008>
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., & Mahoney, A. (2008). Shyness 3: randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(12), 1030-1040. <https://doi.org/10.1080/00048670802512107>
- Træen, B., & Daneback, K. (2013). The use of pornography and sexual behaviour among Norwegian men and women of differing sexual orientation. *Sexologies, 22*(2), e41-e48. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.03.001>

- Træen, B., Carvalheira, A., Kvalem, I. L., & Hald, G. M. (2018). European older adults' use of the Internet and social networks for love and sex. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 12(3). <https://doi.org/10.5817/CP2018-3-1>
- Traeen, B., Spitznogle, K., & Beverfjord, A. (2004). Attitudes and use of pornography in the Norwegian population 2002. *Journal of Sex Research*, 41, 193–200. <https://doi.org/10.1080/00224490409552227>
- Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z., & Marinković, J. (2011). Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry research*, 189(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.007>
- Tripodi, F., Eleuteri, S., Giuliani, M., Rossi, R., Livi, S., Petruccelli, I., Petruccelli, K., Daneback, K. & Simonelli, C. (2015). Unusual online sexual interests in heterosexual Swedish and Italian university students. *Sexologies*, 24(4), e84-e93. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.03.003>
- Tsimtsiou, Z., Haidich, A. B., Kokkali, S., Dardavesis, T., Young, K. S., & Arvanitidou, M. (2014). Greek version of the Internet Addiction Test: A validation study. *Psychiatric Quarterly*, 85(2), 187-195. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9282-2>
- Tudorel, O. I., & Vintilă, M. (2018). The Role of Social Support on Internet Addiction. *Social Work Review/Revista de Asistentă Socială*, 1, 73-78.
- Turner, D., Schöttle, D., Krueger, R., & Briken, P. (2015). Sexual behavior and its correlates after traumatic brain injury. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(2), 180-187. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000144
- Twohig, M. P., & Crosby, J. M. (2010). Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behavior Therapy*, 41(3), 285-295. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.06.002>
- Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Cox, J. M. (2009). Viewing Internet pornography: For whom is it problematic, how, and why?. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(4), 253-266. <https://doi.org/10.1080/10720160903300788>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1513-1522. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.002>
- Ucar, T., Golbasi, Z., & Senturk Erenel, A. (2016). Sexuality and the internet: a study of the perspectives of Turkish university students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(12), 740-745. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0433>

- Vaillancourt-Morel, M. P., & Bergeron, S. (2019). Self-perceived problematic pornography use: Beyond individual differences and religiosity. *Archives of Sexual Behavior*, *48*(2), 437-441. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1292-6>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Blais-Lecours, S., Labadie, C., Bergeron, S., Sabourin, S., & Godbout, N. (2017). Profiles of cyberpornography use and sexual well-being in adults. *The journal of sexual medicine*, *14*(1), 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.10.016>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Daspe, M. È., Charbonneau-Lefebvre, V., Bosisio, M., & Bergeron, S. (2019). Pornography use in adult mixed-sex romantic relationships: Context and correlates. *Current Sexual Health Reports*, *11*(1), 35-43. <https://doi.org/10.1007/s11930-019-00190-2>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Dugal, C., Poirier Stewart, R., Godbout, N., Sabourin, S., Lussier, Y., & Briere, J. (2016). Extradyadic sexual involvement and sexual compulsivity in male and female sexual abuse survivors. *The Journal of Sex Research*, *53*(4-5), 614-625. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1061633>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Labadie, C., Runtz, M., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *40*, 48-59. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.024>
- Vallerand, R. J., C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., Gagné, M., & Marsolais, J. (2003). Les Passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(4), 756-767. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.4.756>
- 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. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.034>
- Van Ouytsel, J., Punyanunt-Carter, N. M., Walrave, M., & Ponnet, K. (2020). Sexting within young adults' dating and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, *36*, 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.007>
- Varfi, N., Rothen, S., Jasiowka, K., Lepers, T., Bianchi-Demicheli, F., & Khazaal, Y. (2019). Sexual desire, mood, attachment style, impulsivity, and self-esteem as predictive factors for addictive cybersex. *JMIR Mental Health*, *6*(1), e9978. <https://doi.org/10.2196/mental.9978>
- Vázquez, A.J., Jiménez, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, *22*, 247-255.

- Velezmoro, R., Negy, C., & Livia, J. (2012). Online sexual activity: Cross-national comparison between United States and Peruvian college students. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(4), 1015-1025. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9862-x>
- von Rosen, A. J., von Rosen, F. T., Tinnemann, P., & Müller-Riemenschneider, F. (2017). Sexual health and the internet: cross-sectional study of online preferences among adolescents. *Journal of medical Internet research*, *19*(11), e379. 10.2196/jmir.7068
- Voon, V., Mole, T. B., Banca, P., Porter, L., Morris, L., Mitchell, S., Lapa, T. R., Karr, J., Harrison, N. A., Potenza, M., & Irvine, M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PloS one*, *9*(7), e102419. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102419>
- Vossler, A. (2016). Internet infidelity 10 years on: A critical review of the literature. *The Family Journal*, *24*(4), 359-366. <https://doi.org/10.1177/1066480716663191>
- Wainberg, M. L., Muench, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, T. W., Parsons, J. T., & O'Leary, A. (2006). A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men. *The Journal of clinical psychiatry*, *67*(12), 1968-1973. DOI: 10.4088/jcp.v67n1218
- Wakefield, S., Delgadillo, J., Kellett, S., White, S., & Hepple, J. (2021). The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case—control study. *British Journal of Clinical Psychology*, *60*(2), 194-211. <https://doi.org/10.1111/bjc.12278>
- Wallace, M., & Safer, M. (2009). Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatric Nursing*, *30*(4), 230-237. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.09.001>
- Walton, M. T., & Bhullar, N. (2018). Compulsive sexual behavior as an impulse control disorder: awaiting field studies data. *Archives of sexual behavior*, *47*(5), 1327-1331. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1200-0>
- Walton, M. T., Cantor, J. M., Bhullar, N., & Lykins, A. D. (2017). Hypersexuality: A critical review and introduction to the “sexbehavior cycle”. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(8), 2231-2251. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0991-8>
- Wang, J. L., Sheng, J. R., & Wang, H. Z. (2019). The association between mobile game addiction and depression, social anxiety, and loneliness. *Frontiers in public health*, *7*, 247. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00247>
- Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and alcohol dependence*, *89*(2-3), 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.01.009>

- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1988). *Change: Principles of problematic formation and problem resolution*. Norton.
- Weber, M., Quiring, O., & Daschmann, G. (2012). Peers, parents and pornography: Exploring adolescents' exposure to sexually explicit material and its developmental correlates. *Sexuality & Culture, 16*, 408–427. <https://doi.org/10.1007/s12119-012-9132-7>
- Weinstein, A., Katz, L., Eberhardt, H., Cohen, K., & Lejoyeux, M. (2015). Sexual compulsion—Relationship with sex, attachment and sexual orientation. *Journal of behavioral addictions, 4*(1), 22-26. <https://doi.org/10.1556/jba.4.2015.1.6>
- Weinstein, A., Zolek, R., Babkin, A., Cohen, K., & Lejoyeux, M. (2015). Factors predicting cybersex use and difficulties in forming intimate relationships among male and female users of cybersex. *Frontiers in psychiatry, 6*, 54. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00054>
- Weiss, D. (2004). The prevalence of depression in male sex addicts residing in the United States. *Sexual Addiction & Compulsivity, 11*(1-2), 57-69. <https://doi.org/10.1080/10720160490458247>
- Weiss, R. (2015). *Sex Addiction 101: A basic guide to healing from sex, porn and love addiction*. Health Communication Inc.
- Weiss, R. (2016). *Sex Addiction 101: The workbook*. Telemachus Press.
- Weisskirch, R. S., & Delevi, R. (2011). “Sexting” and adult romantic attachment. *Computers in Human Behavior, 27*(5), 1697-1701. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2011.02.008>
- Wells, J. E., McGee, M. A., & Beautrais, A. L. (2011). Multiple aspects of sexual orientation: Prevalence and sociodemographic correlates in a New Zealand national survey. *Archives of Sexual Behavior, 40*(1), 155-168. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9636-x>
- Wéry, A., & Billieux, J. (2016). Online sexual activities: An exploratory study of problematic and non-problematic usage patterns in a sample of men. *Computers in Human Behavior, 56*, 257–266. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.11.046>
- Wéry, A., & Billieux, J. (2017). Problematic cybersex: Conceptualization, assessment, and treatment. *Addictive behaviors, 64*, 238-246. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.007>
- Wéry, A., Burnay, J., Karila, L., & Billieux, J. (2016). The Short French Internet Addiction Test adapted to online sexual activities: Validation and links with online sexual preferences and addiction symptoms. *The Journal of Sex Research, 53*(6), 701-710. DOI: [10.1080/00224499.2015.1051213](https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1051213)

- Wéry, A., Canale, N., Bell, C., Duvivier, B., & Billieux, J. (2020). Problematic online sexual activities in men: The role of self-esteem, loneliness, and social anxiety. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(3), 217-226. <https://doi.org/10.1002/hbe2.193>
- Wéry, A., Deleuze, J., Canale, N., & Billieux, J. (2018). Emotionally laden impulsivity interacts with affect in predicting addictive use of online sexual activity in men. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 192-201. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.004>
- Wéry, A., Vogelaere, K., Challet-Bouju, G., Poudat, F. X., Caillon, J., Lever, D., J. Billieux, & Grall-Bronnec, M. (2016). Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of behavioral addictions*, 5(4), 623-630. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.071>
- Wetterneck, C. T., Burgess, A. J., Short, M. B., Smith, A. H., & Cervantes, M. E. (2012). The role of sexual compulsivity, impulsivity, and experiential avoidance in internet pornography use. *The Psychological Record*, 62(1), 3-18. <https://doi.org/10.1007/BF03395783>
- Widyanto, L., & McMurrin, M. (2004). The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychology & behavior*, 7(4), 443-450. <https://doi.org/10.1089/cpb.2004.7.443>
- Wiechelt, S. A., & Straussner, S. (2015). Introduction to the special issue: Examining the relationship between trauma and addiction. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2015.996501>
- Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., & Cassedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223-238. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02022.x>
- Willoughby, B. J., Carroll, J. S., Nelson, L. J., & Padilla-Walker, L. (2014). Associations between relational sexual behavior, pornography use, and pornography acceptance among emerging adults. *Culture, Health, and Sexuality*, 16, 1052-1069. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.927075>
- Wilson, A. D., Roos, C. R., Robinson, C. S., Stein, E. R., Manuel, J. A., Enkema, M. C., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2017). Mindfulness-based interventions for addictive behaviors: Implementation issues on the road ahead. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 888-896. <https://doi.org/10.1037/adb0000319>
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228. DOI: 10.1891/jcop.2005.19.3.211

- Wodarski, J. S., & Curtis, S. V. (2015). *E-therapy for Substance Abuse and Co-morbidity*. Springer International Publishing.
- Wolak, J., Mitchell, K., & Finkelhor, D. (2007). Unwanted and wanted exposure to online pornography in a national sample of youth Internet users. *Pediatrics*, *119*(2), 247-257. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1891>
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *BioMed Research International*, *2014*. <https://doi.org/10.1155/2014/425924>
- Wood, H. (2011). The internet and its role in the escalation of sexually compulsive behaviour. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *25*(2), 127-142. <https://doi.org/10.1080/02668734.2011.576492>
- World Health Organization (WHO) (2018). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization (WHO) (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). WHO
- Wright, P. J. (2010). Sexual compulsivity and 12-step peer and sponsor supportive communication: A cross-lagged panel analysis. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *17*(2), 154-169. <https://doi.org/10.1080/10720161003796123>
- Wright, P. J., Bae, S., & Funk, M. (2013). United States women and pornography through four decades: Exposure, attitudes, behaviors, individual differences. *Archives of sexual behavior*, *42*(7), 1131-1144. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0116-y>
- Wright, P. J., Steffen, N. J., & Sun, C. (2019). Is the relationship between pornography consumption frequency and lower sexual satisfaction curvilinear? Results from England and Germany. *The Journal of Sex Research*, *56*(1), 9-15. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1347912>
- Wright, P. J., Sun, C., Steffen, N. J., & Tokunaga, R. S. (2019). Associative pathways between pornography consumption and reduced sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, *34*(4), 422-439. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1323076>
- Wurtele, S. K., Simons, D. A., & Parker, L. J. (2018). Understanding men's self-reported sexual interest in children. *Archives of sexual behavior*, *47*(8), 2255-2264. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1173-z>

- Wyatt, G. E., Lawrence, J., Vodounon, A., & Mickey, M. R. (1993). The Wyatt Sex History Questionnaire: A structured interview for female sexual history taking. *Journal of Child Sexual Abuse, 1*(4), 51-68. https://doi.org/10.1300/J070v01n04_04
- Yamamoto, M. (2020). Recovery from Hypersexual Disorder (HD): An Examination of the Effectiveness of Combination Treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity, 27*(3-4), 211-235. <https://doi.org/10.1080/10720162.2020.1815267>
- Yang, C., Zhou, Y., Cao, Q., Xia, M., & An, J. (2019). The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: resilience and self-esteem as mediators. *Frontiers in psychiatry, 10*, 388. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00388>
- Yao, M. Z., & Zhong, Z. J. (2014). Loneliness, social contacts and Internet addiction: A cross-lagged panel study. *Computers in Human Behavior, 30*, 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.08.007>
- Yau, Y. H., & Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harvard review of psychiatry, 23*(2), 134-146. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000051>
- Yazdi, K., Fuchs-Leitner, I., & Gerstgrasser, N. W. (2020). Nalmefene in the Treatment of Internet Pornography Addiction—A Case Report and Review of Literature. *Journal of Addiction Medicine, 14*(4), 348-351. doi: 10.1097/ADM.0000000000000602
- Young, K. (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. *Student British Medical Journal, 7*, 351-352. <https://doi.org/10.1136/sbmj.9910351>
- Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. Wiley.
- Young, K. S. (2001). *Tangled in the Web: Understanding cybersex from fantasy to addiction*. Authorhouse.
- Young, K. S. (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & behavior, 10*(5), 671-679. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9971>
- Young, K. S. (2008). Internet sex addiction: Risk factors, stages of development, and treatment. *American Behavioral Scientist, 52*(1), 21-37. <https://doi.org/10.1177/0002764208321339>
- Young, K. S., Griffin-Shelley, E., Cooper, A., O'Mara, J., & Buchanan, J. (2000). Online infidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. En A. Cooper (Ed.), *Cybersex: The dark side of the force* (pp. 59-74). Brunner Routledge.

- Zaikman, Y., & Marks, M. J. (2017). Promoting theory-based perspectives in sexual double standard research. *Sex Roles*, 76(7-8), 407-420. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0677-z>
- Zapf, J., Greiner, J., & Carroll, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 15(2), 158–175. <https://doi.org/10.1080/10720160802035832>
- Zheng, L., & Zheng, Y. (2014). Online sexual activity in Mainland China: Relationship to sexual sensation seeking and sociosexuality. *Computers in Human Behavior*, 36, 323-329. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.062>
- Zheng, L., Zhang, X., & Feng, Y. (2017). The new avenue of online sexual activity in China: The smartphone. *Computers in Human Behavior*, 67, 190-195. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.10.024>
- Ziff, J. D. (2019). Integrating 12-step Recovery in Clinical Treatment of Sex Addiction: A Practical Guide for the Clinician. En P. J. Carnes & K. M. Adams (Eds.), *Clinical Management of Sex Addiction* (pp. 196-220). Routledge.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zimmerman, E. L. (2019). *The Effect of Inconsistent Therapy Attendance by Client and Therapist on Therapeutic Outcomes*. Brigham Young University.
- Zlot, Y., Goldstein, M., Cohen, K., & Weinstein, A. (2018). Online dating is associated with sex addiction and social anxiety. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 821-826. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.66>

VI. ANEXOS

Anexo 1. Entrevista CISEX versión extendida

Entrevista diagnóstica CISEX

Cuestionario de <i>screening</i> de conductas sexuales objetivo de la evaluación clínica (<i>online</i> y <i>offline</i>) durante los últimos 6 meses						
Conducta sexual <i>online</i> y <i>offline</i>	Realización conducta sexual	Porcentaje de conducta sexual que representa	Tiempo semanal dedicado	TSO (orgasmos semanales a través de conducta sexual)	Malestar que produce conducta sexual (0-10)	Grado de control sobre conducta sexual (0-10)
Conductas sexuales <i>online</i>						
Visionado de imágenes o películas pornográficas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Chatear con fines sexuales con otros usuarios a través de texto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Contacto sexual por medio de webcam con otro usuario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Búsqueda de pareja sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Búsqueda de pareja romántica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Compra de material sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Contacto con trabajadores/as sexuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Otra actividad sexual <i>online</i> : _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Conductas sexuales <i>offline</i>						
Masturbación -sin utilizar materiales sexuales <i>online</i> -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Relaciones sexuales con una pareja estable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Relaciones sexuales con parejas esporádicas (SI NO TIENE PAREJA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Relaciones sexuales con personas distintas a la pareja (INFIDELIDAD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____
Relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____ %	____ Horas y ____ minutos	____ orgasmos semanales	_____	_____

Criterio A. Excesiva dedicación a la conducta sexual											
	Preguntas de control	Síntoma	Últimos 6 meses			Previo últimos 6 meses					
A.1	<p>P.1. ¿Sueles dedicar mucho tiempo a planear cómo y dónde realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), a hacerla o bien a recuperarte de haberla hecho (p.e., si trasnochaste por estar realizándola)?</p> <p>P.2. ¿Inviertes tanto tiempo realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) que no dispones de tiempo para hacer otras cosas importantes (como cuidar de tu familia, ver a tus amigos, practicar tus aficiones o estar en forma, etc.)?</p> <p>P.3. ¿Has dejado de cumplir con alguna de tus responsabilidades porque la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te consume gran parte de tu tiempo?</p> <p>P.4. Si lo comparas con el tiempo que dedicas a otras actividades o hobbies como hacer deporte, ver a tus amigos, etc., ¿Dirías que dedicas mucho tiempo a tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.5. Desde que comenzaste a realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿has comenzado a dedicarle cantidades cada vez mayores de tiempo?</p>	<p>Inversión de tiempo exagerada en actividades relacionadas con la conducta sexual excesiva (p.e., buscando el modo de realizarla, realizándola o recuperándose de los efectos de haberla realizado).</p> <p>0=El paciente no dedica una exagerada cantidad de tiempo a su comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente dedica una importante cantidad de tiempo a la conducta sexual pero no tanto como para que le dificulte realizar otras actividades importantes.</p> <p>2=El paciente dedica tanto tiempo a la conducta sexual que esta apenas le deja o dejaría (caso que la persona no tenga obligaciones –p.e., desempleados-) hacer otras cosas.</p>	¿?	0	1	2	¿?	0	1	2	
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.6. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce el tiempo que inviertes en tu conducta sexual?</p>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Criterio B. Pérdida del control sobre la conducta sexual				
	Preguntas de control	Síntoma	Últimos 6 meses	Previo últimos 6 meses
B.1	<p>P.1. ¿Te sientes capaz de controlar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Alguna vez has considerado que tu deseo sexual estaba fuera de control?</p> <p>P.2. ¿Alguien te ha reprochado alguna vez que no seas capaz de controlar tu comportamiento sexual?</p> <p>P.3. Cuando sientes ganas de (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿eres capaz de posponerlo hasta encontrarte en una situación más propicia o haces lo que haga falta por saciar tu impulso (p.e., irte de una reunión importante, faltar a clase, llegar a tarde a un compromiso...)?</p> <p>P.4. ¿Hay ocasiones en las que sientes ganas de (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) y sin embargo consigues no hacerlo? ¿Te resulta difícil? ¿Por cuánto tiempo logras controlar tu impulso sexual?</p> <p>P.5. ¿Serías capaz de controlar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) cuando ya la has comenzado a realizar?</p>	<p>Incapacidad persistente de resistir la tentación de iniciar la conducta sexual excesiva.</p> <p>0=El paciente no tiene problemas para controlar cuándo iniciar su conducta sexual, de modo que es capaz de posponerla hasta que la situación sea más propicia.</p> <p>1=Problemas esporádicos a la hora de controlar cuándo iniciar la conducta sexual que no revisten gravedad.</p> <p>2=El paciente es incapaz de controlar cuándo iniciar la conducta sexual.</p>	<p>¿? 0 1 2</p>	<p>¿? 0 1 2</p>
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.6. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce no controlar tu conducta sexual?</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		
B.2	<p>P.1. ¿En alguna ocasión creíste que debías reducir tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) o incluso pararla por completo?</p> <p>P.2. ¿Alguna vez has tratado de reducir tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Lo conseguiste? ¿Te costó?</p> <p>P.3. ¿Alguna vez has tratado de imponerte normas sobre cómo, cuándo y con qué frecuencia realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) y las has acabado incumpliendo?</p> <p>P.4. ¿Alguna vez has tratado de limitar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) poniéndote a ti mismo barreras (p.e., dando de baja la conexión a Internet, utilizando el ordenador únicamente en presencia de un familiar, etc.)? ¿Te ha funcionado?</p> <p>P.5. ¿Alguna vez has pedido a alguien que te ayude a controlar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) (p.e., acompañándote a lugares donde sabes que estando sólo es muy probable que realices la conducta sexual)?</p>	<p>Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual excesiva.</p> <p>0=El paciente no experimenta problemas a la hora de reducirla o interrumpir la conducta sexual.</p> <p>1=El paciente ha logrado reducir o interrumpir la conducta sexual con éxito.</p> <p>2=El paciente no logra reducir o interrumpir la frecuencia o la intensidad de su conducta sexual (o sólo lo consigue con barreras externas).</p>	<p>¿? 0 1 2</p>	<p>¿? 0 1 2</p>
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.6. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce no poder interrumpir tu conducta sexual?</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		

B.3	<p>P.1. ¿En alguna ocasión has realizado la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) con una frecuencia mayor a la que tenías planeada o más de lo que te habría gustado? ¿Alguna vez has empezado a realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) y no has podido parar? ¿Cuán a menudo la haces la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) y con qué frecuencia te gustaría hacerla?</p> <p>P.2. ¿Alguna vez has realizado la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) y apenas unas horas más tarde ya querías volverlo a hacer de nuevo?</p> <p>P.3. ¿Ha habido ocasiones en las que has empezado a realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) y cuando te has dado cuenta, llevabas horas haciéndola? ¿Alguna vez has perdido la noción del tiempo mientras realizabas la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.4. ¿Alguna vez has pasado horas realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) sin que te dieran ganas de dejarlo ni tan siquiera un rato?</p>	<p>El comportamiento sexual excesivo se realiza con mayor frecuencia o durante periodos de tiempo superiores a los que se tenía previsto.</p> <p>0=El paciente no tiene problemas para controlar la cantidad de tiempo que dedica a la conducta sexual.</p> <p>1=En ocasiones el paciente dedica más del que querría a la conducta sexual.</p> <p>2=Episodios frecuentes de realización excesiva de la conducta sexual que llevan a perder la noción del y/o a realizarlo por periodos muy superiores a los previstos.</p>	<p>¿? 0 1 2</p>	<p>¿? 0 1 2</p>
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.5. En una escala 0-10, ¿cuánto malestar te produce dedicar más tiempo del previsto a tu conducta sexual?</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		

Criterio C. Consecuencias negativas derivadas de la conducta sexual excesiva (criterio de interferencia)				
	Preguntas de control	Síntoma	Últimos 6 meses	Previo últimos 6 meses
C.1	A continuación te enumeraré una serie de consecuencias que has podido experimentar derivadas de tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA). Contesta afirmativamente sólo en caso de que las hayas experimentado por la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), no si su causa se atribuye a otra cuestión. ¿Debido a este problema...	Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva. 0=El paciente no ha experimentado ninguna consecuencia negativa derivada de su conducta sexual. 1=El paciente ha experimentado alguna consecuencia negativa derivada de su conducta sexual que se circunscribe a ámbitos muy concretos y que no tiene un impacto significativo en el conjunto de su vida diaria. 2=El paciente experimenta gran variedad de consecuencias derivadas de su conducta sexual que afectan a múltiples ámbitos de su vida y/o que producen una importante interferencia.		
	P.1...Te has quedado embarazada sin desearlo (CHICA)? Sí / No			
	P.1...Has dejado embarazada a una chica sin desearlo (CHICO)? Sí / No			
	P.2...Has contraído una ITS? Sí / No			
	P.3...Has contraído el VIH? Sí / No			
	P.4...Has transmitido a alguien una ITS o el VIH? Sí / No			
	P.5...Has sufrido dolor, lesiones u otros problemas físicos? Sí / No			
	P.6...Has producido dolor, lesiones u otros problemas físicos? Sí / No			
	P.7...Has tenido problema con tu familia o amigos? Sí / No			
	P.8...Has tenido problema con alguna de tus parejas? Sí / No			
P.9...Has sido arrestado/a? Sí / No				
P.10...Has tenido problemas económicos? Sí / No				
P.11...Has experimentado problemas en la escuela? Sí / No				
P.12...Has tenido problemas en el trabajo? Sí / No				
P.13...Has experimentado malestar espiritual? Sí / No				
P.14...Te has sentido avergonzado de ti mismo/a? Sí / No				
P.15...Te has sentido culpable? Sí / No				
P.16... Has consumido drogas? Sí / No				
P.17...Has hecho algo ilegal?				
P.18...Has desarrollado atracción por algo que te hacía sentir mal? Sí (_____) / No				
	Si respondió afirmativamente:			
	P.19. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce las consecuencias negativas tu conducta sexual?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2
C.2	P.1. ¿Crees que los problemas de los que antes hemos hablado son provocados por tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Consideras graves las consecuencias que has experimentado? ¿Eso ha supuesto que en algún momento trataras de reducir o cesar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Por qué?	Realización continuada de la conducta sexual a pesar de la aparición de problemas psicológicos o físicos recidivantes o	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2

	<p>P.2. ¿Te ves incapaz de controlar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) a pesar de las consecuencias negativas que te ha supuesto? ¿Alguna vez te has planteado que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te provocaba estos problemas y aun así has sido incapaz de reducirla o cesarla?</p> <p>P.3. ¿Crees que si sigues realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) tus problemas van a empeorar? ¿Eso te sirve de motivación para tratar de limitar este comportamiento? ¿Qué crees que sucederá a medio o largo plazo si continúa tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) como hasta ahora?</p>	<p>persistentes, que parecen causados o exacerbados por su realización.</p> <p>0=El paciente no experimenta problemas derivados de su conducta sexual o cesa su realización cuando aparecen los primeros problemas.</p> <p>1=El paciente experimenta problemas incipientes derivados de la conducta sexual pero en lugar de cesarla, apenas la ha reducido mínimamente.</p> <p>2=El paciente experimenta problemas graves derivados de su comportamiento sexual y se muestra totalmente incapaz de cesar o reducir el comportamiento que los motiva.</p>		
	<p>Si respondió afirmativamente: P.4. En una escala 0-10, ¿cuánto malestar produce realizar la conducta sexual a pesar de las consecuencias?</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>		
<p>C.3</p>	<p>P.1. ¿En alguna ocasión has reducido cualquier tipo de actividad que acostumbres a hacer a causa de tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.2. ¿Has dejado de pasar tiempo con tus amigos, de ir al trabajo o a la escuela, de practicar deportes, hobbies o cualquier otra actividad que antes era importante para ti debido a tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.3. ¿A causa de tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) has comenzado a aislarte de las personas cercanas de tu entorno (familiares, amigos, pareja...)? ¿Pasas mucho tiempo solo (en tu habitación, delante del ordenador, etc.) a causa de la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.4. ¿Crees que a medio o largo plazo, tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te alejará de lograr objetivos importantes para ti (p.e., mantener una pareja estable, lograr alcanzar objetivos laborales, etc.)?</p> <p>Si respondió afirmativamente: P.5. En una escala 0-10, ¿cuánto malestar te produce la interferencia derivada de tu conducta sexual?</p>	<p>Reducción importante de actividades sociales, académicas, laborales o recreativas debido a la realización de la conducta sexual excesiva.</p> <p>0=La realización del comportamiento sexual no conlleva ninguna reducción de actividades importantes para la persona.</p> <p>1=El comportamiento sexual comienza a reducir de modo incipiente algunas actividades importantes del paciente pero no con la gravedad suficiente como para considerarlo clínicamente significativo (p.e., se aprecia un ligero aislamiento).</p> <p>2=El comportamiento sexual reduce de modo significativo diversas actividades importantes de la vida del paciente.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>¿? 0 1 2 ¿? 0 1 2</p>	<p>¿? 0 1 2 ¿? 0 1 2</p>
<p>C.4</p>	<p>P.1. ¿Alguna vez tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ha absorbido tanto que has dejado de encargarte de tus responsabilidades o las has dejado en un segundo plano?</p> <p>P.2. ¿Tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) ha provocado que dejaras de hacer cosas que te habías comprometido a hacer con tu pareja, tu familia o tus amigos?</p> <p>P.3. ¿Tu rendimiento académico o laboral se ha visto influido por tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? Desde que pasas más tiempo dedicado a la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿dirías que ha descendido tu productividad? ¿Tus superiores te han llamado la atención en alguna ocasión y tú sabías que se debía a tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.4. ¿Has dejado en alguna ocasión de encargarte de tus obligaciones familiares debido a tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Esto ha supuesto un perjuicio importante para personas significativas para ti?</p>	<p>Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas, etc.) a causa de la conducta sexual compulsiva.</p> <p>0=El paciente no ha dejado de atender sus responsabilidades debido a su comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente ha comenzado a dejar de prestar atención a algunas de sus responsabilidades debido al comportamiento sexual.</p> <p>2=El paciente omite sistemáticamente sus responsabilidades a causa del comportamiento sexual, lo que le supone muchos problemas en diferentes ámbitos importantes de su vida.</p> <p>¿? 0 1 2 ¿? 0 1 2</p>	<p>¿? 0 1 2 ¿? 0 1 2</p>	<p>¿? 0 1 2 ¿? 0 1 2</p>

<p>¿Alguna persona significativa para ti te ha retirado la palabra o ha cambiado su trato hacia ti debido a tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.5. ¿Pones excusas con frecuencia para evitar asumir que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te lleva a desatender tus responsabilidades?</p>											
<p>Si respondió afirmativamente: P.6. En una escala 0-10, ¿qué malestar te produce no atender tus responsabilidades por tu conducta sexual?</p>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Criterio D. Uso del sexo como regulador emocional				
	Preguntas de control	Síntoma	Últimos 6 meses	Previo últimos 6 meses
D.1	<p>P.1. En las épocas en las que te sientes más deprimido, ansioso o angustiado, ¿ se agrava tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿aumenta la frecuencia o intensidad de la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.2. Cuando te sientes decaído, ¿dirías que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ayuda a sentirte mejor o más animado? ¿Sientes que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) es una buena manera de mejorar tu estado de ánimo? ¿Cuánto tiempo dura el alivio que produce tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? Después de (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿vuelves a sentirte tan triste o decaído como al principio?</p> <p>P.3. En épocas de estrés, ¿tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ayuda a calmarte? ¿Dirías que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ayuda a manejar la ansiedad y a relajarte? ¿Alguna vez has utilizado tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para dejar de pensar en las cosas que te hacen sentir nervioso o ansioso?</p> <p>P.4. ¿Alguna emoción que no haya enumerado hasta el momento hace más probable que comiences a realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Cuál? ¿Tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te hace sentir menos sólo? ¿Crees que realizar ahora mismo la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ayudaría a sentirte mejor?</p>	<p>La conducta sexual excesiva se utiliza para regular estados de ánimo disfóricos (principalmente ansiedad y depresión).</p> <p>0=El paciente no utiliza la conducta sexual como un medio para mejorar o evadirse de un estado emocional disfórico.</p> <p>1=El comportamiento sexual se emplea para evadirse de un estado de ánimo negativo, si bien el individuo dispone todavía de otras estrategias efectivas de regulación emocional.</p> <p>2=El comportamiento sexual se asocia de tal modo al estado del ánimo del paciente que sólo su realización alivia el malestar del día a día.</p>	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.5. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce regular tus emociones a través del sexo?</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
D.2	<p>P.1. Cuando algo negativo te ocurre en tu vida diaria (p.e., una discusión con tu pareja, problemas para llegar a fin de mes, discusiones con tus jefes o compañeros de trabajo, etc.) ¿recurre a la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para tratar de evadirte? Durante esos periodos, ¿aumenta la frecuencia o la intensidad con la que realizas la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.2. ¿Tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ayuda a prestar menos atención a las cosas negativas que te ocurren día a día? ¿Tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ayuda a evadirte de tus problemas?</p> <p>P.3. Cuando tienes un problema, ¿tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) es la única manera que tienes de enfrentarte a los problemas del día a día? En esas situaciones, ¿crees que realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ha impedido llevar a cabo acciones para tratar de solucionar de forma efectiva el problema?</p>	<p>La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes.</p> <p>0=Los eventos vitales estresantes no alteran en modo alguno el comportamiento sexual del paciente.</p> <p>1=El paciente emplea el comportamiento sexual como un medio para distraerse y evadirse de problemas centrales, si bien inicia otras estrategias de afrontamiento.</p> <p>2=El paciente emplea el comportamiento sexual como única válvula de escape para problemas centrales, lo que impide planear estrategias adaptativas de solución de problemas.</p>	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.6. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce evadir tus problemas a través del sexo?</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Criterio E. Síntomas de tolerancia				
	Preguntas de control	Síntoma	Últimos 6 meses	Previo últimos 6 meses
E.1	<p>P.1. Después de un tiempo realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿has notado si ha dejado de ser todo lo placentera que resultaba al principio? ¿Dirías que se ha reducido la satisfacción sexual que te producía inicialmente la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.2. ¿Dirías que te has habituado a realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.3. ¿Has notado si cada vez necesitas pasar más tiempo realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para conseguir la satisfacción sexual que conseguías al principio? ¿Has aumentado la intensidad de tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para conseguir el placer sexual que te producía inicialmente? ¿Has tenido que variar de algún modo tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para que siga resultando placentera?</p> <p>P.4. ¿Después de cuánto tiempo realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) comenzaste a notar que decrecía la satisfacción que te suponía realizarla? ¿El placer asociado a la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) se incrementa tras un periodo relativamente largo de tiempo sin realizarla?</p> <p>P.5. ¿Dirías que lo que antes acostumbrabas a realizar con respecto a tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) ahora te aburre y no te proporciona tanto placer? ¿Esto te ha llevado a alterar el modo en el que realizas la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p>	<p>La satisfacción sexual que resulta de la conducta sexual excesiva decrece a medida que se cronifica su realización, de modo que la persona necesita hacerla con mayor frecuencia o mayor intensidad para lograr la satisfacción sexual inicial.</p> <p>0=El paciente no ha desarrollado tolerancia hacia su propio comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente ha desarrollado cierta tolerancia, manifestada a través de un ligero descenso de la satisfacción sexual producida por la conducta sexual o bien del incremento de su intensidad para lograr el efecto inicial.</p> <p>2=El paciente presenta un claro patrón de tolerancia que se caracteriza por un marcado descenso de la satisfacción sexual asociada al comportamiento sexual y un incremento significativo de la intensidad de la actividad para lograr el efecto inicial.</p>	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.6. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce haberte habituado a tu conducta sexual?</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Criterio F. Síntomas típicos del ciclo de la adicción comportamental											
	Preguntas de control	Síntoma	Últimos 6 meses			Previo últimos 6 meses					
F.1	<p>P.1 Después de un tiempo sin realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿sientes unas ganas irrefrenables de hacerla de nuevo? En esas situaciones, ¿Tu cabeza no deja de darle vueltas a la idea de realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Ese pensamiento te excita o te hace sentirte culpable o avergonzado?</p> <p>P.2. En este mismo momento, ¿sientes la necesidad de realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿En este momento estás planeando el modo de realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? Si fuera posible, ¿estarías haciendo la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) en este momento? ¿Tratarías de realizarla de no ser porque estás haciendo esta entrevista?</p> <p>P.3. ¿Harás la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) tan pronto te sea posible?</p>	<p>Intensa preocupación y deseo de realizar la conducta sexual excesiva (<i>Craving</i>).</p> <p>0=El paciente no experimenta una especial necesidad o urgencia por realizar de nuevo el comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente experimenta cierto deseo o urgencia por realizar el comportamiento sexual pero todavía logra manejarlo y adecuarlo a la situación.</p> <p>2=El paciente experimenta una intensa necesidad o urgencia por realizar de nuevo el comportamiento sexual que sólo cesa una vez éste se inicia.</p>	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2							
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.4. En una escala 0-10, ¿cuánto malestar te produce tus ansias por realizar de nuevo la conducta sexual?</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
F.2	<p>P.1. ¿Qué sensaciones experimentas en el momento en el que estás a punto de comenzar a realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Experimentas una sensación de tensión (algo así como cuando subes la primera rampa en una montaña Rusa)? ¿Sientes una especie de hormigueo en el estómago antes de iniciar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.2. ¿Has notado que llegas a excitarte más con todo lo que precede a la realización de la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) (p.e., mientras llegas a casa, durante la búsqueda de los contenidos pornográficos, etc.)? ¿Te resultan más subjetivamente placenteras todas estas actividades que la realización del propio (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p>	<p>Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual</p> <p>0=El paciente no experimenta tensión antes de iniciar el comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente experimenta una creciente sensación de tensión y excitación anticipando la realización del comportamiento sexual.</p> <p>2=El paciente experimenta una intensa anticipación excitatoria durante todas las actividades que preceden la realización del comportamiento sexual que se manifiesta a través de una creciente tensión antes de su inicio y una desensibilización parcial durante su realización.</p>	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2							
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.3. En una escala 0-10, ¿cuánto malestar produce la tensión previa al inicio de la conducta sexual?</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
F.3	<p>P.1. ¿Realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te produce una intensa sensación de placer? En su lugar, ¿dirías que lo que experimentas cuando realizas la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) en más bien alivio o liberación del malestar? ¿Cuánto tiempo dura esta sensación de alivio o desahogo?</p> <p>P.2. En este momento, ¿realizas la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) porque te produce satisfacción o porque no hacerla te haría sentir mal? ¿Siempre ha sido así o te sucede desde que realizas la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) con más frecuencia?</p> <p>P.3. ¿Hacer la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) es el único medio de calmar el malestar que sientes si no la realizas?</p>	<p>Alivio y liberación de la sensación de malestar cuando se realiza la conducta sexual.</p> <p>0=El paciente experimenta placer derivado de su conducta sexual pero no alivio o liberación del malestar.</p> <p>1=El paciente siente cierto alivio y liberación derivado de su comportamiento sexual pero éste continúa produciendo placer.</p> <p>2=El paciente ya no experimenta placer derivado del comportamiento sexual; en su lugar, éste se realiza a fin de calmar el malestar que sentiría en caso de no hacerlo.</p>	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2							

Si respondió afirmativamente: P.4. En una escala 0-10, ¿cuánto malestar te produce sentir alivio y no placer al realizar la conducta sexual?		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
F.4	<p>P.1. ¿Qué sientes poco tiempo después de hacer la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Te sientes culpable o avergonzado tras realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Por qué dirías que experimentas esos sentimientos?</p> <p>P.2. ¿Sueles arrepentirte después de haber hecho la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Te dices a ti mismo que esa es la última vez cada vez que haces la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿El hecho de no ser capaz de controlar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te hace sentir vergüenza?</p> <p>P.3. ¿El malestar que sigue a la realización de la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) es incluso peor al que sentías poco antes de hacerla?</p>	Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual.											
	<p>0=El paciente no experimenta sentimientos negativos tras realizar el comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente experimenta ciertos sentimientos negativos tras la realización del comportamiento sexual, si bien estos no afectan significativamente en su calidad de vida.</p> <p>2=El paciente experimenta sentimientos negativos tras la realización de la conducta sexual que además revistan una intensidad y duración que produce una importante merma en su calidad de vida.</p>	¿?	0	1	2	¿?	0	1	2				
Si respondió afirmativamente: P.4. En una escala 0-10, ¿qué grado de malestar producen estos sentimientos?		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Criterio G. Síntomas de abstinencia				
	Preguntas de control	Síntoma	Últimos 6 meses	Previo últimos 6 meses
G.1	<p>P.1. ¿Ha habido periodos de tiempo en los que por algún motivo (un viaje, porque se ha roto el ordenador o tienes problemas con la conexión, porque te ha sido difícil encontrar parejas con las que mantener relaciones sexuales, etc.), te ha resultado imposible realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Cuál ha sido el motivo para que dejaras de realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Cuál ha sido el mayor periodo de tiempo que has pasado sin realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) desde que empezaste a notar que empezaba a ser problemática?</p> <p>P.2. En esas situaciones, ¿te sientes mal? ¿No poder realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te hace sentir ansioso, irritable, inquieto o furioso? ¿Cómo reaccionas? ¿Reacciones con violencia o agresividad física o verbal cuando es una persona la que te impide realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.3. ¿Alguna vez has hecho algo como romper cosas, lanzar objetos o agredir a otras personas cuando no has podido realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿O te has aislado y has deseado no ver ni tampoco tener contacto con nadie?</p>	<p>Aparición de síntomas de abstinencia después del cese o reducción de la conducta sexual excesiva.</p> <p>0=El paciente no experimenta síntomas de abstinencia a raíz de su comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente experimenta ciertos síntomas de abstinencia (irritabilidad, mal humor, etc.) que no revisten gravedad tras un tiempo sin realizar la conducta sexual.</p> <p>2=El paciente experimenta síntomas graves de abstinencia (ataques de ira o ansiedad, episodios violentos y agresivos, fuertes cambios en el estado del ánimo) tras un tiempo sin realizar la conducta sexual.</p>	¿? 0 1 2	¿? 0 1 2
	<p>Si respondió afirmativamente:</p> <p>P.4. En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te producen los síntomas de abstinencia?</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

*Inicio, evolución, curso clínico y búsqueda de ayuda terapéutica

Ámbito	Preguntas de control	Respuesta
Inicio	<p>P.1. ¿A qué edad comenzaste a realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.2. ¿Fue problemática desde su comienzo o los problemas vinieron tiempo más tarde?</p> <p>P.3. Durante esta etapa inicial, ¿qué grado de control tenías sobre la conducta sexual en una escala entre 0-10?</p> <p>P.4. Durante esta etapa inicial, ¿qué grado de malestar te producía tu conducta sexual en una escala entre 0-10?</p>	<p>Edad: ____ años</p> <p>Inicio: <input type="checkbox"/> Gradual <input type="checkbox"/> Agudo</p> <p>Control: ____ (entre 0 y 10)</p> <p>Malestar: ____ (entre 0 y 10)</p>
Evolución	<p>P.1. ¿A qué edad esta (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) comenzó a ser un problema?</p> <p>P.2. Durante ese tiempo, ¿percibías que tu conducta sexual comenzaba a resultar ciertamente problemática o te pasó desapercibido?</p> <p>P.3. ¿En qué aspectos empezaste a percibir que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) comenzaba a resultar problemática?</p> <p>P.4. Durante esta etapa de incremento de la severidad de los síntomas, ¿qué grado de control tenías sobre la conducta sexual en una escala de 0 a 10?</p> <p>P.5. Durante esta etapa de incremento de la severidad de los síntomas, ¿qué grado de malestar te producía la conducta sexual en una escala de 0 a 10?</p>	<p>Edad: ____ años</p> <p>Percepción de gravedad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dimensión: <input type="checkbox"/> Tiempo dedicado a la conducta sexual <input type="checkbox"/> Frecuencia o intensidad de la conducta sexual <input type="checkbox"/> Manifestaciones de la conducta sexual <input type="checkbox"/> Riesgo asociado a la conducta sexual y consecuencias</p> <p>Control: ____ (entre 0 y 10)</p> <p>Malestar: ____ (entre 0 y 10)</p>

- P.1.** ¿A qué edad empezaste a percibir todos los síntomas que ahora describes?
- P.2.** ¿El inicio de tu problema coincidió con algún evento vital identificable?
- P.3.** Desde ese momento, ¿Ha habido algún periodo en el que remitieran los síntomas (periodos libre de síntomas o con síntomas bajo control)?
- P.4.** ¿Cuántos episodios libres de síntomas has experimentado?
- P.5.** En la actualidad, ¿dirías que tus síntomas están pasando por un periodo de remisión o bien se manifiestan con toda su gravedad?
- P.6.** Durante esta etapa de manifestación severa de tus síntomas, ¿qué grado de control tienes sobre la conducta sexual en una escala de 0 a 10?
- P.7.** Durante esta etapa de manifestación severa de tus síntomas, ¿qué grado de malestar te produce la conducta sexual en una escala de 0 a 10?
- P.8.** ¿Alguna vez te has planteado que era necesario que buscaras ayuda terapéutica especializada para controlar tu comportamiento sexual?
- p.9.** ¿Alguna vez has buscado información por tu cuenta acerca de tus problemas sexuales?
- P.10.** ¿Alguna vez has consultado a alguien (ya sea un profesional, amigo o familiar) acerca de los problemas relacionados con tu conducta sexual?
- P.11.** En caso de haber consultado a alguien acerca de tu problema, ¿Qué te dijeron que te pasaba?
- P.11.** ¿Alguna vez has seguido algún tipo de consejo o de tratamiento psicológico por este tipo de problemas? ¿De qué tipo?
- P.12.** ¿Alguna vez te has medicado por este tipo de síntomas? ¿Con qué tipo de fármacos?
- P.13.** En caso de haber seguido algún tipo de tratamiento, ¿resultó efectivo?

Edad: ____ años

Evento vital: Sí (_____) No

Curso clínico: Continuo Episódico

Remisión: ____ periodos libre de síntomas

Episodio actual: Grave En remisión

Control: ____ (entre 0 y 10)

Malestar: ____ (entre 0 y 10)

Percepción de necesidad de ayuda terapéutica: Sí No

Búsqueda de información: Sí No

Consulta profesional: Psiquiatra.
 Psicólogo.
 Médico de cabecera.
 Personal de enfermería.
 Asesor espiritual.
 Amigo.
 Familiar.
 Pareja.
 Otro tipo de profesional: _____
 Otra persona: _____

Explicación: _____

Tratamiento psicológico: Sí (_____) No

Tratamiento farmacológico: Sí (_____) No

Efectividad: Sí No

Resumen de diagnóstico

Síntomas y criterios	Presencia del síntoma/cuadro clínico	
Síntoma 1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo	SÍ	NO
Síntoma 2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva	SÍ	NO
Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual	SÍ	NO
Síntoma 4. El comportamiento sexual se realiza con mayor frecuencia o duración a los que se tenía previsto	SÍ	NO
Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva	SÍ	NO
Síntoma 6. Realización continuada de la conducta a pesar de los problemas psicológicos o físicos	SÍ	NO
Síntoma 7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas, laborales	SÍ	NO
Síntoma 8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...)	SÍ	NO
Síntoma 9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disfóricos	SÍ	NO
Síntoma 10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes	SÍ	NO
Síntoma 11. Síntomas de tolerancia	SÍ	NO
Síntoma 12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (craving)	SÍ	NO
Síntoma 13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual	SÍ	NO
Síntoma 14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual	SÍ	NO
Síntoma 15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual	SÍ	NO
Síntoma 16. Síntomas de abstinencia	SÍ	NO
Criterio H. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro cuadro clínico.	SÍ	NO
Criterio I. La persona tiene al menos 18 años.	SÍ	NO
Diagnóstico de adicción sexual según clasificación Carnes (Rosenberg, Carnes y O'Connor, 2014): <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y criterios obligatorios: 7 • Al menos 3 de los siguientes 10 síntomas: 1 2 3 4 5 6 8 11 12 16 	SÍ	NO
Diagnóstico de adicción sexual según clasificación Goodman (Goodman, 1992): <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y criterios obligatorios: : 2 13 14 • Al menos 5 de los siguientes 9 síntomas: 1 3 4 6 7 8 11 12 16 	SÍ	NO
Diagnóstico de hipersexualidad según clasificación Kafka (Kafka, 2010): <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y criterios obligatorios: 5 Criterio H Criterio I • Al menos 4 de los siguientes 5 síntomas: 1 3 6 9 10 	SÍ	NO
Conductas sexuales problemáticas (ordenadas de forma decreciente en función de la gravedad): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		

Anexo 2. Entrevista CISEX versión abreviada

Entrevista diagnóstica CISEX versión abreviada

Cuestionario de <i>screening</i> de conductas sexuales objetivo de la evaluación clínica (<i>online</i> y <i>offline</i>) desde la última evaluación (SOLAMENTE PREGUNTAR POR LAS CONDUCTAS OBJETIVO)							
Conducta sexual <i>online</i> y <i>offline</i>	Realización conducta sexual	¿Has notado cambios desde la última evaluación?	Porcentaje de conducta sexual que representa	Tiempo semanal dedicado	TSO (orgasmos semanales a través de conducta sexual)	Malestar que produce conducta sexual (0-10)	control sobre conducta sexual (0-10)
Conductas sexuales <i>online</i>							
Visionado de imágenes o películas pornográficas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Flirteo e insinuaciones sexuales hacia otros usuarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Chatear con fines sexuales con otros usuarios a través de texto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Contacto sexual por medio de webcam con otro usuario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Búsqueda de pareja sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Búsqueda de pareja romántica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Compra de material sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Contacto con trabajadores/as sexuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Otra actividad sexual <i>online</i> : _____ (especificar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Conductas sexuales <i>offline</i>							
Masturbación -sin utilizar materiales sexuales <i>online</i> -	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Relaciones sexuales con una pareja estable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Relaciones sexuales con parejas esporádicas (SI NO TIENE PAREJA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Relaciones sexuales con personas distintas a la pareja (INFIDELIDAD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____
Relaciones sexuales con trabajadores/as sexuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____%	__ Horas __ Minutos	____ orgasmos semanales	____	____

Criterio A. Excesiva dedicación a la conducta sexual													
	Preguntas de control	Síntoma	Desde la última evaluación										
A.1	<p>P.1. ¿Sueles dedicar mucho tiempo a planear cómo y dónde realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), a hacerla o bien a recuperarte de haberla hecho (p.e., si trasnochaste por estar realizándola)?</p> <p>P.2. ¿Inviertes tanto tiempo realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) que no dispones de tiempo para hacer otras cosas importantes (como cuidar de tu familia, ver a tus amigos, practicar tus aficiones o estar en forma, etc.)?</p> <p>P.3. Si lo comparas con el tiempo que dedicas a otras actividades o hobbies como hacer deporte, ver a tus amigos, etc., ¿Dirías que dedicas mucho tiempo a tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	<p>Inversión de tiempo exagerada en actividades relacionadas con la conducta sexual excesiva (p.e., buscando el modo de realizarla, realizándola o recuperándose de los efectos de haberla realizado).</p> <p>0=El paciente no dedica una exagerada cantidad de tiempo a su comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente dedica una importante cantidad de tiempo a la conducta sexual pero no tanto como para que le dificulte realizar otras actividades importantes.</p> <p>2=El paciente dedica tanto tiempo a la conducta sexual que esta apenas le deja o dejaría (caso que la persona no tenga obligaciones –p.e., desempleados-) hacer otras cosas.</p>	¿?	0	1	2							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Criterio B. Pérdida del control sobre la conducta sexual													
	Preguntas de control	Síntoma	Desde la última evaluación										
B.1	<p>P.3. Cuando sientes ganas de (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿eres capaz de posponerlo hasta encontrarte en una situación más propicia o haces lo que haga falta por saciar tu impulso (p.e., irte de una reunión importante, faltar a clase, llegar a tarde a un compromiso...)?</p> <p>P.5. ¿Serías capaz de controlar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) cuando ya la has comenzado a realizar?</p> <p>Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	<p>Incapacidad persistente de resistir la tentación de iniciar la conducta sexual excesiva.</p> <p>0=El paciente no tiene problemas para controlar cuándo iniciar su conducta sexual, de modo que es capaz de posponerla hasta que la situación sea más propicia.</p> <p>1=Problemas esporádicos a la hora de controlar cuándo iniciar la conducta sexual que no revisten gravedad.</p> <p>2=El paciente es incapaz de controlar cuándo iniciar la conducta sexual.</p>	¿?	0	1	2							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B.2	<p>P.2. ¿Alguna vez has tratado de reducir tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Lo conseguiste? ¿Te costó?</p> <p>P.4. ¿Alguna vez has tratado de limitar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) poniéndote a ti mismo barreras (p.e., dando de baja la conexión a Internet, utilizando el ordenador únicamente en presencia de un familiar, etc.)? ¿Te ha funcionado?</p> <p>Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	<p>Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual excesiva.</p> <p>0=El paciente no experimenta problemas a la hora de reducirla o interrumpir la conducta sexual.</p> <p>1=El paciente ha logrado reducir o interrumpir la conducta sexual con éxito.</p> <p>2=El paciente no logra reducir o interrumpir la frecuencia o la intensidad de su conducta sexual (o sólo lo consigue con barreras externas).</p>	¿?	0	1	2							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B.3	<p>P.1. ¿En alguna ocasión has realizado la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) con una frecuencia mayor a la que tenías planeada o más de lo que te habría gustado? ¿Alguna vez has empezado a realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) y no has podido parar? ¿Cuán a menudo la haces la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) y con qué frecuencia te gustaría hacerla?</p> <p>Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	<p>El comportamiento sexual excesivo se realiza con mayor frecuencia o durante periodos de tiempo superiores a los que se tenía previsto.</p> <p>0=El paciente no tiene problemas para controlar la cantidad de tiempo que dedica a la conducta sexual.</p> <p>1=En ocasiones el paciente dedica más del que querría a la conducta sexual.</p> <p>2=Episodios frecuentes de realización excesiva de la conducta sexual que llevan a perder la noción del y/o a realizarlo por periodos muy superiores a los previstos.</p>	¿?	0	1	2							
				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Criterio C. Consecuencias negativas derivadas de la conducta sexual excesiva (criterio de interferencia)			
	Preguntas de control	Síntoma	Desde la última evaluación
C.1	<p>A continuación, te enumeraré una serie de consecuencias que has podido experimentar derivadas de tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA). Contesta afirmativamente sólo en caso de que las hayas experimentado por la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), no si su causa se atribuye a otra cuestión. ¿Debido a este problema...</p> <p>P.1...Te has quedado embarazada sin desearlo (CHICA)? Sí / No P.1...Has dejado embarazada a una chica sin desearlo (CHICO)? Sí / No P.2...Has contraído una ITS? Sí / No P.3...Has contraído el VIH? Sí / No P.4...Has transmitido a alguien una ITS o el VIH? Sí / No P.5...Has sufrido dolor, lesiones u otros problemas físicos? Sí / No P.6...Has producido dolor, lesiones u otros problemas físicos? Sí / No P.7...Has tenido problema con tu familia o amigos? Sí / No P.8...Has tenido problema con alguna de tus parejas? Sí / No P.9...Has sido arrestado/a? Sí / No P.10...Has tenido problemas económicos? Sí / No P.11...Has experimentado problemas en la escuela? Sí / No P.12...Has tenido problemas en el trabajo? Sí / No P.13...Has experimentado malestar espiritual? Sí / No P.14...Te has sentido avergonzado de ti mismo/a? Sí / No P.15...Te has sentido culpable? Sí / No P.16... Has consumido drogas? Sí / No P.17...Has hecho algo ilegal? P.18...Has desarrollado atracción por algo que te hacía sentir mal? Sí (_____) / No</p>	<p>Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva.</p> <p>0=El paciente no ha experimentado ninguna consecuencia negativa derivada de su conducta sexual.</p> <p>1=El paciente ha experimentado alguna consecuencia negativa derivada de su conducta sexual que se circunscribe a ámbitos muy concretos y que no tiene un impacto significativo en el conjunto de su vida diaria.</p> <p>2=El paciente experimenta gran variedad de consecuencias derivadas de su conducta sexual que afectan a múltiples ámbitos de su vida y/o que producen una importante interferencia.</p>	<p>¿? 0 1 2</p>
	<p>Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
C.2	<p>P.2. ¿Te ves incapaz de controlar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) a pesar de las consecuencias negativas que te ha supuesto? ¿Alguna vez te has planteado que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te provocaba estos problemas y aun así has sido incapaz de reducirla o cesarla?</p>	<p>Realización continuada de la conducta sexual a pesar de la aparición de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por su realización.</p> <p>0=El paciente no experimenta problemas derivados de su conducta sexual o cesa su realización cuando aparecen los primeros problemas.</p> <p>1=El paciente experimenta problemas incipientes derivados de la conducta sexual pero en lugar de cesarla, apenas la ha reducido mínimamente.</p> <p>2=El paciente experimenta problemas graves derivados de su comportamiento sexual y se muestra totalmente incapaz de cesar o reducir el comportamiento que los motiva.</p>	<p>¿? 0 1 2</p>
	<p>Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	

C.3	P.1. ¿En alguna ocasión has reducido cualquier tipo de actividad que acostumbres a hacer a causa de tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?	Reducción importante de actividades sociales, académicas, laborales o recreativas debido a la realización de la conducta sexual excesiva. 0=La realización del comportamiento sexual no conlleva ninguna reducción de actividades importantes para la persona. 1=El comportamiento sexual comienza a reducir de modo incipiente algunas actividades importantes del paciente pero no con la gravedad suficiente como para considerarlo clínicamente significativo (p.e., se aprecia un ligero aislamiento). 2=El comportamiento sexual reduce de modo significativo diversas actividades importantes de la vida del paciente.	¿? 0 1 2
	Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
C.4	P.1. ¿Alguna vez tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ha absorbido tanto que has dejado de encargarte de tus responsabilidades o las has dejado en un segundo plano?	Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas, etc.) a causa de la conducta sexual compulsiva. 0=El paciente no ha dejado de atender sus responsabilidades debido a su comportamiento sexual. 1=El paciente ha comenzado a dejar de prestar atención a algunas de sus responsabilidades debido al comportamiento sexual. 2=El paciente omite sistemáticamente sus responsabilidades a causa del comportamiento sexual, lo que le supone muchos problemas en diferentes ámbitos importantes de su vida.	¿? 0 1 2
	Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Criterio D. Uso del sexo como regulador emocional			
	Preguntas de control	Síntoma	Desde la última evaluación
D.1	P.1. En las épocas en las que te sientes más deprimido, ansioso o angustiado, ¿se agrava tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿aumenta la frecuencia o intensidad de la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? P.2. Cuando te sientes decaído, ¿dirías que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te ayuda a sentirte mejor o más animado? ¿Sientes que tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) es una buena manera de mejorar tu estado de ánimo? ¿Cuánto tiempo dura el alivio que produce tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? Después de (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿vuelves a sentirte tan triste o decaído como al principio?	La conducta sexual excesiva se utiliza para regular estados de ánimo disfóricos (principalmente ansiedad y depresión). 0=El paciente no utiliza la conducta sexual como un medio para mejorar o evadirse de un estado emocional disfórico. 1=El comportamiento sexual se emplea para evadirse de un estado de ánimo negativo, si bien el individuo dispone todavía de otras estrategias efectivas de regulación emocional. 2=El comportamiento sexual se asocia de tal modo al estado del ánimo del paciente que sólo su realización alivia el malestar del día a día.	¿? 0 1 2
	Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
D.2	P.1. Cuando algo negativo te ocurre en tu vida diaria (p.e., una discusión con tu pareja, problemas para llegar a fin de mes, discusiones con tus jefes o compañeros de trabajo, etc.) ¿recurre a la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para tratar de evadirte? Durante esos periodos, ¿aumenta la frecuencia o la intensidad con la que realizas la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?	La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes. 0=Los eventos vitales estresantes no alteran en modo alguno el comportamiento sexual del paciente. 1=El paciente emplea el comportamiento sexual como un medio para distraerse y evadirse de problemas centrales, si bien inicia otras estrategias de afrontamiento. 2=El paciente emplea el comportamiento sexual como única válvula de escape para problemas centrales, lo que impide planear estrategias adaptativas de solución de problemas.	¿? 0 1 2
	Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Criterio E. Síntomas de tolerancia												
	Preguntas de control	Síntoma										Desde la última evaluación
E.1	<p>P.1. Después de un tiempo realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿has notado si ha dejado de ser todo lo placentera que resultaba al principio? ¿Dirías que se ha reducido la satisfacción sexual que te producía inicialmente la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p> <p>P.3. ¿Has notado si cada vez necesitas pasar más tiempo realizando la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para conseguir la satisfacción sexual que conseguías al principio? ¿Has aumentado la intensidad de tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para conseguir el placer sexual que te producía inicialmente? ¿Has tenido que variar de algún modo tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) para que siga resultando placentera?</p>	<p>La satisfacción sexual que resulta de la conducta sexual excesiva decrece a medida que se cronifica su realización, de modo que la persona necesita hacerla con mayor frecuencia o mayor intensidad para lograr la satisfacción sexual inicial.</p> <p>0=El paciente no ha desarrollado tolerancia hacia su propio comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente ha desarrollado cierta tolerancia, manifestada a través de un ligero descenso de la satisfacción sexual producida por la conducta sexual o bien del incremento de su intensidad para lograr el efecto inicial.</p> <p>2=El paciente presenta un claro patrón de tolerancia que se caracteriza por un marcado descenso de la satisfacción sexual asociada al comportamiento sexual y un incremento significativo de la intensidad de la actividad para lograr el efecto inicial.</p>										¿? 0 1 2
	<p>Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Criterio F. Síntomas típicos del ciclo de la adicción comportamental												
	Preguntas de control	Síntoma										
F.1	<p>P.1 Después de un tiempo sin realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA), ¿sientes unas ganas irrefrenables de hacerla de nuevo? En esas situaciones, ¿Tu cabeza no deja de darle vueltas a la idea de realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Ese pensamiento te excita o te hace sentirte culpable o avergonzado?</p>	<p>Intensa preocupación y deseo de realizar la conducta sexual excesiva (<i>Craving</i>).</p> <p>0=El paciente no experimenta una especial necesidad o urgencia por realizar de nuevo el comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente experimenta cierto deseo o urgencia por realizar el comportamiento sexual pero todavía logra manejarlo y adecuarlo a la situación.</p> <p>2=El paciente experimenta una intensa necesidad o urgencia por realizar de nuevo el comportamiento sexual que sólo cesa una vez éste se inicia.</p>										¿? 0 1 2
	<p>Si respondió afirmativamente: En una escala 0-10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F.2	<p>P.2. ¿Has notado que llegas a excitarte más con todo lo que precede a la realización de la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) (p.e., mientras llegas a casa, durante la búsqueda de los contenidos pornográficos, etc.)? ¿Te resultan más subjetivamente placenteras todas estas actividades que la realización del propio (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?</p>	<p>Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual</p> <p>0=El paciente no experimenta tensión antes de iniciar el comportamiento sexual.</p> <p>1=El paciente experimenta una creciente sensación de tensión y excitación anticipando la realización del comportamiento sexual.</p> <p>2=El paciente experimenta una intensa anticipación excitatoria durante todas las actividades que preceden la realización del comportamiento sexual que se manifiesta a través de una creciente tensión antes de su inicio y una desensibilización parcial durante su realización.</p>										¿? 0 1 2
	<p>Si respondió afirmativamente: En una escala 0-10, ¿cuánto malestar te produce?</p>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

F.3	P.1. ¿Realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te produce una intensa sensación de placer? En su lugar, ¿dirías que lo que experimentas cuando realizas la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) en más bien alivio o liberación del malestar? ¿Cuánto tiempo dura esta sensación de alivio o desahogo?	Alivio y liberación de la sensación de malestar cuando se realiza la conducta sexual. 0=El paciente experimenta placer derivado de su conducta sexual pero no alivio o liberación del malestar. 1=El paciente siente cierto alivio y liberación derivado de su comportamiento sexual pero éste continúa produciendo placer. 2=El paciente ya no experimenta placer derivado del comportamiento sexual; en su lugar, éste se realiza a fin de calmar el malestar que sentiría en caso de no hacerlo.	¿? 0 1 2
	Si respondió afirmativamente: En una escala 0-10, ¿cuánto malestar te produce?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
F.4	P.2. ¿Sueles arrepentirte después de haber hecho la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿Te dices a ti mismo que esa es la última vez cada vez que haces la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)? ¿El hecho de no ser capaz de controlar tu (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te hace sentir vergüenza?	Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual. 0=El paciente no experimenta sentimientos negativos tras realizar el comportamiento sexual. 1=El paciente experimenta ciertos sentimientos negativos tras la realización del comportamiento sexual, si bien estos no afectan significativamente en su calidad de vida. 2=El paciente experimenta sentimientos negativos tras la realización de la conducta sexual que además revistan una intensidad y duración que produce una importante merma en su calidad de vida.	¿? 0 1 2
	Si respondió afirmativamente: P.4. En una escala 0-10, ¿qué grado de malestar producen estos sentimientos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Criterio G. Síntomas de abstinencia			
	Preguntas de control	Síntoma	Desde la última evaluación
G.1	P.2. Si has tenido situaciones en las que no has podido realizar la CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA por motivos ajenos como que se ha estropeado el ordenador o que has estado de viaje sin conexión a al red, ¿te sientes mal? ¿No poder realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA) te hace sentir ansioso, irritable, inquieto o furioso? ¿Cómo reaccionas? ¿Reacciones con violencia o agresividad física o verbal cuando es una persona la que te impide realizar la (CONDUCTA SEXUAL EXCESIVA)?	Aparición de síntomas de abstinencia después del cese o reducción de la conducta sexual excesiva. 0=El paciente no experimenta síntomas de abstinencia a raíz de su comportamiento sexual. 1=El paciente experimenta ciertos síntomas de abstinencia (irritabilidad, mal humor, etc.) que no revisten gravedad tras un tiempo sin realizar la conducta sexual. 2=El paciente experimenta síntomas graves de abstinencia (ataques de ira o ansiedad, episodios violentos y agresivos, fuertes cambios en el estado del ánimo) tras un tiempo sin realizar la conducta sexual.	¿? 0 1 2
	Si respondió afirmativamente: En una escala de 0 a 10, ¿cuánto malestar te produce?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Resumen de diagnóstico

Síntomas y criterios	Presencia del síntoma/cuadro clínico	
Síntoma 1. Inversión exagerada de tiempo y esfuerzo	SÍ	NO
Síntoma 2. Incapacidad persistente de resistir la tentación de realizar la conducta sexual excesiva	SÍ	NO
Síntoma 3. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir la conducta sexual	SÍ	NO
Síntoma 4. El comportamiento sexual se realiza con mayor frecuencia o duración a los que se tenía previsto	SÍ	NO
Síntoma 5. Aparición de consecuencias conductuales derivadas de la conducta sexual excesiva	SÍ	NO
Síntoma 6. Realización continuada de la conducta a pesar de los problemas psicológicos o físicos	SÍ	NO
Síntoma 7. Reducción importante de las actividades sociales, académicas, laborales	SÍ	NO
Síntoma 8. Omisión de responsabilidades (sociales, laborales, familiares, académicas...)	SÍ	NO
Síntoma 9. La conducta sexual excesiva se utiliza para regular de estados de ánimo disfóricos	SÍ	NO
Síntoma 10. La conducta sexual excesiva se da o se agrava en respuesta a eventos vitales estresantes	SÍ	NO
Síntoma 11. Síntomas de tolerancia	SÍ	NO
Síntoma 12. Preocupación e Intenso deseo de realizar la conducta sexual excesiva (craving)	SÍ	NO
Síntoma 13. Creciente sensación de tensión antes de iniciar la conducta sexual	SÍ	NO
Síntoma 14. Alivio y liberación una vez realizada la conducta sexual	SÍ	NO
Síntoma 15. Sentimientos negativos (culpa, vergüenza, etc.) poco después de realizar la conducta sexual	SÍ	NO
Síntoma 16. Síntomas de abstinencia	SÍ	NO
Criterio H. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro cuadro clínico.	SÍ	NO
Criterio I. La persona tiene al menos 18 años.	SÍ	NO
Diagnóstico de adicción sexual según clasificación Carnes (Rosenberg, Carnes y O'Connor, 2014): <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y criterios obligatorios: 7 • Al menos 3 de los siguientes 10 síntomas: 1 2 3 4 5 6 8 11 12 16 	SÍ	NO
Diagnóstico de adicción sexual según clasificación Goodman (Goodman, 1992): <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y criterios obligatorios: 2 13 14 • Al menos 5 de los siguientes 9 síntomas: 1 3 4 6 7 8 11 12 16 	SÍ	NO
Diagnóstico de hipersexualidad según clasificación Kafka (Kafka, 2010): <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y criterios obligatorios: 5 Criterio H Criterio I • Al menos 4 de los siguientes 5 síntomas: 1 3 6 9 10 	SÍ	NO
Conductas sexuales problemáticas (ordenadas de forma decreciente en función de la gravedad): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____		

Anexo 3. Evaluación pretest primera sesión de evaluación

Cuestionario de Información sociodemográfica

1. Sexo: Hombre Mujer

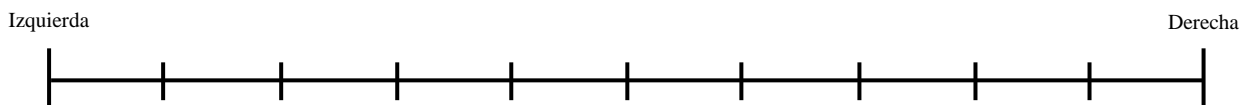
2. Edad: _____

3. Nivel de estudios: Sin estudios
 Estudios primarios
 Estudios secundarios
 Formación profesional
 Diplomatura
 Licenciatura/Grado
 Máster o doctorado

4. Religión: Creyente no practicante (Indicar religión): _____
 Creyente practicante (Indicar religión): _____
 Ateo o agnóstico

5. Situación laboral: Estudiante (indicar estudios): _____
 Ocupado (Indicar puesto de trabajo): _____
 Desempleado
 Inactivo (jubilado, discapacitado, etc.).

6. Ideología política: Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones izquierda y derecha. Por favor, señala con una X en la línea siguiente en función de tus preferencias políticas:



7. Disponibilidad de ordenador en tu propia casa: Sí No

8. ¿Cuántas horas a la última semana sueles pasar conectado a Internet?: _____

Cuestionario de Intereses y Prácticas Sexuales *Offline*

1. En este momento, ¿mantienes algún tipo de relación con otra persona?:
- No tengo pareja
- Pareja estable
- Parejas esporádicas

2. En cuanto a la orientación sexual te consideras:

- Heterosexual Bisexual Homosexual

3. ¿Alguna vez has tenido deseo de mantener relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

4. ¿Alguna vez has tenido deseo de mantener relaciones sexuales con personas del otro sexo?

5. ¿Alguna vez has fantaseado con personas de tu mismo sexo para excitarte?

6. ¿Alguna vez has fantaseado con personas del otro sexo para excitarte?

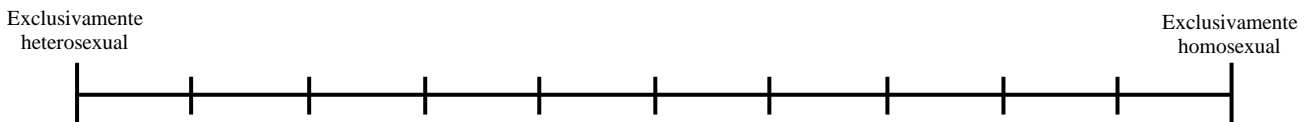
7. ¿Has mantenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

8. ¿Has mantenido relaciones sexuales con personas del otro sexo?

9. Por favor, indica cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor hacia quien te sientes atraído sexualmente:

- Me siento atraído solo hacia el otro sexo
- Me siento atraído casi siempre hacia el otro sexo y en muy contadas ocasiones hacia mi mismo sexo
- Me siento atraído algo más hacia el otro sexo que hacia mi mismo sexo
- Me siento igualmente atraído hacia los dos sexos
- Me siento atraído algo más hacia mi mismo sexo que hacia el otro sexo
- Me siento atraído casi siempre hacia mi mismo sexo y en muy contadas ocasiones hacia el otro sexo
- Me siento atraído solo hacia mi mismo sexo

10. Por favor, señala con una X en la línea siguiente en función de tus preferencias sexuales:



11. ¿En qué medida estarías dispuesto/a a realizar las siguientes prácticas con **alguien de tu mismo sexo**?:

	De ninguna manera	Sólo si la otra persona es atractiva	Fácilmente
Besos en los labios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrazos y caricias desnudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masturbar a la otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar que la otra persona te masturbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo oral a la otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dejar que la otra persona te haga sexo oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si eres hombre) penetrar analmente a otro hombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si eres hombre) dejar que otro te penetre analmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Indica de acuerdo con la siguiente escala, en qué grado te excitan las siguientes situaciones:

1	2	3	4	5
No me excita nada	A penas me excita	Me excita un poco	Me excita bastante	Me excita muchísimo
Exponer mis genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera				
1 2 3 4 5				
Utilizar objetos (p.e., ropa interior o zapatos) para alcanzar el placer sexual				
1 2 3 4 5				
Rozar con mis genitales a otra persona sin su consentimiento				
1 2 3 4 5				
Mantener relaciones sexuales con niños				
1 2 3 4 5				
Ser humillado, pegado o atado para alcanzar el placer sexual				
1 2 3 4 5				
Hacer sufrir física o psicológicamente (humillar) para alcanzar el placer sexual				
1 2 3 4 5				
Sólo en varones heterosexuales: Vestirme como una mujer para alcanzar el placer sexual (sólo en varones heterosexuales)				
1 2 3 4 5				
Observar sin ser visto a otras personas desnudándose o realizando cualquier actividad sexual sin su consentimiento				
1 2 3 4 5				
Otras situaciones poco comunes por las que sientas atracción (Indica cuáles): _____				
1 2 3 4 5				

13. En caso de haber experimentado excitación ante alguna de las situaciones anteriormente descritas, ¿dirías que ha interferido en tu día a día o simplemente te ha provocado malestar? : Sí No

14. ¿Con qué frecuencia sueles mantener actividad sexual, incluida la masturbación?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Más de tres veces a la semana
(Indica cuántas): _____ | <input type="checkbox"/> Una vez al mes |
| <input type="checkbox"/> Tres veces a la semana | <input type="checkbox"/> Cinco o seis veces al año |
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Menos de 6 veces al año |
| <input type="checkbox"/> Dos o tres veces al mes | |

15. ¿Qué tipo de prácticas sexuales has realizado hasta el momento? Puedes señalar varias

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Masturbación | <input type="checkbox"/> Sexo oral |
| <input type="checkbox"/> Masturbaciones mutuas | <input type="checkbox"/> Coito o penetración anal |
| <input type="checkbox"/> Coito o penetración vaginal | <input type="checkbox"/> Otras:..... |

16. ¿Con qué frecuencia utilizas el preservativo ante las siguientes situaciones? (Contesta sólo las prácticas que sí has realizado)

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Coito vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coito anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con pareja estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones con pareja esporádica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando has consumido alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Con qué frecuencia utilizas material pornográfico (revistas, películas...) para excitarte?

No cuenta el material sexual *online*: Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

Cuestionario de Prácticas Sexuales Online

1. ¿Alguna vez has utilizado Internet con objetivos sexuales (chatear, buscar material pornográfico, etc.) ?:

- Sí No

2. ¿Cuántas horas a la semana sueles pasar conectado a Internet?: _____

3. ¿Cuántas horas a la semana sueles pasar conectado a páginas sexuales?: _____

4. ¿Desde qué lugares sueles conectarte a páginas sexuales (puedes señalar varias)?:

- Mi ordenador personal
 Ordenadores de familiares o amigos
 Ordenadores en lugares públicos
 Ordenador de trabajo
 Dispositivos móviles (teléfono, Tablet, etc.) con acceso a Internet

5. De las siguientes, señala qué actividades has realizado mientras estabas conectado a Internet:

	Sí	No
Compra de material sexual <i>online</i>		
Búsqueda de información sobre educación sexual		
Lectura de textos eróticos		
Visionado de imágenes o películas pornográficas		
Flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios conocidos o desconocidos		
Chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario		
Contacto sexual por medio de Webcam con otro usuario		
Búsqueda en páginas Web de contactos		
Respuesta a anuncios sexuales		
Contacto con trabajadores/as sexuales		
Búsqueda de pareja romántica		
Búsqueda de pareja sexual		

6. Cuando te conectas a Internet para buscar material pornográfico, ¿qué tipo de contenidos buscas? (puedes señalar tantas como quieras):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gente desnuda que no está teniendo relaciones sexuales sometimiento | <input type="checkbox"/> Juegos sexuales que implican |
| <input type="checkbox"/> Personas desnudas enseñando los genitales animales | <input type="checkbox"/> Actividad sexual entre personas y |
| <input type="checkbox"/> Una relación sexual entre un hombre y una mujer | <input type="checkbox"/> Dibujos manga de contenido sexual |
| <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo | <input type="checkbox"/> Violación o violencia sexual |
| <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales entre más de dos personas | <input type="checkbox"/> Actividad sexual con adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Uso de heces y orina durante las relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Actividad sexual con niños pequeños |

7. ¿Cuáles son tus principales motivaciones para utilizar Internet con objetivos sexuales? (puedes señalar varias):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Disfrutar de actividades sexuales que no suelo practicar en mi vida diaria | <input type="checkbox"/> Distraerme |
| <input type="checkbox"/> Encontrar material sexual con el que masturbarme sobre sexo | <input type="checkbox"/> Aprender cosas |
| <input type="checkbox"/> Relajarme del estrés de mis obligaciones personas | <input type="checkbox"/> Conocer a otras |
| <input type="checkbox"/> Animarme cuando estoy decaído relaciones | <input type="checkbox"/> Intentar establecer |

8. De las emociones que enumeramos a continuación, indica cuáles sueles experimentar ANTES de realizar actividades sexuales *online* (puedes señalar varias):

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preocupación | <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Incertidumbre | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Sorpresa | <input type="checkbox"/> Vergüenza | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Asco | <input type="checkbox"/> Interés o distracción | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Alegría |
| <input type="checkbox"/> Enfado | <input type="checkbox"/> Excitación sexual | <input type="checkbox"/> Esperanza | <input type="checkbox"/> Bienestar |

9. De las emociones que enumeramos a continuación, indica cuáles sueles experimentar DURANTE la realización de actividades sexuales *online* (puedes señalar varias):

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preocupación | <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Incertidumbre | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Sorpresa | <input type="checkbox"/> Vergüenza | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Asco | <input type="checkbox"/> Interés o distracción | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Alegría |
| <input type="checkbox"/> Enfado | <input type="checkbox"/> Excitación sexual | <input type="checkbox"/> Esperanza | <input type="checkbox"/> Bienestar |

10. De las emociones que enumeramos a continuación, indica cuáles sueles experimentar DESPUÉS de realizar actividades sexuales *online* (puedes señalar varias):

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preocupación | <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Incertidumbre | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Sorpresa | <input type="checkbox"/> Vergüenza | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Asco | <input type="checkbox"/> Interés o distracción | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Alegría |
| <input type="checkbox"/> Enfado | <input type="checkbox"/> Excitación sexual | <input type="checkbox"/> Esperanza | <input type="checkbox"/> Bienestar |

11. ¿Alguna vez te ha preocupado el hecho de utilizar internet con objetivos sexuales? Sí No

12. Si has mantenido contactos sexuales *online* con otros usuarios (p.e., en un chat, por videoconferencia, etc.), ¿alguna vez has mentido sobre algún aspecto de cómo eres en realidad?

Sí No

13. En caso de haber contestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿acerca de qué es sobre lo que has mentido?

- He mentido sobre el hecho de ser hombre o mujer
- He mentido sobre mi físico
- He mentido sobre mi edad
- He mentido sobre aspectos de mi vida (estudios, trabajo, familia o amigos, nivel de renta, etc.).
- He mentido sobre otros aspectos (indicar cuáles): _____

14. ¿Crees que pasas más tiempo del que deberías conectado a páginas sexuales en Internet?

Sí No

15. ¿Crees que el sexo en Internet interfiere de alguna forma en tu vida?

Sí (Indica cómo): _____

No

Internet Sexual Screening Test (ISST) (Delmonico, 1997; adaptación de Ballester-Arnal et al., 2010)

Ahora lee cada una de las siguientes afirmaciones. Marca con una cruz en la casilla V si consideras que es una afirmación verdadera o casi siempre verdadera y en la F si la consideras falsa o casi siempre falsa. Responder según la situación actual, desde la última sesión de evaluación.

	V	F
1. Tengo algunos sitios sexuales marcados		
2. Paso más de cinco horas a la semana usando mi ordenador con fines sexuales		
3. Me he afiliado a sitios sexuales para conseguir acceder a material sexual <i>online</i>		
4. He comprado productos sexuales <i>online</i>		
5. He buscado material sexual a través de un buscador de Internet		
6. He gastado más dinero en material sexual <i>online</i> de lo que había planeado		
7. El sexo en Internet ha interferido alguna vez con ciertos aspectos de mi vida		
8. He participado en chats sexuales		
9. Tengo un nombre de usuario o un nombre de pila que utilizo en Internet		
10. Me he masturbado mientras estaba conectado a Internet		
11. He accedido a sitios sexuales desde otros ordenadores distintos al mío		
12. Nadie sabe que uso el ordenador para propósitos sexuales		
13. He intentado ocultar lo que hay en mi ordenador o monitor para que otros no lo vean		
14. He permanecido despierto hasta después de medianoche para acceder a material sexual <i>online</i>		
15. Utilizo Internet para experimentar con diferentes aspectos de la sexualidad (esclavitud sexual, homosexualidad, sexo anal, etc.)		
16. Tengo mi propio sitio Web que contiene algún material sexual		
17. Me he prometido a mí mismo dejar de usar Internet con fines sexuales		
18. En ocasiones utilizo el cibersexo como un premio por haber conseguido algo (acabar un proyecto, un día estresante, etc.)		
19. Cuando no consigo acceder a información sexual <i>online</i> , me siento ansioso, enfadado o decepcionado		
20. He incrementado los riesgos de estar <i>online</i> (dar mi nombre y número de teléfono, conocer a gente fuera de la red, etc.)		
21. Me he castigado a mí mismo cuando uso Internet con fines sexuales (p.e., no utilizar el ordenador, cancelar mi suscripción a Internet, etc.)		
22. He quedado cara a cara con alguien que he conocido en la red con fines románticos		
23. Utilizo el humor y las insinuaciones o indirectas sexuales hacia otros cuando estoy en Internet		
24. He tropezado con material sexual ilegal estando en Internet		
25. Creo que soy adicto al sexo por Internet		

Sexual Addiction Screening Test (SAST) (Carnes, 1989; adaptación de Castro-Calvo, Ballester-Arnal et al., 2016)

Por favor, contesta cada pregunta marcando con una cruz en la columna apropiada.

Ítem	No	Si
1. ¿Has sufrido algún abuso sexual durante tu infancia y adolescencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frecuentemente, ¿has comprado revistas o explorado sitios en internet con contenido sexual explícito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Sabes si tus padres han tenido problemas derivados de la falta de control sobre sus impulsos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿A menudo te encuentras preocupado por pensamientos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Crees que tu conducta sexual se aleja de la normalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tu pareja o personas significativas de tu entorno se han preocupado o se han quejado por tu conducta sexual desmedida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tienes problemas para detener tu conducta sexual cuando sabes que es inapropiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez te has sentido mal por tu conducta sexual desmedida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez tu conducta sexual te ha creado problemas a ti o a tu familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez has buscado ayuda por una conducta sexual que te desagradaba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez te ha preocupado que alguien descubra tus actividades sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Has herido emocionalmente a alguien por tu conducta sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna de tus actividades sexuales está en contra de la ley?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Te has prometido a ti mismo eliminar algún aspecto de tu conducta sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Te has esforzado sin éxito por abandonar algún tipo de actividad sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ocultas a los demás algún aspecto de tu conducta sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Has intentado detener algún aspecto de tu actividad sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez te has sentido humillado por tu conducta sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿El sexo ha sido para ti una forma de escapar de los problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Te sientes deprimido después de tener sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Has sentido la necesidad de abandonar ciertos tipos de actividad sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Tu actividad sexual ha interferido en tu vida familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Has llevado a cabo insinuaciones o contactos sexuales con menores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Te sientes controlado por tu deseo sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Alguna vez has pensado que tu deseo sexual es más fuerte que tú?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sexual Sensation Seeking Scale (SSSS) (Kalichman & Rompa, 1995; adaptación de Ballester-Arnal et al., 2018).

A continuación, te presentamos una serie de afirmaciones sobre tu comportamiento sexual para que respondas **en qué medida estos enunciados son característicos en ti**. Por favor, contesta con sinceridad, tus respuestas son anónimas y confidenciales.

	Nada característico de mí	Algo característico de mí	Bastante característico de mí	Muy característico de mí
1. Me gustan los encuentros sexuales salvajes y desinhibidos.				
2. Las sensaciones físicas son lo más importante en el sexo.				
3. Disfruto de la sensación que producen las relaciones sexuales sin condón.				
4. Seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos.				
5. En las relaciones sexuales, para mí es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona.				
6. Disfruto de la compañía de personas sensuales.				
7. Disfruto al mirar vídeos clasificados "X".				
8. He dicho cosas que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo.				
9. Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales.				
10. Me apetece explorar mi sexualidad.				
11. Me gusta tener nuevas y excitantes experiencias y sensaciones sexuales				

Sexual Compulsivity Scale (SCS) (Kalichman et al., 1994: adaptación de Ballester-Arnal et al., 2012):

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones sobre tu comportamiento sexual. Por favor, contesta con sinceridad, tus respuestas son anónimas y confidenciales.

	Nada característico de mí	Algo característico de mí	Bastante característico de mí	Muy característico de mí
1. Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones.				
2. Mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida.				
3. Mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana.				
4. A veces no consigo cumplir con compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales.				
5. A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control.				
6. Me sorprende a mí mismo pensando sobre sexo en el trabajo.				
7. Siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo.				
8. Tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales.				
9. Pienso en sexo más de lo que me gustaría.				
10. Me ha resultado difícil encontrar parejas sexuales que desearan tener sexo tanto como yo.				

Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSEI) (Rosenberg, 1979; adaptación de Martín-Albo, et al., 2007)

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a Ud. mismo y a su forma de pensar. De las cuatro alternativas, deberá elegir aquella con la que esté de acuerdo. Por favor, sea sincero.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6. A veces me siento realmente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

Hypersexual Behavior Inventory (HBI) (Reid et al., 2011a; adaptación de Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2019)

A la hora de completar este cuestionario, recuerda que entendemos como sexo, cualquier actividad o conducta que estimula o excita a una persona con la intención de producir un orgasmo o placer sexual (por ejemplo, masturbación o sexo en solitario, uso de pornografía, relaciones sexuales con una pareja, sexo oral, sexo anal, etc.). Las conductas sexuales pueden o no implicar a una pareja.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
1. Uso el sexo para olvidarme de las preocupaciones cotidianas.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Aunque me he prometido no repetir cierta conducta sexual, me encuentro volviéndola a hacer una y otra vez.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a sentirme menos solo/a.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Participo en actividades sexuales sabiendo que más tarde me arrepentiré.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Sacrifico cosas que realmente quiero en mi vida por el sexo.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Recorro al sexo cuando experimento sentimientos desagradables (por ejemplo, frustración, tristeza, ira).				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Fracaso en mis intentos por cambiar mi conducta sexual.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. Cuando me siento inquieto, recorro al sexo para calmarme.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. Mis pensamientos y fantasías sexuales me distraen de cumplir tareas importantes.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. Practico actividades sexuales que están en contra de mis valores y creencias.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11. Aunque mi conducta sexual es irresponsable o imprudente, tengo dificultades para detenerla.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12. Siento como si mi conducta sexual me llevara en una dirección hacia la que no quiero ir.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
13. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a manejar mi estrés.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14. Mi conducta sexual controla mi vida.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15. Siento que mis ansias y deseos sexuales son más fuertes que mi autodisciplina.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16. El sexo es para mí una forma de manejar el malestar emocional que siento.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
17. Sexualmente, me comporto de formas que creo que están mal.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
18. Uso el sexo como una forma de ayudarme a afrontar mis problemas.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
19. Mis actividades sexuales interfieren en aspectos de mi vida como el trabajo o los estudios.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snath, 1983; adaptación de Tejero et al., 1986)

Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted **durante la semana pasada**. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si apunta deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la última semana.

1. Me siento tenso o nervioso.	Todos los días	Muchas veces	A veces	Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.	Como siempre	No lo bastante	Sólo un poco	Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.	Definitivamente y es muy fuerte	Sí, pero no es muy fuerte	Un poco, pero no me preocupa	Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.	Al igual que siempre lo hice	No tanto ahora	Casi nunca	Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.	La mayoría de las veces	Con bastante frecuencia	A veces, aunque no muy a menudo	Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre.	Nunca	No muy a menudo	A veces	Casi siempre
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.	Siempre	Por lo general	No muy a menudo	Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.	Por lo general en todo momento	Muy a menudo	A veces	Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago.	Nunca	En ciertas ocasiones	Con bastante frecuencia	Muy a menudo
10. He perdido el interés en mi aspecto personal.	Totalmente	No me preocupo tanto como debiera	Podría tener un poco más de cuidado	Me preocupo igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.	Mucho	Bastante	No mucho	Nada
12. Me siento optimista respecto a futuro.	Igual que siempre	Menos de lo que acostumbraba	Mucho menos de lo que acostumbraba	Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.	Muy frecuentemente	Bastante a menudo	No muy a menudo	Nada
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.	A menudo	A veces	No muy a menudo	Rara vez

Anexo 4. Evaluación pretest segunda sesión de evaluación

Screening de diagnósticos concurrentes (trastornos concurrentes comunes que no anulan un diagnóstico independiente de hipersexualidad).

Trastorno de adaptación

1. ¿Han aparecido síntomas a nivel emocional o de comportamiento en respuesta a un factor/factores de estrés identificables?

- Sí
- No

2. Y estos síntomas ¿se han producido en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés?

- Sí
- No

TDA/H

Las conductas de las que vamos a hablar a continuación las han podido tener muchas personas a lo largo de la vida. Nos interesa saber si a usted le ocurren desde pequeño, con más frecuencia que a otras personas, y si le ocurren independientemente del consumo de drogas o alcohol.

1. ¿Tiene problemas para acabar lo que empieza?

- Sí
- No

2. ¿Le cuesta mucho organizarse cuando tiene que preparar algo?

- Sí
- No

3. ¿Olvida con facilidad sus obligaciones y compromisos?

- Sí
- No

4. ¿Intenta evitar hacer cosas en las que se tenga que concentrar?

- Sí
- No

5. ¿Puede estar sentado sin mover pies y manos?

- Sí
- No

6. ¿Siente como si tuviese un motor dentro y no pudiera estar quieto?

- Sí
- No

Trastorno depresivo mayor

1. ¿Presenta estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días?

- Sí
- No

2. ¿Presenta pérdida de interés o de placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días?

- Sí
- No

Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

1. ¿Alguna vez ha estado preocupado por pensamientos que no tenían sentido y que se repetían aunque intentara evitarlos?

Sí

No

2. Cuando tenía estos pensamientos ¿se esforzaba en quitárselos de la cabeza?

Sí

No

3. ¿Ha tenido que hacer cosas repetidamente y sin poder parar de hacerlo, como lavarse las manos una y otra vez, contar, examinar algo varias veces para asegurarse de que lo ha hecho bien?

Sí

No

Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta

Trastorno negativista desafiante

1. ¿A menudo pierde la calma, está enfadado o resentido?

Sí

No

2. ¿A menudo desafía activamente o molesta a los demás deliberadamente?

Sí

No

3. ¿Ha sido rencoroso o vengativo últimamente?

Sí

No

Trastorno explosivo intermitente

1. ¿Últimamente ha mostrado episodios de agresión verbal o física contra la propiedad, los animales u otros individuos?

Sí

No

2. ¿Considera esa agresividad desproporcionada?

Sí

No

Trastorno de la Conducta

1. ¿Ha presentado las siguientes conductas en el último año?

-Agresión a personas y animales: Sí No

-Destrucción de la propiedad: Sí No

-Robo o engaño Sí No

-Incumplimiento grave de normas: Sí No

Adicciones

1. ¿Consume habitualmente alguna sustancia?

Sí No

¿Cuál?.....

2. ¿La consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto?

Sí

No

3. ¿Presenta un fuerte deseo o urgencia de consumir la sustancia?

Sí

No

4. ¿Continúa con su consumo a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o exacerbados por sus efectos?

Sí

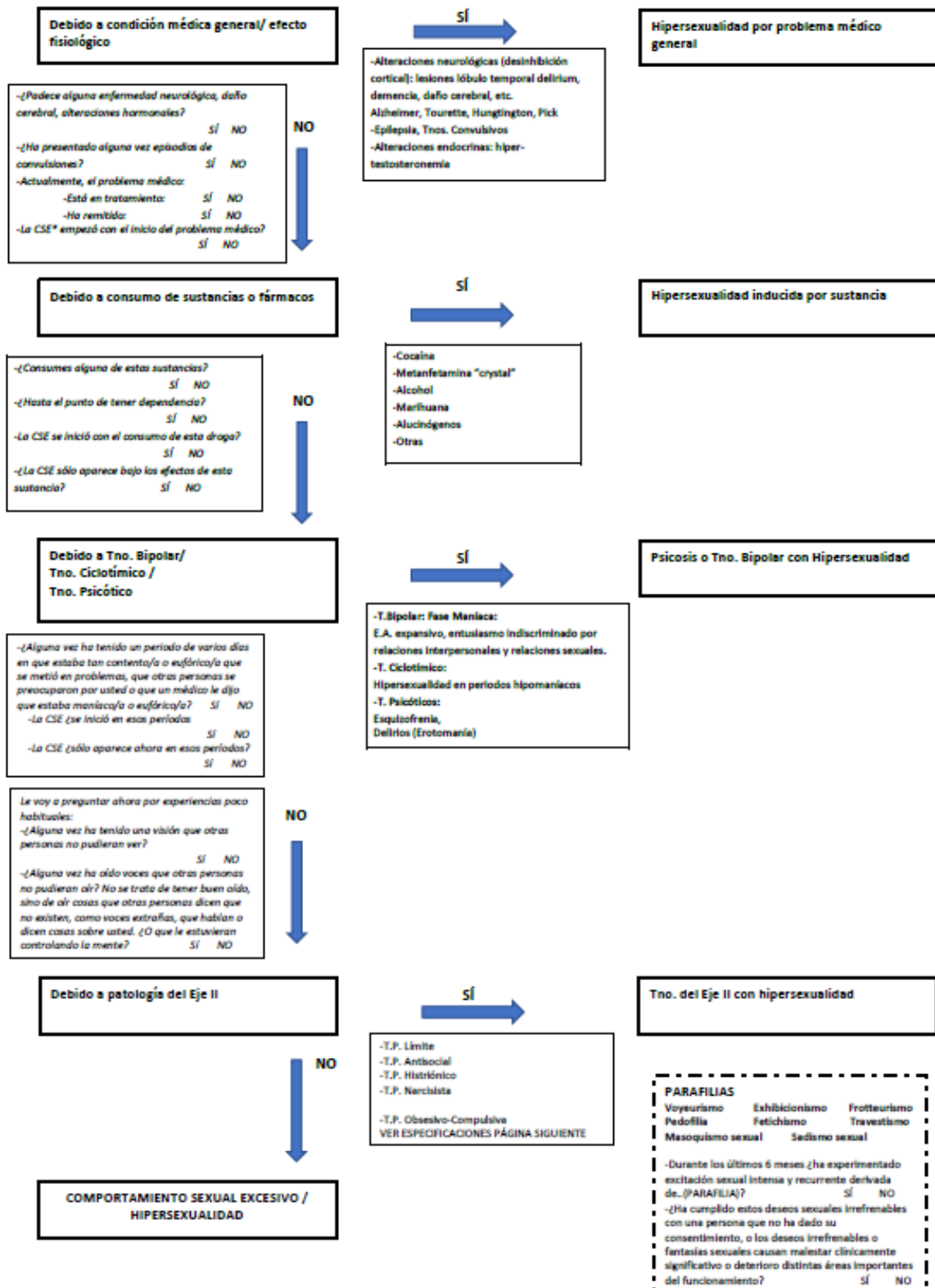
No

5. ¿Necesita consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el efecto deseado?

Sí

No

Diagnóstico diferencial



Cuestionario de Prácticas Sexuales *Online*

1. De las siguientes actividades, señale cuáles ha realizado mientras estaba conectado/a a Internet:

	No	Sí (alguna vez a lo largo de la vida)	Sí (últimos 6 meses)
Compra de material sexual <i>online</i>			
Búsqueda de información sobre educación sexual			
Lectura de textos eróticos			
Visionado de material sexual estimulante			
Flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios conocidos o desconocidos			
Chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario			
Contacto sexual por medio de Webcam con otro usuario			
Búsqueda en páginas Web de contactos			
Respuesta a anuncios sexuales			
Contacto con trabajadores/as sexuales			
Búsqueda de pareja romántica			
Búsqueda de pareja sexual			
Participación en comunidades <i>online</i> de minorías sexuales o de género			
Colgar o enviar a través de internet material sexual propio			
Ofrecer mis servicios sexuales para ejercer <i>online</i> (ej.: <i>estriptis online</i>)			
Ofrecer mis servicios sexuales para ejercer fuera de internet			

2. De las actividades anteriores que SÍ que ha realizado, indique a qué edad fue la primera vez:

	Edad
2.1 Compra de material sexual <i>online</i>	
2.2 Búsqueda de información sobre educación sexual	
2.3 Lectura de textos eróticos	
2.4 Visionado de material sexual estimulante	
2.5 Flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios conocidos o desconocidos	
2.5 Chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario	
2.6 Contacto sexual por medio de Webcam con otro usuario	
2.7 Búsqueda en páginas Web de contactos	
2.8 Respuesta a anuncios sexuales	
2.9 Contacto con trabajadores/as sexuales	
2.10 Búsqueda de pareja romántica	
2.11 Búsqueda de pareja sexual	
2.12 Participación en comunidades <i>online</i> de minorías sexuales o de género	
2.13 Colgar o enviar a través de internet material sexual propio	
2.14 Ofrecer mis servicios sexuales para ejercer <i>online</i> (ej.: <i>estriptis online</i>)	
2.15 Ofrecer mis servicios sexuales para ejercer fuera de internet	

3. Si ha mantenido contactos sexuales *online* (chat, webcam, etc.), ¿con cuántas parejas lo ha hecho?:

4. ¿Con qué tipo de parejas ha mantenido estos contactos sexuales *online*? (Por favor, marque las opciones que correspondan):

- No he mantenido contactos sexuales *online*
- Con mi pareja estable
- Con una expareja
- Con un conocido
- Con un desconocido a quien conocí a través de internet

5. Durante estos contactos, ¿alguna vez ha mentido sobre cómo es usted en realidad? (Por favor, seleccione sólo una de las siguientes opciones):

- Sí
- No
- No he tenido contactos sexuales *online*

6. En caso de haber contestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿acerca de qué ha mentido?

- He mentido sobre el hecho de ser hombre o mujer
- He mentido sobre mi físico
- He mentido sobre mi edad
- He mentido sobre aspectos de mi vida (estudios, trabajo, familia o amigos, nivel de renta, etc.)
- Otro (indicar sobre qué): _____

7. ¿Alguna vez ha sido acosado/a de algún modo durante su actividad sexual *online*?

- Sí
- No
- No he tenido actividad sexual *online*

8. ¿Alguna vez ha tenido una experiencia desagradable (acoso, agresión sexual, etc.) con una pareja a la que conoció *online*?

- Sí
- No
- Nunca he quedado en persona con una pareja *online*

9. Si ha mantenido contactos sexuales en la vida real con personas con las que, previamente, había contactado por internet ¿con cuántas personas ha estado?: _____

10. ¿Cree que sus amigos usan internet con fines sexuales?

- Sí
- No

11. ¿Le parece bien que sus amigos utilicen Internet con fines sexuales?

- Sí
- No

12. ¿Cree que sus amigos piensan que usted usa Internet con fines sexuales?

- Sí
- No

13. ¿Cree que el uso de Internet con fines sexuales es frecuente?

- Sí
- No

14. ¿En qué medida cree que es positivo/adeecuado que los siguientes colectivos utilicen Internet con objetivos sexuales? (0=Nada de acuerdo/ 10=muy de acuerdo):

	0 (nada de acuerdo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (muy de acuerdo)
Mujeres											
Hombres											
Niños											
Adolescentes											
Jóvenes											
Adultos											
Personas mayores											
Discapacitados físicos											
Discapacitados intelectuales											

15. ¿En qué medida le ha afectado positivamente el uso de Internet con propósitos sexuales (0=Nada / 10=Absolutamente)?: _____

16.¿Cuál es el principal beneficio de utilizar Internet con fines sexuales?:

17. ¿En qué medida te ha afectado negativamente el uso de Internet con propósitos sexuales (0=Nada / 10=Absolutamente)?: _____

18.¿Cuál es el principal perjuicio de utilizar Internet con fines sexuales?:

Por favor, indique el grado en que su actividad sexual *online* ha afectado a los siguientes aspectos:

	Muy negat ivam ente	Bastante negativ amente	Algo negativ amente	Ni positiva ni negativ amente	Algo positi vame nte	Basta nte positi vame nte	Muy positi vame nte
19.1 Calidad de vida y/o satisfacción con mi vida							
19.2 Temas académicos							
19.3 Satisfacción con el sexo <i>offline</i>							
19.4 Probar cosas nuevas con mi sexualidad							
19.5 Experiencias sexuales positivas							
19.6 Satisfacción con mi cuerpo							
19.7 Autoestima							
19.8 Sentirme atractivo/a sexualmente							
19.9 Sentirme bien con mi orientación o identidad sexual							
19.10 Sentirme bien con mi sexualidad							
19.11 Información sobre sexualidad							
19.12 Habilidades o técnicas sexuales							
19.13 Intimidad sexual con mi pareja más reciente							
19.14 Comunicación sexual con mi pareja más reciente							
19.15 La relación en general con mi pareja más reciente							

19.16 Comunicación sobre sexualidad con otra gente

19.17 Apertura a la sexualidad

19.18 Uso del condón

19.19 Riesgo de VIH u otras Infecciones de Transmisión Sexual

19.20 Visión positiva sobre la sexualidad

19.21 Curiosidad sexual

19.22 Visión positiva de la sexualidad

19.23 Respeto y actitud hacia los hombres

19.24 Respeto y actitud hacia las mujeres

19.25 Respeto y actitud hacia la diversidad sexual

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al. 1970; adaptación de Seisdedos, 1982)

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno/a a sí mismo/a. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	0	1	2	3
	(Nada)	(Algo)	(Bastante)	(Mucho)
1. Me siento calmado.				
2. Me siento seguro.				
3. Estoy tenso.				
4. Estoy contrariado.				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).				
6. Me siento alterado.				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.				
8. Me siento descansado.				
9. Me siento angustiado.				
10. Me siento confortable.				
11. Tengo confianza en mí mismo.				
12. Me siento nervioso.				
13. Estoy desasosegado (intranquilo).				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).				
15. Estoy relajado.				
16. Me siento satisfecho.				
17. Estoy preocupado.				
18. Me siento aturdido y sobrecitado.				
19. Me siento alegre.				
20. En este momento me siento bien.				

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al. 1970; adaptación de Seisdedos, 1982)

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno/a a sí mismo/a. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	0	1	2	3
	(Nada)	(Algo)	(Bastante)	(Mucho)
21. Me siento bien.				
22. Me canso rápidamente.				
23. Siento ganas de llorar.				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.				
26. Me siento descansado.				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30. Soy feliz.				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.				
32. Me falta confianza en mí mismo.				
33. Me siento seguro.				
34. No puedo afrontar las crisis o dificultades.				
35. Me siento triste (melancólico).				
36. Estoy satisfecho.				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.				
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.				
39. Soy una persona estable.				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.				

En este cuestionario aparecen 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y a continuación, señale la afirmación de cada grupo que describa mejor sus sentimientos durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.**

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. Me siento triste continuamente.</p> <p>3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusta.</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2. No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p>	<p>8. Autocríticas</p> <p>0. No me critico o me culpa más que antes.</p> <p>1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2. Critico todos mis defectos.</p> <p>3. Me culpo de todo lo malo que sucede.</p>
<p>3. Sentimiento de fracaso</p> <p>0. No me siento fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3. Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	<p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2. Me gustaría suicidarme.</p> <p>3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>
<p>4. Pérdida de placer</p> <p>0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1. No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que lo solía hacer.</p> <p>1. Lloro más de lo que lo solía hacer.</p> <p>2. Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0. No me siento especialmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable constantemente.</p>	<p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo.</p>
<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0. No me siento que esté siendo castigado.</p> <p>1. Siento puedo ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p>12. Pérdida de interés</p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3. Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0. Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0. <u>No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</u></p> <p>1.a <u>Mi apetito es algo menor de lo habitual.</u></p> <p>1.b <u>Mi apetito es algo mayor de lo habitual</u></p> <p>2.a <u>Mi apetito es mucho menor que antes.</u></p>

14. Inutilidad

0. No me siento inútil.
1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
3. Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía de la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
3. No tengo suficiente energía para hacer nada

16. Cambios en el patrón de sueño

0. No he experimentado ningún cambio en el sueño.
- 1.a Duermo algo más de lo habitual
- 1.b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2.a Duermo mucho más de lo habitual
- 2.b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3.a Duermo la mayor parte del día.
- 3.b Me levante 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

0. No estoy más irritable de lo habitual.
1. Estoy más irritable de lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
3. Estoy irritable continuamente.

2.b Mi apetito es mucho mayor que antes.

- 3.a He perdido completamente el apetito.
- 3.b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
3. No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés por el sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

The Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) (Barrat & Patton, 1983; Patton et al., 1995; adaptación de Oquendo et al., 2001)

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	Raramente o nunca	Ocasional mente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
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 por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo demasiado tiempo)				
17. Visito al médico con regularidad				
18. Hago 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 (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio durante mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo mis problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004; adaptación de Hervás & Jódar, 2008)

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

	1	2	3	4	5
	Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)
1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

Anexo 5. Batería de reevaluación para el grupo control

Escala de evaluación subjetiva

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones acerca de si percibes o no cambios en distintas áreas desde la última sesión. Contesta en función de tu experiencia desde la última evaluación –aproximadamente hace 3 meses–.

Desde la última evaluación, diría que...	Mucho peor	Bastante peor	Algo peor	Igual	Algo mejor	Bastante mejor	Mucho mejor
Mi estado de ánimo general está...							
El tipo de síntomas sexuales que experimento es...							
La intensidad con la que experimento los síntomas sexuales es...							
La frecuencia con la que experimento los síntomas sexuales es...							
La interferencia que me causan los síntomas sexuales es...							

Internet Sexual Screening Test (ISST) (Delmonico, 1997; adaptación de Ballester-Arnal et al., 2010)

Ahora lee cada una de las siguientes afirmaciones. Marca con una cruz en la casilla V si consideras que es una afirmación verdadera o casi siempre verdadera y en la F si la consideras falsa o casi siempre falsa.

	V	F
1. Tengo algunos sitios sexuales marcados		
2. Paso más de cinco horas a la semana usando mi ordenador con fines sexuales		
3. Me he afiliado a sitios sexuales para conseguir acceder a material sexual <i>online</i>		
4. He comprado productos sexuales <i>online</i>		
5. He buscado material sexual a través de un buscador de Internet		
6. He gastado más dinero en material sexual <i>online</i> de lo que había planeado		
7. El sexo en Internet ha interferido alguna vez con ciertos aspectos de mi vida		
8. He participado en chats sexuales		
9. Tengo un nombre de usuario o un nombre de pila que utilizo en Internet		
10. Me he masturbado mientras estaba conectado a Internet		
11. He accedido a sitios sexuales desde otros ordenadores distintos al mío		
12. Nadie sabe que uso el ordenador para propósitos sexuales		
13. He intentado ocultar lo que hay en mi ordenador o monitor para que otros no lo vean		
14. He permanecido despierto hasta después de medianoche para acceder a material sexual <i>online</i>		
15. Utilizo Internet para experimentar con diferentes aspectos de la sexualidad (esclavitud sexual, homosexualidad, sexo anal, etc.)		
16. Tengo mi propio sitio Web que contiene algún material sexual		
17. Me he prometido a mí mismo dejar de usar Internet con fines sexuales		
18. En ocasiones utilizo el cibersexo como un premio por haber conseguido algo (acabar un proyecto, un día estresante, etc.)		
19. Cuando no consigo acceder a información sexual <i>online</i> , me siento ansioso, enfadado o decepcionado		
20. He incrementado los riesgos de estar <i>online</i> (dar mi nombre y número de teléfono, conocer a gente fuera de la red, etc.)		
21. Me he castigado a mí mismo cuando uso Internet con fines sexuales (p.e., no utilizar el ordenador, cancelar mi suscripción a Internet, etc.)		
22. He quedado cara a cara con alguien que he conocido en la red con fines románticos		
23. Utilizo el humor y las insinuaciones o indirectas sexuales hacia otros cuando estoy en Internet		
24. He tropezado con material sexual ilegal estando en Internet		
25. Creo que soy adicto al sexo por Internet		

Internet Addiction Test (IAT) (Young, 1998; adaptación de Salmerón et al., 2009)

A continuación, se te plantearán una serie de preguntas sobre tu consumo de Internet en general. Por favor, contesta las siguientes preguntas siguiendo la escala indicada:

- 1= Raramente
2= Ocasionalmente
3= Frecuentemente
4= A menudo
5= Siempre

En tu respuesta sólo debes considerar el tiempo que estás en Internet con fines distintos al académico o al trabajo:

Ítem	1	2	3	4	5
1. ¿Cuán a menudo crees que permaneces on-line más tiempo del que pretendías?					
2. ¿Cuán a menudo olvidas quehaceres cotidianos por estar más tiempo on-line?					
3. ¿Cuán a menudo prefieres excitarte con Internet a la intimidad con tu pareja?					
4. ¿Cuán a menudo estableces nuevas relaciones con otros usuarios de la red?					
5. ¿Cuán a menudo se quejan otros por el tiempo que pasas en Internet?					
6. ¿Cuán a menudo repercute la cantidad de tiempo que pasas conectado a la red en tus obligaciones?					
7. ¿Cuán a menudo revisas tu e-mail antes de hacer otra cosa que necesitas hacer?					
8. ¿Cuán a menudo se ve perjudicado tu rendimiento laboral a causa de Internet?					
9. ¿Cuán a menudo te pones a la defensiva cuando alguien te pregunta qué haces en Internet?					
10. ¿Cuán a menudo bloqueas pensamientos molestos acerca de tu vida con pensamientos tranquilizadores acerca de Internet?					
11. ¿Cuán a menudo te encuentras anticipando cuándo volverás a conectarte?					
12. ¿Cuán a menudo temes que tu vida sin Internet fuera aburrida, vacía o triste?					
13. ¿Cuán a menudo te enfadas, gritas o te molestas si alguien te da la lata cuando estás en Internet?					
14. ¿Cuán a menudo pierdes el sueño debido a estar en Internet a altas horas de la noche?					
15. ¿Cuán a menudo te encuentras pensando en Internet cuando no estás conectado o fantaseas con conectarte?					
16. ¿Cuán a menudo te encuentras diciendo “sólo unos minutos más” cuando estás en Internet?					
17. ¿Cuán a menudo intentar acortar el tiempo que pasas en la red y no lo consigues?					
18. ¿Cuán a menudo intentas ocultar el tiempo que has estado conectado a Internet?					
19. ¿Cuán a menudo eliges pasar más tiempo en Internet a salir con los demás?					
20. ¿Cuán a menudo te sientes deprimido, malhumorado o nervioso cuando no estás conectado a la red y se te pasa cuando vuelves a conectarte?					

Hypersexual Behavior Inventory (HBI) (Reid et al., 2011a; adaptación de Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2019)

A la hora de completar este cuestionario, recuerda que entendemos como sexo, cualquier actividad o conducta que estimula o excita a una persona con la intención de producir un orgasmo o placer sexual (por ejemplo, masturbación o sexo en solitario, uso de pornografía, relaciones sexuales con una pareja, sexo oral, sexo anal, etc.). Las conductas sexuales pueden o no implicar a una pareja.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
1. Uso el sexo para olvidarme de las preocupaciones cotidianas.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Aunque me he prometido no repetir cierta conducta sexual, me encuentro volviéndola a hacer una y otra vez.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a sentirme menos solo/a.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Participo en actividades sexuales sabiendo que más tarde me arrepentiré.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Sacrifico cosas que realmente quiero en mi vida por el sexo.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Recorro al sexo cuando experimento sentimientos desagradables (por ejemplo, frustración, tristeza, ira).				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Fracaso en mis intentos por cambiar mi conducta sexual.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Cuando me siento inquieto, recorro al sexo para calmarme.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Mis pensamientos y fantasías sexuales me distraen de cumplir tareas importantes.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Practico actividades sexuales que están en contra de mis valores y creencias.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Aunque mi conducta sexual es irresponsable o imprudente, tengo dificultades para detenerla.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Siento como si mi conducta sexual me llevara en una dirección hacia la que no quiero ir.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a manejar mi estrés.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Mi conducta sexual controla mi vida.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Siento que mis ansias y deseos sexuales son más fuertes que mi autodisciplina.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. El sexo es para mí una forma de manejar el malestar emocional que siento.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Sexualmente, me comporto de formas que creo que están mal.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Uso el sexo como una forma de ayudarme a afrontar mis problemas.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Mis actividades sexuales interfieren en aspectos de mi vida como el trabajo o los estudios.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

The Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck et al., 1996; adaptación de Sanz et al., 2003)

En este cuestionario aparecen 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y a continuación, señale la afirmación de cada grupo que describa mejor sus sentimientos durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**.

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. Me siento triste continuamente.</p> <p>3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusta.</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2. No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p>	<p>8. Autocríticas</p> <p>0. No me critico o me culpa más que antes.</p> <p>1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2. Critico todos mis defectos.</p> <p>3. Me culpo de todo lo malo que sucede.</p>
<p>3. Sentimiento de fracaso</p> <p>0. No me siento fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3. Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	<p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2. Me gustaría suicidarme.</p> <p>3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>
<p>4. Pérdida de placer</p> <p>0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1. No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que lo solía hacer.</p> <p>1. Lloro más de lo que lo solía hacer.</p> <p>2. Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0. No me siento especialmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable constantemente.</p>	<p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo.</p>
<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0. No me siento que esté siendo castigado.</p> <p>1. Siento puedo ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p>12. Pérdida de interés</p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3. Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0. Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0. <u>No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</u></p> <p>1.a <u>Mi apetito es algo menor de lo habitual.</u></p> <p>1.b <u>Mi apetito es algo mayor de lo habitual</u></p> <p>2.a <u>Mi apetito es mucho menor que antes.</u></p> <p>2.b <u>Mi apetito es mucho mayor que antes.</u></p>

14. Inutilidad

- 0. No me siento inútil.
- 1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3. Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- 3. No tengo suficiente energía para hacer nada

16. Cambios en el patrón de sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en el sueño.
- 1.a Duermo algo más de lo habitual
- 1.b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2.a Duermo mucho más de lo habitual
- 2.b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3.a Duermo la mayor parte del día.
- 3.b Me levante 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0. No estoy más irritable de lo habitual.
- 1. Estoy más irritable de lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3. Estoy irritable continuamente.

- 3.a He perdido completamente el apetito.
- 3.b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de concentración

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés por el sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al. 1970; adaptación de Seisdedos, 1982)

A continuación, encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lee cada frase y señala la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa tu situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.				
2. Me siento seguro.				
3. Estoy tenso.				
4. Estoy contrariado.				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).				
6. Me siento alterado.				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.				
8. Me siento descansado.				
9. Me siento angustiado.				
10. Me siento confortable.				
11. Tengo confianza en mí mismo.				
12. Me siento nervioso.				
13. Estoy desasosegado (intranquilo).				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).				
15. Estoy relajado.				
16. Me siento satisfecho.				
17. Estoy preocupado.				
18. Me siento aturdido y sobrecitado.				
19. Me siento alegre.				
20. En este momento me siento bien.				

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al. 1970; adaptación de Seisdedos, 1982)

A continuación, encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lee cada frase y señala la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa cómo te sientes tú generalmente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. Me siento bien.				
22. Me canso rápidamente.				
23. Siento ganas de llorar.				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.				
26. Me siento descansado.				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30. Soy feliz.				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.				
32. Me falta confianza en mí mismo.				
33. Me siento seguro.				
34. No puedo afrontar las crisis o dificultades.				
35. Me siento triste (melancólico).				
36. Estoy satisfecho.				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.				
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.				
39. Soy una persona estable.				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.				

Anexo 6. Batería de evaluación postratamiento y seguimientos
para el grupo experimental

Escala de evaluación subjetiva

- ◆ A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones acerca de si percibes o no cambios en distintas áreas desde la última sesión. Contesta en función de tu experiencia desde la última sesión.

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Mucho peor	Bastante peor	Algo peor	Igual	Algo mejor	Bastante mejor	Mucho mejor	Mucho peor
Desde la última evaluación, diría que mi estado de ánimo general está...								
Desde la última evaluación, diría que el tipo de síntomas sexuales que experimento es...								
Desde la última evaluación, diría que la intensidad con la que experimento los síntomas sexuales es...								
Desde la última evaluación, diría que la frecuencia con la que experimento los síntomas sexuales es...								
Desde la última evaluación, diría que la interferencia que me causan los síntomas sexuales es...								

Cuestionario de Prácticas Sexuales Online

1. Desde la última evaluación ¿has utilizado Internet con objetivos sexuales (chatear, buscar material pornográfico, etc.)?:

Sí No

2. ¿Cuántas horas a la semana sueles pasar conectado a Internet?: _____

3. ¿Cuántas horas a la semana sueles pasar conectado a páginas sexuales?: _____

4. ¿Desde qué lugares sueles conectarte a páginas sexuales (puedes señalar varias)?:

- Mi ordenador personal
- Ordenadores de familiares o amigos
- Ordenadores en lugares públicos
- Ordenador de trabajo
- Dispositivos móviles (teléfono, Tablet, etc.) con acceso a Internet

5. De las siguientes, señala qué actividades has realizado mientras estabas conectado a Internet desde la última evaluación:

	No	Sí
Compra de material sexual <i>online</i>		
Búsqueda de información sobre educación sexual		
Lectura de textos eróticos		
Visionado de material sexual estimulante		
Flirteo o insinuaciones sexuales hacia otros usuarios conocidos o desconocidos		
Chatear reproduciendo una fantasía sexual junto con otro usuario		
Contacto sexual por medio de Webcam con otro usuario		
Búsqueda en páginas Web de contactos		
Respuesta a anuncios sexuales		
Contacto con trabajadores/as sexuales		
Búsqueda de pareja romántica		
Búsqueda de pareja sexual		
Participación en comunidades <i>online</i> de minorías sexuales o de género		
Colgar o enviar a través de Internet material sexual propio		
Ofrecer mis servicios sexuales para ejercer <i>online</i> (p.e., estriptís <i>online</i>)		
Ofrecer mis servicios sexuales para ejercer fuera de Internet		

6. Si has mantenido contactos sexuales *online* (chat, webcam, etc.), ¿con cuántas parejas lo has hecho?: _____

7. ¿Con qué tipo de parejas has mantenido estos contactos sexuales *online*?:

- Con mi pareja estable Con una expareja No he mantenido contactos sexuales *online*
- Con un conocido Con un desconocido a quien conocí a través de Internet

8. Durante estos contactos, ¿Alguna vez has mentido sobre cómo eres en realidad?: Sí No

9. En caso de haber contestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿acerca de qué has mentido?

- He mentido sobre el hecho de ser hombre o mujer
- He mentido sobre mi físico
- He mentido sobre mi edad
- He mentido sobre aspectos de mi vida (estudios, trabajo, familia o amigos, nivel de renta, etc.).
- He mentido sobre otros aspectos (indicar cuáles):

10. Si has mantenido contactos sexuales *offline* con personas con las que, previamente, habías contactado por internet ¿con cuántas personas has estado?:_____

11. Cuando te conectas a Internet para buscar material pornográfico, ¿qué tipo de contenidos buscas? (puedes señalar tantas como quieras):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gente desnuda que no está teniendo relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Juegos sexuales que implican sometimiento |
| <input type="checkbox"/> Personas desnudas enseñando los genitales | <input type="checkbox"/> Actividad sexual entre personas y animales |
| <input type="checkbox"/> Una relación sexual entre un hombre y una mujer | <input type="checkbox"/> Dibujos manga de contenido sexual |
| <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo | <input type="checkbox"/> Violación o violencia sexual |
| <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales entre más de dos personas | <input type="checkbox"/> Actividad sexual con adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Uso de heces y orina durante las relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Actividad sexual con niños pequeños |

12. ¿Cuáles son tus principales motivaciones para utilizar Internet con objetivos sexuales? (puedes señalar varias):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disfrutar de actividades sexuales que no suelo practicar en mi vida diaria | <input type="checkbox"/> Distraerme |
| <input type="checkbox"/> Encontrar material sexual con el que masturbarme | <input type="checkbox"/> Aprender cosas sobre sexo |
| <input type="checkbox"/> Relajarme del estrés de mis obligaciones | <input type="checkbox"/> Conocer a otras personas |
| <input type="checkbox"/> Animarme cuando estoy decaído | <input type="checkbox"/> Intentar establecer relaciones |
| <input type="checkbox"/> Para conocer a gente con gustos sexuales afines (p.e., gente LGTB) | |

13. De las emociones que enumeramos a continuación, indica cuáles sueles experimentar ANTES de realizar actividades sexuales *online* (puedes señalar varias) (responder solo si has realizado alguna actividad sexual *online* desde la última sesión):

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preocupación | <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Incertidumbre | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Sorpresa | <input type="checkbox"/> Vergüenza | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Asco | <input type="checkbox"/> Interés o distracción | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Alegría |
| <input type="checkbox"/> Enfado | <input type="checkbox"/> Excitación sexual | <input type="checkbox"/> Esperanza | <input type="checkbox"/> Bienestar |

14. De las emociones que enumeramos a continuación, indica cuáles sueles experimentar DURANTE la realización de actividades sexuales *online* (puedes señalar varias) (responder solo si has realizado alguna actividad sexual *online* desde la última sesión):

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preocupación | <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Incertidumbre | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Sorpresa | <input type="checkbox"/> Vergüenza | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Asco | <input type="checkbox"/> Interés o distracción | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Alegría |
| <input type="checkbox"/> Enfado | <input type="checkbox"/> Excitación sexual | <input type="checkbox"/> Esperanza | <input type="checkbox"/> Bienestar |

15. De las emociones que enumeramos a continuación, indica cuáles sueles experimentar DESPUÉS de realizar actividades sexuales *online* (puedes señalar varias) (responder solo si has realizado alguna actividad sexual *online* desde la última sesión):

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preocupación | <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Incertidumbre | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> Sorpresa | <input type="checkbox"/> Vergüenza | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Asco | <input type="checkbox"/> Interés o distracción | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Alegría |
| <input type="checkbox"/> Enfado | <input type="checkbox"/> Excitación sexual | <input type="checkbox"/> Esperanza | <input type="checkbox"/> Bienestar |

16. ¿Crees que pasas más tiempo del que deberías conectado a páginas sexuales en Internet?

- Sí No

17. ¿Crees que el sexo en Internet interfiere de alguna forma en tu vida?

- Sí (Indica cómo):_____ No

18. Por favor, indica el grado en que tu actividad sexual *online* ha afectado sobre los siguientes aspectos desde la última sesión (responder solo si has realizado alguna actividad sexual *online* desde la última sesión):

	Muy negativa mente	Bastante negativa mente	Algo negativa mente	Ni positiva ni negativa mente	Algo positiva mente	Bastante positiva mente	Muy positiva mente
Calidad de vida y/o satisfacción con mi vida							
Temas académicos							
Satisfacción con el sexo <i>offline</i>							
Probar cosas nuevas en mi sexualidad							
Experiencias sexuales positivas							
Satisfacción con mi cuerpo							
Autoestima							
Sentirme atractivo/a sexualmente							
Sentirme bien con mi orientación o identidad sexual							
Sentirme bien con mi sexualidad							
Información sobre sexualidad							
Habilidades y técnicas sexuales							
Intimidad sexual con mi pareja más reciente							
Comunicación sexual con mi pareja más reciente							
La relación en general con mi pareja más reciente							
Comunicación sobre sexualidad con otra gente							
Apertura a la sexualidad							
Uso del condón							
Riesgo de VIH u otras Infecciones de Transmisión Sexual							
Visión positiva sobre la sexualidad							
Curiosidad sexual							
Visión positiva de la sexualidad							
Respeto y actitud hacia los hombres							
Respeto y actitud hacia las mujeres							
Respeto y actitud hacia la diversidad sexual							

Cuestionario de Prácticas Sexuales *Offline*

1. Indica de acuerdo con la siguiente escala, en qué grado te excitan las siguientes situaciones:

1	2	3	4	5
No me excita nada	A penas me excita	Me excita un poco	Me excita bastante	Me excita muchísimo
Exponer mis genitales por sorpresa a alguien que no se lo espera				1 2 3 4 5
Utilizar objetos (p.e., ropa interior o zapatos) para alcanzar el placer sexual				1 2 3 4 5
Rozar con mis genitales a otra persona sin su consentimiento				1 2 3 4 5
Mantener relaciones sexuales con niños				1 2 3 4 5
Ser humillado, pegado o atado para alcanzar el placer sexual				1 2 3 4 5
Hacer sufrir física o psicológicamente (humillar) para alcanzar el placer sexual				1 2 3 4 5
Sólo en varones heterosexuales: Vestirme como una mujer para alcanzar el placer sexual				1 2 3 4 5
Observar sin ser visto a otras personas desnudándose o realizando cualquier actividad sexual sin su consentimiento				1 2 3 4 5
Otras situaciones poco comunes por las que sientas atracción				1 2 3 4 5
(Indica cuáles)				

2. En caso de haber experimentado excitación ante alguna de las situaciones anteriormente descritas, ¿dirías que ha interferido en tu día a día o simplemente te ha provocado malestar? : Sí No

3. ¿Con qué frecuencia sueles mantener actividad sexual, incluida la masturbación?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Más de tres veces a la semana (Indica cuántas): _____ | <input type="checkbox"/> Una vez al mes |
| <input type="checkbox"/> Tres veces a la semana | <input type="checkbox"/> Cinco o seis veces al año |
| <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Menos de 6 veces al año |
| <input type="checkbox"/> Dos o tres veces al mes | |

4. ¿Con qué frecuencia utilizas material pornográfico (revistas, películas...) para excitarte? No cuenta el material sexual *online*: Nunca Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

Internet Sexual Screening Test (ISST) (Delmonico, 1997; adaptación de Ballester-Arnal et al., 2010)

Ahora lee cada una de las siguientes afirmaciones. Marca con una cruz en la casilla V si consideras que es una afirmación verdadera o casi siempre verdadera y en la F si la consideras falsa o casi siempre falsa. Responder según la situación actual, desde la última sesión de evaluación.

	V	F
1. Tengo algunos sitios sexuales marcados		
2. Paso más de cinco horas a la semana usando mi ordenador con fines sexuales		
3. Me he afiliado a sitios sexuales para conseguir acceder a material sexual <i>online</i>		
4. He comprado productos sexuales <i>online</i>		
5. He buscado material sexual a través de un buscador de Internet		
6. He gastado más dinero en material sexual <i>online</i> de lo que había planeado		
7. El sexo en Internet ha interferido alguna vez con ciertos aspectos de mi vida		
8. He participado en chats sexuales		
9. Tengo un nombre de usuario o un nombre de pila que utilizo en Internet		
10. Me he masturbado mientras estaba conectado a Internet		
11. He accedido a sitios sexuales desde otros ordenadores distintos al mío		
12. Nadie sabe que uso el ordenador para propósitos sexuales		
13. He intentado ocultar lo que hay en mi ordenador o monitor para que otros no lo vean		
14. He permanecido despierto hasta después de medianoche para acceder a material sexual <i>online</i>		
15. Utilizo Internet para experimentar con diferentes aspectos de la sexualidad (esclavitud sexual, homosexualidad, sexo anal, etc.)		
16. Tengo mi propio sitio Web que contiene algún material sexual		
17. Me he prometido a mí mismo dejar de usar Internet con fines sexuales		
18. En ocasiones utilizo el cibersexo como un premio por haber conseguido algo (acabar un proyecto, un día estresante, etc.)		
19. Cuando no consigo acceder a información sexual <i>online</i> , me siento ansioso, enfadado o decepcionado		
20. He incrementado los riesgos de estar <i>online</i> (dar mi nombre y número de teléfono, conocer a gente fuera de la red, etc.)		
21. Me he castigado a mí mismo cuando uso Internet con fines sexuales (p.e., no utilizar el ordenador, cancelar mi suscripción a Internet, etc.)		
22. He quedado cara a cara con alguien que he conocido en la red con fines románticos		
23. Utilizo el humor y las insinuaciones o indirectas sexuales hacia otros cuando estoy en Internet		
24. He tropezado con material sexual ilegal estando en Internet		
25. Creo que soy adicto al sexo por Internet		

Hypersexual Behavior Inventory (HBI) (Reid et al., 2011a; adaptación de Ballester-Arnal, Castro-Calvo et al., 2019)

A la hora de completar este cuestionario, recuerda que entendemos como sexo, cualquier actividad o conducta que estimula o excita a una persona con la intención de producir un orgasmo o placer sexual (por ejemplo, masturbación o sexo en solitario, uso de pornografía, relaciones sexuales con una pareja, sexo oral, sexo anal, etc.). Las conductas sexuales pueden o no implicar a una pareja. Responder según la situación actual, desde la última evaluación.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
1. Uso el sexo para olvidarme de las preocupaciones cotidianas.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Aunque me he prometido no repetir cierta conducta sexual, me encuentro volviéndola a hacer una y otra vez.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a sentirme menos solo/a.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Participo en actividades sexuales sabiendo que más tarde me arrepentiré.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. Sacrifico cosas que realmente quiero en mi vida por el sexo.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Recorro al sexo cuando experimento sentimientos desagradables (por ejemplo, frustración, tristeza, ira).				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Fracaso en mis intentos por cambiar mi conducta sexual.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. Cuando me siento inquieto, recorro al sexo para calmarme.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. Mis pensamientos y fantasías sexuales me distraen de cumplir tareas importantes.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. Practico actividades sexuales que están en contra de mis valores y creencias.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11. Aunque mi conducta sexual es irresponsable o imprudente, tengo dificultades para detenerla.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12. Siento como si mi conducta sexual me llevara en una dirección hacia la que no quiero ir.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
13. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a manejar mi estrés.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14. Mi conducta sexual controla mi vida.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
15. Siento que mis ansias y deseos sexuales son más fuertes que mi autodisciplina.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
16. El sexo es para mí una forma de manejar el malestar emocional que siento.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
17. Sexualmente, me comporto de formas que creo que están mal.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
18. Uso el sexo como una forma de ayudarme a afrontar mis problemas.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
19. Mis actividades sexuales interfieren en aspectos de mi vida como el trabajo o los estudios.				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Internet Addiction Test (IAT) (Young, 1998; adaptación de Salmerón et al., 2009)

A continuación, se te plantearán una serie de preguntas sobre tu consumo de Internet actual en general.

Por favor, contesta las siguientes preguntas siguiendo la escala indicada:

1= Raramente

4= A menudo

2= Ocasionalmente

5= Siempre

3= Frecuentemente

En tu respuesta sólo debes considerar el tiempo que estás en Internet con fines distintos al académico o al trabajo:

Ítem	1	2	3	4	5
1. ¿Cuán a menudo crees que permaneces on-line más tiempo del que pretendías?					
2. ¿Cuán a menudo olvidas quehaceres cotidianos por estar más tiempo on-line?					
3. ¿Cuán a menudo prefieres excitarte con Internet a la intimidad con tu pareja?					
4. ¿Cuán a menudo estableces nuevas relaciones con otros usuarios de la red?					
5. ¿Cuán a menudo se quejan otros por el tiempo que pasas en Internet?					
6. ¿Cuán a menudo repercute la cantidad de tiempo que pasas conectado a la red en tus obligaciones?					
7. ¿Cuán a menudo revisas tu e-mail antes de hacer otra cosa que necesitas hacer?					
8. ¿Cuán a menudo se ve perjudicado tu rendimiento laboral a causa de Internet?					
9. ¿Cuán a menudo te pones a la defensiva cuando alguien te pregunta qué haces en Internet?					
10. ¿Cuán a menudo bloqueas pensamientos molestos acerca de tu vida con pensamientos tranquilizadores acerca de Internet?					
11. ¿Cuán a menudo te encuentras anticipando cuándo volverás a conectarte?					
12. ¿Cuán a menudo temes que tu vida sin Internet fuera aburrida, vacía o triste?					
13. ¿Cuán a menudo te enfadas, gritas o te molestas si alguien te da la lata cuando estás en Internet?					
14. ¿Cuán a menudo pierdes el sueño debido a estar en Internet a altas horas de la noche?					
15. ¿Cuán a menudo te encuentras pensando en Internet cuando no estás conectado o fantaseas con conectarte?					
16. ¿Cuán a menudo te encuentras diciendo “sólo unos minutos más” cuando estás en Internet?					
17. ¿Cuán a menudo intentas acortar el tiempo que pasas en la red y no lo consigues?					
18. ¿Cuán a menudo intentas ocultar el tiempo que has estado conectado a Internet?					
19. ¿Cuán a menudo eliges pasar más tiempo en Internet a salir con los demás?					
20. ¿Cuán a menudo te sientes deprimido, malhumorado o nervioso cuando no estás conectado a la red y se te pasa cuando vuelves a conectarte?					

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al. 1970; adaptación de Seisdedos, 1982)

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno/a a sí mismo/a. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	0	1	2	3
	(Nada)	(Algo)	(Bastante)	(Mucho)
1. Me siento calmado.				
2. Me siento seguro.				
3. Estoy tenso.				
4. Estoy contrariado.				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).				
6. Me siento alterado.				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.				
8. Me siento descansado.				
9. Me siento angustiado.				
10. Me siento confortable.				
11. Tengo confianza en mí mismo.				
12. Me siento nervioso.				
13. Estoy desasosegado (intranquilo).				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).				
15. Estoy relajado.				
16. Me siento satisfecho.				
17. Estoy preocupado.				
18. Me siento aturdido y sobrecitado.				
19. Me siento alegre.				
20. En este momento me siento bien.				

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al. 1970; adaptación de Seisdedos, 1982)

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno/a a sí mismo/a. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **CÓMO SE SIENTE EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	0	1	2	3
	(Nada)	(Algo)	(Bastante)	(Mucho)
21. Me siento bien.				
22. Me canso rápidamente.				
23. Siento ganas de llorar.				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.				
26. Me siento descansado.				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30. Soy feliz.				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.				
32. Me falta confianza en mí mismo.				
33. Me siento seguro.				
34. No puedo afrontar las crisis o dificultades.				
35. Me siento triste (melancólico).				
36. Estoy satisfecho.				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.				
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.				
39. Soy una persona estable.				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.				

The Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck et al., 1996; adaptación de Sanz et al., 2003)

En este cuestionario aparecen 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y a continuación, señale la afirmación de cada grupo que describa mejor sus sentimientos durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**.

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. Me siento triste continuamente.</p> <p>3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>8. Autocríticas</p> <p>0. No me critico o me culpa más que antes.</p> <p>1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2. Critico todos mis defectos.</p> <p>3. Me culpo de todo lo malo que sucede.</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2. No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p>	<p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2. Me gustaría suicidarme.</p> <p>3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>
<p>3. Sentimiento de fracaso</p> <p>0. No me siento fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3. Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que lo solía hacer.</p> <p>1. Lloro más de lo que lo solía hacer.</p> <p>2. Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
<p>4. Pérdida de placer</p> <p>0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1. No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>	<p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo.</p>
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0. No me siento especialmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable constantemente.</p>	<p>12. Pérdida de interés</p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3. Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0. No me siento que esté siendo castigado.</p> <p>1. Siento puedo ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0. <u>No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</u></p> <p><u>1.a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</u></p> <p><u>1.b Mi apetito es algo mayor de lo habitual</u></p> <p>2.a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p><u>2.b Mi apetito es mucho mayor que antes.</u></p> <p>3.a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3.b Tengo ganas de comer continuamente.</p>
<p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusto.</p>	

13. Indecisión

- 0. Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0. No me siento inútil.
- 1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3. Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el patrón de sueño**0. No he experimentado ningún cambio en el sueño.**

1.a Duermo algo más de lo habitual

1.b Duermo algo menos de lo habitual.

2.a Duermo mucho más de lo habitual

2.b Duermo mucho menos de lo habitual.

3.a Duermo la mayor parte del día.

3.b Me levante 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0. No estoy más irritable de lo habitual.
- 1. Estoy más irritable de lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3. Estoy irritable continuamente.

19. Dificultad de concentración

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés por el sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004; adaptación de Hervás & Jódar, 2008)

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

	1	2	3	4	5
	Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)
1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSEI) (Rosenberg, 1979; adaptación de Martín-Albo, et al., 2007)

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a Ud. mismo y a su forma de pensar. De las cuatro alternativas, deberá elegir aquella con la que esté de acuerdo. Por favor, sea sincero.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6. A veces me siento realmente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

The Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) (Barrat & Patton, 1983; Patton et al., 1995; adaptación de Oquendo et al., 2001)

Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	Raramente o nunca	Ocasiona lmente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
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 por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo demasiado tiempo)				
17. Visito al médico con regularidad				
18. Hago 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 (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio durante mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo mis problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Escala de Satisfacción con el programa (basada en el cuestionario de credibilidad/expectativa (CEQ) de Borkovec & Nau, 1972)

Después de haber aplicado el tratamiento, nos gustaría saber su satisfacción respecto al mismo. Por favor, conteste a las siguientes preguntas en utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo
1. ¿En qué medida le ha parecido lógico este tratamiento?										
2. ¿En qué medida le ha satisfecho el tratamiento que ha aplicado?										
3. ¿En qué medida le recomendaría este tratamiento a un amigo/familiar que tuviera el mismo problema?										
4. ¿En qué medida cree que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?										
5. ¿En qué medida cree que el tratamiento le ha resultado útil para tu problema?										
6. ¿En qué medida le ha resultado aversivo este tratamiento?										
7. ¿En qué medida cree que hubiera influido que el tratamiento se aplicara de manera presencial en lugar de <i>online</i> ?										
8. ¿En qué medida cree que el hecho de haber sido <i>online</i> es un aspecto positivo del programa?										
9. ¿En qué medida le ha parecido sencillo de seguir?										
10. ¿En qué medida le ha parecido adecuada la duración del tratamiento?										
11. ¿En qué medida teme tener una recaída ahora que ha finalizado el tratamiento?										
12. ¿En qué medida cree que tiene recursos para afrontar una posible recaída de forma inmediata?										

Anexo 7. Evaluación semanal del proceso de tratamiento

Anexo 8. Registro de la actividad sexual semana

Registro de la actividad sexual semanal (SI LO NECESITAS, PUEDES UTILIZAR TANTAS FILAS COMO SEA NECESARIO PARA CADA DÍA O ACTIVIDAD)

Registro de la actividad sexual semanal (SI LO NECESITAS, PUEDES UTILIZAR TANTAS FILAS COMO SEA NECESARIO PARA CADA DÍA O ACTIVIDAD)											
	Descripción de la actividad sexual					Antecedentes de la actividad sexual				Consecuencias de la actividad sexual	
Día y hora	Tipo actividad sexual	Lugar de la actividad sexual (y dispositivo si práctica <i>online</i>)	Descripción de la Conducta sexual (mejor cuantos más detalles aportes)	Tiempo realizando la conducta sexual	Grado de placer experimentado (de 0 a 10)	¿Qué pasó justo antes de la conducta?	¿Qué pensabas antes de la conducta?	¿Qué sentías antes de la conducta? (emoción de 0 a 10)	¿Cómo de excitado te sentías antes de la conducta? (de 0 a 10)	¿Qué pensaste tras realizar la conducta sexual online?	¿Cómo te sentiste tras realizar la conducta sexual <i>online</i> ? (emoción de 0 a 10)
	<input type="checkbox"/> En solitario <input type="checkbox"/> En pareja ----- <input type="checkbox"/> <i>Online</i> <input type="checkbox"/> <i>Offline</i>										
	<input type="checkbox"/> En solitario <input type="checkbox"/> En pareja ----- <input type="checkbox"/> <i>Online</i> <input type="checkbox"/> <i>Offline</i>										
	<input type="checkbox"/> En solitario <input type="checkbox"/> En pareja ----- <input type="checkbox"/> <i>Online</i> <input type="checkbox"/> <i>Offline</i>										
	<input type="checkbox"/> En solitario <input type="checkbox"/> En pareja ----- <input type="checkbox"/> <i>Online</i> <input type="checkbox"/> <i>Offline</i>										
	<input type="checkbox"/> En solitario <input type="checkbox"/> En pareja ----- <input type="checkbox"/> <i>Online</i> <input type="checkbox"/> <i>Offline</i>										
	<input type="checkbox"/> En solitario <input type="checkbox"/> En pareja ----- <input type="checkbox"/> <i>Online</i> <input type="checkbox"/> <i>Offline</i>										

