

ADICCIÓN A LA PORNOGRAFÍA EN INTERNET: ANÁLISIS DE UN CASO CLINICO

Federico Hervías Ortega, Cristina Romero López-Alberca
y Esperanza Marchena Consejero
Universidad de Cádiz (España)

Resumen

Las adicciones comportamentales se presentan como una forma de desarrollar conductas inadecuadas con relación a fenómenos que por sí solos no tienen por qué asociarse con estados patológicos. A pesar de no ser contempladas en los manuales diagnósticos más utilizados entre los profesionales de la salud, su incidencia en la población es cada vez más notable, adoptando formas diversas gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías. La adicción al sexo puede manifestarse de diferentes maneras, teniendo mayor incidencia en población masculina. Este trabajo aborda la descripción, análisis funcional e intervención de un caso de adicción a pornografía por Internet atendido desde un servicio universitario de psicología, habituado a asistir problemáticas propias de la población juvenil. A través de una intervención cognitivo conductual, se describen las estrategias utilizadas, la eficacia terapéutica, posibles implicaciones de las adicciones comportamentales en la población universitaria y su repercusión en el desarrollo personal y académico de los estudiantes.

PALABRAS CLAVE: *adicción, pornografía, Internet, estudio de caso, servicio universitario de psicología.*

Abstract

Behavioral addictions are considerate as a new way of developing misconduct in relation to phenomena that by themselves have no reason to be associated with pathological states. Despite not being referred to in most commonly used diagnostic textbooks among health professionals, their incidence in the population is increasingly notable, adopting ever more diverse forms, thanks to the development of new technologies. Sex addiction can manifest itself in different ways, with a higher incidence among the male population. This paper deals with the description, functional analysis and intervention in a case of Internet porn addiction from a college psychology service, used to addressing problems affecting the youth. Developing a cognitive behavioral intervention, the strategies employed and their effectiveness in the case are described, the possible implications of behavioral addictions in the university population, and its impact on the academic and personal development of students.

KEY WORDS: *addiction, pornography, Internet, case study, college psychology service.*

Introducción

Tras una propuesta inicial por incluir en la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), el trastorno por hipersexualidad (Kafka, 2010) finalmente no fue introducido argumentando la falta de estudios e investigaciones empíricas que justifiquen su existencia. Los criterios incluían la presencia, durante al menos 6 meses, de deseo y fantasías sexuales recurrentes e intensas en las que se invierte una gran cantidad de tiempo, asociación con alteraciones del estado de ánimo, intentos recurrentes y fallidos por controlar la conducta, la exposición a situaciones de riesgo o la generación de malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Además, habría que especificar si el problema planteado es debido a masturbación, pornografía, conducta sexual con adultos que consienten, cibersexo, sexo telefónico, clubs de "striptease" u otros problemas.

La existencia o no de un trastorno mental en este sentido muchas veces viene precedido de cuestiones morales y preceptos religiosos relacionados con la sexualidad (promiscuidad, libertad sexual, masturbación, etc.), que no hacen más que enturbiar su comprensión e implicaciones en el comportamiento humano (Echeburúa, 2012). Los estudios de prevalencia respecto a la existencia de comportamientos hipersexuales oscilan entre un 1,4% y un 19,3% (Chiclana, Contreras, Carriles y Rama, 2015; George *et al.*, 2018), si bien los estudios adolecen de una sistematización en metodologías y muestras. Finalmente, el único trastorno no relacionado con sustancias incluido en el DSM-5 fue el juego patológico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2015).

Sin embargo las llamadas adicciones sin sustancias o no químicas son una realidad cada vez más saliente en nuestra sociedad, no sin polémica respecto a su consideración como patología o como simple fenómeno comportamental derivado de las características de la cultura occidental en la que vivimos (Pedrero-Pérez *et al.*, 2019; Sánchez y Iruarrizaga, 2009). Dichas características (definidas en términos de estrés, inmediatez, necesidades creadas, competitividad, soledad, etc.) son descritas como rasgos distintivos de un *modus vivendi* que fomenta estados de malestar y que se consideran estar en la base de muchas de las adicciones comportamentales referidas hasta la fecha: comida, sexo (en sus numerosas variantes como masturbación compulsiva, las relaciones promiscuas breves, encuentros sexuales con personas desconocidas, frecuentación de prostíbulos, uso de pornografía, cibersexo, líneas eróticas, etc.), compras, Internet, trabajo, juego, teléfonos móvil, redes sociales, etc.

Widyanto y Griffiths (2007) consideran que cualquier comportamiento que cumpla estos seis criterios puede ser definido operacionalmente como adicción: saliencia, modificación del humor, tolerancia, síndrome de abstinencia, conflictos de tipo interpersonal o relacionado con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones) y riesgo de recaída. Cooper (1998) estableció tres factores fundamentales que propiciaban el desarrollo de conductas adictivas a través de Internet: el anonimato, la accesibilidad y la facilidad con la que se accede a los contenidos. Así, Internet tiene ciertas características específicas que pueden

potenciar la aparición de comportamientos de tipo abusivo, como las relativas al formato (gran cantidad de contenidos, sensación de anonimato y posibilidad de interacción), características de accesibilidad (disponible a cualquier hora y desde múltiples dispositivos), poder reforzante (inmediato y con gran aceptación social) y efectos producidos como la distorsión del tiempo (Espada, 2015). Debido a esas particularidades descritas, aparecen múltiples comportamientos problemáticos relacionados con el uso de Internet (Young, 1998; Young, Pistner, O'Mara y Buchanan, 2000): adicción cibersexual (uso compulsivo de sitios web para adultos para cibersexo y consumo de pornografía), adicción a las ciberrelaciones o redes sociales (implicación excesiva en relaciones sociales *online*), usuarios compulsivos de la red (relacionado con un uso excesivo de juegos de azar, apuestas *online*, compras o comercio *online*), adictos a la información (buscadores compulsivos de bases de datos) o la adicción a los ordenadores y obsesión a los juegos *online* (los llamados "jugadores abusivos de juegos de rol en línea" [*massively multi-player online role playing games*, MMORPGs]). También se han encontrado diferencias según el sexo, donde las mujeres son más propensas a desarrollar problemas con el uso de redes sociales o las compras *online*, mientras que los hombres lo hacen con el juego y apuestas *online*, videojuegos, cibersexo y consumo de pornografía (Young, 2007).

La adicción al sexo por Internet a su vez puede manifestarse de múltiples formas, entre las que destacan el uso de chat con fines sexuales (cibersexo), potenciado hoy en día con la aparición de aplicaciones móviles que facilitan el contacto para mantener relaciones sexuales en lugares públicos con personas desconocidas de forma rápida y sin implicaciones emocionales, conocido como *cruising* (cancaneo homosexual) entre personas homosexuales (Pla-Ernst *et al.*, 2015) o *dogging* (cancaneo heterosexual) en el caso de heterosexuales (Bell, 2006). Por otro lado, Internet como gran portal para la acumulación de datos y archivos digitales, se ha convertido en una inmensa compilación de contenidos pornográficos de fácil acceso y con una gran cantidad de temáticas y subgéneros. Es muy difícil determinar estadísticas reales y fiables respecto al flujo de contenidos pornográficos en Internet, número de consumidores, tiempo empleado en su visualización, etc., pero este dato puede dar una idea aproximada de las cifras que se manejan: una búsqueda sencilla en Google del término xxx, generalmente utilizado para denominar películas o contenidos para adultos, genera aproximadamente 1.690.000.000 de resultados (búsqueda realizada el 1/9/2018).

Respecto al desarrollo de pruebas de evaluación, han sido varios los intentos por generar instrumentos eficaces en la medición de los problemas relacionados con la adicción al sexo por Internet. El "test de cribado de sexo en Internet" (*Internet Sex Screening Test*, ISST; Delmonico (2003) mide la conducta sexual *online* a través de 25 ítems de verdadero/falso, describiendo cinco factores: compulsividad sexual *online*, conducta sexual social *online*, conducta sexual solitaria, gasto sexual *online* e interés en la conducta sexual *online*. Ha sido validado en población española (Ballester, Gil, Gómez y Gil, 2012) y mexicana (Pulido *et al.*, 2015), entre otras, obteniendo buenos índices de fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,88 y 0,85 respectivamente) y estabilidad temporal (0,82; $p < 0,001$). Presenta una buena validez convergente con pruebas que evalúan la adicción a

Internet, como el "Cuestionario de adicción a Internet" (Young, 2003) o el "Cuestionario de uso problemático de Internet" (Pulido, Escoto y Gutiérrez, 2011) y validez divergente con relación a variables como la satisfacción con la pareja, medido a través del "Índice de satisfacción en pareja" (*Couples Satisfaction Index*; Funk y Rogge, 2007). El "Test de cribado para la adicción al cibersexo" (*Cybersex Addiction Screening Test*, CAST; Weiss, 2003) consta de 14 ítems relacionados con el consumo de pornografía en Internet, chats o cibersexo, pero por ahora carece de estudios de fiabilidad publicados. Finalmente, Grubbs, Sessoms, Wheeler y Volk (2010) desarrollaron el "Inventario de consumo de ciberpornografía" (*Cyber Pornography Use Inventory*, CPUI), un instrumento que cuenta con la particularidad de pretender ser una prueba de evaluación de problemas relacionados con el consumo de pornografía válido en población religiosa, de forma que los resultados no se vean influenciados por las posibles cargas morales de los sujetos. Se encontraron tres factores con índices fiables (alfa de Cronbach de 0,80) que miden la existencia de patrones de comportamiento adictivos, culpa con respecto al uso de pornografía *online* y comportamiento sexual *online*. Sin embargo, el desarrollo de este tipo de instrumentos no está exento de problemas derivados de la falta de fiabilidad o por el uso de herramientas sin validar o validadas sólo en su versión original (Womack, Hook, Ramos, Davis y Penberthy, 2013).

Existen pocos estudios referidos a la eficacia de programas de tratamiento con evidencia empírica referidos a las adicciones sin sustancia y las principales guías internacionales sobre tratamiento psicológico en los trastornos mentales no incluyen programas específicos dirigidos a la adicción al sexo (*American Psychological Association*, 2000; *Australian Psychological Society*, 2018). Sin embargo, las revisiones no sistemáticas sobre adicciones sin sustancias coinciden en señalar la terapia cognitivo conductual como la más adecuada en este tipo de trastornos (Mora, Dolengevich y Quintero, 2015), sin incluir tratamientos farmacológicos específicos más allá de los indicados para los trastornos comórbidos (depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, etc.). La mayoría de los programas establecidos manejan conceptos y estrategias propias de los programas de tratamiento para adicciones con sustancia y juego patológico, como la entrevista motivacional, el control de estímulos, autorregistros o reestructuración cognitiva (Torres-Rodríguez y Carbonell, 2017), estando diseñados para intervenir sobre un subtipo concreto de adicción comportamental, como la adicción a Internet (Kuss y Pontes, 2019), videojuegos (Torres-Rodríguez y Carbonell, 2015) o las compras compulsivas (Gómez, Álvarez, Jiménez, Sans y Aymamí, 2005). Por tanto, la intervención en casos de adicción al sexo debe basarse en programas multicomponentes, incluyendo terapia cognitivo conductual, prevención de recaídas y/o tratamiento farmacológico (Hanson *et al.*, 2002), pudiendo ser abordado desde una perspectiva individual, grupal o de pareja. En estos programas es importante trabajar aspectos como el autocontrol, anticipación de situaciones de riesgo, prevención de recaídas y/o entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Parece claro que el estudio del tema genera mucho debate y literatura al respecto, compartiéndose la premisa de que el comportamiento sexual en red o el

consumo de pornografía por Internet no son patológicos por sí mismos (Griffiths, 2012), pero sí pueden derivar en situaciones de pérdida de control o consumo compulsivo que implique el deterioro en distintos ámbitos de la vida como el personal, social, familiar o laboral.

Así, sin establecer una posición clara respecto a la existencia o no de una categoría diagnóstica referida a la adicción al sexo por Internet, podemos considerar que este fenómeno fácilmente pueda generar situaciones relacionadas con comportamientos abusivos, falta de control, impulsividad, distorsiones de la realidad o alteraciones en el establecimiento de relaciones sociales, entre otras.

La población juvenil, llamados nativos digitales por haber crecido en plena efervescencia tecnológica, han asumido la existencia de Internet y las nuevas tecnologías como parte integral de sus vidas. Ya no se conciben las relaciones sociales sin el uso de teléfonos inteligentes (*smartphones*), aplicaciones móviles o redes sociales, por lo que el desarrollo de problemáticas sobre su uso, abuso y dependencia tendrán cada vez una mayor incidencia en la población.

Este trabajo explica el abordaje realizado sobre un caso de adicción a la pornografía por Internet desde un servicio universitario de psicología, describiendo el análisis funcional realizado y explicando el tipo de intervención realizada y la eficacia terapéutica tras la aplicación del tratamiento.

Método

Participante

M es un estudiante universitario de 19 años, de complexión atlética y buena presencia física. Sus padres se separaron hace siete años y desde entonces vive con su madre y su hermana mayor. Describe la relación con su madre como “fría y distante”, aunque no existen conflictos familiares importantes. Refiere llevarse mejor con su padre, con el cual mantiene una relación de mayor confianza, aunque sólo lo ve algunos fines de semana. En el momento de acudir a la primera cita no le ha dicho a nadie que asistiría a la consulta de un psicólogo.

Relata que consume pornografía a través de Internet desde los 12 años, pero ha sido durante el último año cuando ha empezado a hacerlo de forma excesiva. Tras tener una primera relación sexual no satisfactoria (en la que sufrió una pérdida de erección) empezó a sospechar que su obsesión por la pornografía podía ser la causa de este y otros problemas, por lo que decidió buscar una solución a su consumo abusivo. Describe la existencia de una web en donde ofrecen soluciones a la adicción a la pornografía por Internet, y que se ha asustado mucho al leer artículos donde aseguran que su “cerebro se ha transformado por el consumo de pornografía y la masturbación compulsiva”. Acude al psicólogo para que le confirmen esa información y ver si es posible revertir esa situación.

Instrumentos

La evaluación se llevó a cabo a través de una entrevista semiestructurada realizada en dos sesiones, en las que además se pasaron las siguientes pruebas:

- a) "Evaluación rutinaria de resultados clínicos" (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure*, CORE-OM; Evans, 1998). El CORE-OM es un instrumento de autoinforme diseñado para medir el cambio terapéutico producido tras un proceso de intervención psicológica. Consta de 34 ítems que evalúan el estado del sujeto en cuatro dimensiones, algunas de ellas divididas a su vez en distintas áreas. Las subescalas son Bienestar subjetivo (W); Problemas y síntomas (P) relacionados con ansiedad, depresión, problemas físicos y trauma; Funcionamiento (F) a nivel general y concerniente a relaciones cercanas y relaciones sociales; y Riesgo (R) de autolesiones y hacia otros, además de una escala general denominada Visibilidad (Visi). Los ítems se responden en una escala cualitativa de cinco alternativas (nunca, muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre o casi siempre), las cuales se puntúan en un rango de 0 a 4 puntos en función del tipo de ítem (algunos descritos en términos positivos y otros en términos negativos), y se refieren a la sintomatología experimentada durante los 7 días anteriores a la realización de la prueba. Las puntuaciones directas de CORE-OM pueden variar de 0 a 136 en la escala global, indicando mayor gravedad con puntuaciones más elevadas. Sus propiedades psicométricas han demostrado niveles aceptables de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,94) y sensibilidad en las medidas obtenidas tanto en la versión original (Evans *et al.*, 2002) como en la versión en español realizada por Feixas *et al.* (2012), y ha sido utilizado en contextos clínicos (Connell, Barkham y Mellor-Clark, 2007; 2008) y universitarios (Botella, 2008; Palmieri, 2009).
- b) "Inventario de ansiedad estado-rasgo" (*State-trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), adaptación española de Seisdedos (1988). Este autoinforme consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado con respuestas tipo Likert de cuatro puntos (0= "Nada" a 3= "Mucho"). Para su corrección se obtiene una puntuación de ansiedad estado y una puntuación de ansiedad rasgo, sumando cada uno de los ítems de cada subescala. La puntuación puede oscilar entre 0 y 60. Es uno de los instrumentos más utilizados en investigación para medir la ansiedad, por su simplicidad a la hora de su aplicación y corrección, así como por su fiabilidad y validez, obteniendo unos niveles de consistencia interna entre 0,90 y 0,93 en ansiedad rasgo y entre 0,84 y 0,87 en ansiedad estado (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2002). Estudios de validación de este instrumento en población universitaria han demostrado ser un instrumento sencillo, breve y eficaz para valorar la sintomatología ansiógena (Fonseca, Paino, Sierra, Lemos y Muñoz, 2012).
- c) "Cuestionario de 90 síntomas revisado" (*Symptom Checklist 90 Revised*, SCL-90-R; Derogatis, 1983), adaptación española de González de Rivera *et al.* (2002). Este cuestionario es empleado para la detección y medida de síntomas psicopatológicos, agrupados en nueve escalas: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica ideación paranoide y psicoticismo. Incluye además tres índices de malestar psicológico: índice global de severidad, índice de malestar sintomático positivo y total de síntomas positivos. Los niveles de consistencia

interna (alfa de Cronbach) de la adaptación española están entre 0,77 y 0,90. Este instrumento ha sido utilizado con adolescentes y en contextos universitarios valorándose su fácil aplicación y corrección, la posibilidad de tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad y sus buenas propiedades psicométricas.

- d) Autorregistro de conducta *ad hoc*. En este autorregistro el sujeto debe anotar el número de horas pasadas cada día delante del ordenador visionando contenidos pornográficos, especificando además el nivel subjetivo de deseo experimentado en una escala de 1 a 10 (1= "No deseo" y 10= "Deseo extremo"), así como el nivel de intensidad con el que percibió los sentimientos negativos al término de cada episodio de consumo.
- e) Diario de pensamientos automáticos. El sujeto debía ir registrando en un diario las ideas y pensamientos asociados al uso de pornografía a lo largo de la intervención, que permita detectar y analizar posibles distorsiones cognitivas asociadas a los episodios de consumo.

Procedimiento

Para este estudio de caso único se realizaron mediciones antes y después de una intervención cognitivo conductual individual, formada por 12 sesiones, de una hora de duración y con una periodicidad semanal. Se llevó a cabo una sesión de seguimiento al mes de la finalización del tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Respecto a la historia y evolución del caso, M refiere iniciarse en el mundo de la pornografía cuando tenía 12 años. Durante esa época sus padres se acababan de separar y pasaba muchas horas en su cuarto, a solas, delante del ordenador sin ningún tipo de control parental ya que, como dice, su madre "no estaba para ocuparse de mi hermana ni de mí".

Desde entonces su relación con la pornografía ha sido "prácticamente a diario", aunque ha sido en los últimos meses cuando se ha visto pasando "horas y horas" delante del ordenador buscando escenas de sexo de distinta índole de forma compulsiva. Un año antes de acudir a consulta tuvo su primera experiencia sexual con una chica, la cual no fue satisfactoria ya que perdió la erección y se puso muy nervioso. Desde entonces no ha vuelto a tener contacto con otras chicas, a pesar de desearlo. Refiere que sus amigos y compañeros de clase tienen muchas relaciones y él dice avergonzarse porque no está a la altura de sus iguales, cuestión que le causa mucha frustración y rabia.

Al preguntar por un día normal en su vida, dice ir a clase por las mañanas (cuando se levanta a tiempo) y entrenar en el gimnasio por las tardes de forma rutinaria. El resto del tiempo manifiesta estar en casa viendo la televisión o a solas en su cuarto y es ahí donde comienzan sus "sesiones interminables de sexo pornográfico". Relata que le basta ver una fotografía sugerente en Internet sin tener relación alguna con la pornografía para entrar en un estado de excitación. Otras veces dice que no puede dormir y le angustia estar "sin hacer nada", o simplemente es el aburrimiento lo que le hace pensar en el sexo y le predispone a

buscar contenidos pornográficos por Internet. El visionado de este tipo de contenidos siempre va acompañado de masturbación y en ocasiones dice parar bruscamente y desviar su atención en otras cosas para no llegar al orgasmo y poder así estar más tiempo delante del ordenador consumiendo pornografía en un estado de excitación sexual. También transmite que no lleva a cabo masturbación sin pornografía. Cuenta que ha llegado a estar hasta 4 o 5 horas delante del ordenador. En el momento en que eyacula termina la "sesión" y dice sentirse "frustrado, triste y con poca energía". Para poder evadirse de esa sensación desagradable se pone a realizar otro tipo de actividades, como tareas domésticas o trabajos académicos.

En los últimos meses se ha visto superado por esta situación y ha intentado ponerle solución de alguna forma. El acceso a información cuestionable en Internet acerca de la adicción a la pornografía le ha preocupado mucho, ya que se considera un enfermo y él sólo no es capaz de controlarlo. Además piensa que esta situación le está pasando factura en muchos aspectos de su vida como su relación con sus amigos, su preocupación constante de que no es atractivo para las chicas o su rendimiento académico, ya que "tras una noche consumiendo porno no está en condiciones de asistir o rendir en clase".

ANÁLISIS FUNCIONAL

Se establecen como antecedentes el aburrimiento, el estar sólo en la habitación, estímulos discriminativos como imágenes sugerentes o sensaciones de frustración al pensar en sus amigos manteniendo relaciones con chicas. La conducta problema se definió como sesiones de visionado de pornografía durante un tiempo prolongado y de forma recurrente, acompañado de pensamientos de malestar, angustia y sentimientos de culpa al término de las mismas. Se determinó que la respuesta sexual y la excitación reforzaban positivamente dicho comportamiento, que a su vez funcionaban como refuerzo negativo al eliminar los pensamientos de frustración al compararse con sus iguales y contemplarse como "menos hombre".

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

El sujeto presenta conductas sexuales de visionado de pornografía, recurrentes e intensas durante un periodo superior a seis meses. Dichas conductas se caracterizan por una cantidad de tiempo excesivo invertida en la planificación y realización de la conducta sexual; llevada a cabo de forma repetida en respuesta a estados de ánimo disfóricos (p. ej., ansiedad, aburrimiento, irritabilidad); intentos persistentes pero infructuosos para controlar o reducir significativamente la conducta sexual e implicación repetida ignorando el riesgo psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo. Además, la frecuencia e intensidad del visionado provocan malestar clínicamente significativo y deterioro social y académico del sujeto.

TRATAMIENTO

La intervención de M se estructuró en 13 sesiones (incluyendo seguimiento) de una hora de duración cada una de ellas, en las que se trabajó con los siguientes objetivos específicos:

- a) Dotar al sujeto de un conocimiento objetivo y adecuado acerca de la conducta sexual y de las posibles consecuencias negativas de un consumo inadecuado de pornografía, que le permita vivir y disfrutar de su sexualidad de una forma adaptativa y saludable.
- b) Dotar al sujeto de herramientas y habilidades para la anticipación y gestión eficaz de situaciones de riesgo para el consumo inadecuado de pornografía.
- c) Dotar al sujeto de herramientas y habilidades para afrontar situaciones sociales de forma adaptativa, incluyendo interacciones con personas que resulten atractivas sexualmente.

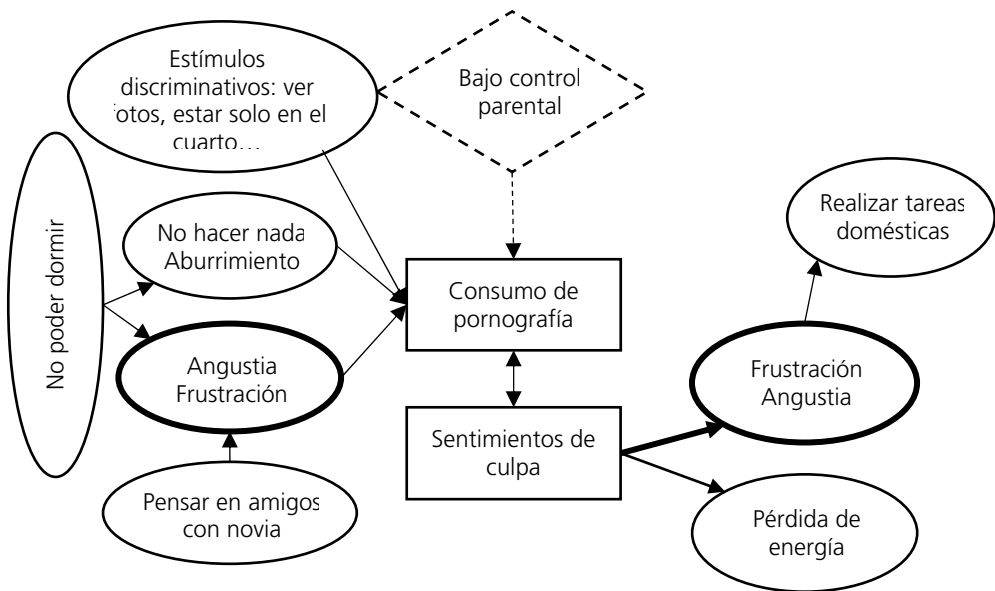
Todo el proceso de intervención puede resumirse en cinco etapas o fases asociadas con la consecución de los objetivos descritos anteriormente.

Fase 1. Evaluación, registros de conducta y psicoeducación (sesiones 1 a 3). A lo largo de las 2 primeras sesiones se llevó a cabo la evaluación y formulación del caso. Igualmente se le instruyó para que registrara las horas que pasaba delante del ordenador viendo pornografía, sin poner esfuerzos todavía en controlarlo, así como los niveles de malestar subjetivo experimentados. Para conseguir el primero de los objetivos, en la sesión 3 se esclarecieron algunos conceptos relacionados con las adicciones comportamentales, así como con la sexualidad y el mundo de la pornografía y los mitos asociados con la virilidad masculina a través de psicoeducación y la clarificación de valores y necesidades por parte de M.

Fase 2. Control estimular, manejo de pensamientos distorsionados y anticipación de consecuencias negativas (sesiones 4 a 8). Para afrontar la consecución del segundo objetivo, se trató de comprender los desencadenantes del deseo de consumir pornografía, con el fin de poder anticiparse a esas situaciones o estímulos y minimizar sus efectos en su conducta. De forma paralela se trabajó meticulosamente en la identificación y manejo de los pensamientos distorsionados con relación a la pornografía, la sexualidad, las relaciones personales y el desarrollo del sistema nervioso y el cerebro, ya que conformaban los principales miedos e ideas irracionales de M. Algunas de las distorsiones encontradas fueron: pensamiento polarizado de tipo dicotómico (hipersexualidad vs. castidad); visión de túnel (focalización en la respuesta sexual y sus efectos en el cuerpo), "deberías" (piensa que tendría ser una persona muy activa sexualmente, capaz de afrontar cualquier situación o que debería haber podido controlar su problema sin ayuda de nadie); locus de control externo (pensando que las "mutaciones" ocurridas en su cerebro por su adicción al porno son irreversibles y ya no puede hacer nada para revertir esa situación); tener razón (pensando que el consumo de pornografía es contraproducente para la salud y propio de "gente enferma"; esta distorsión fue muy resistente a su cuestionamiento debido a la gran cantidad de información a la que había accedido en Internet avalando esta teoría); visión catastrófica (en cuanto a su desempeño sexual en futuras relaciones); lectura del pensamiento (referidas a lo que puedan pensar las chicas sobre él) o culpabilidad (explicando su falta de habilidades para relacionarse con

chicas por su obsesión por la pornografía). La anticipación de las consecuencias negativas de su conducta quedó esclarecida al representar gráficamente el caso mediante un diagrama analítico funcional, ya que este tipo de recursos ayudan a comunicar y explicar de forma clara las relaciones causales más importantes que mantienen un problema conductual (Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes y Gavino, 2013). En él se explica cómo los sentimientos de frustración y angustia no desaparecen al realizar la conducta problema, sino que precisamente se mantienen y agravan debido fundamentalmente a su visión enfermiza y patológica del consumo de pornografía (figura 1).

Figura 1
Representación del análisis funcional del caso M



Fase 3. Autoestima y habilidades de comunicación (sesiones 9 y 10). Se trabajó la concepción de autoestima, entendida como el grado en que cada persona se valora de forma positiva y mantiene un sentimiento de afecto respecto a sí misma (Rueda, 2011), y cómo influye en el desarrollo de un sentimiento de bienestar. Se valoró cómo M se concebía a sí mismo con relación a su conducta sexual en comparación con los demás, haciendo hincapié en sus fortalezas y destrezas respecto a sus relaciones personales. A través de la representación de papeles (*role-playing*) se trabajaron algunas de las situaciones temidas, ofreciendo alternativas en el modo de comportarse y en la manera de afrontar posibles respuestas de rechazo. Lo anterior contribuyó a mejorar sus habilidades de comunicación, potenciando su capacidad para hablar con chicas de su entorno asumiendo el tercero de los objetivos propuestos.

Fase 4. Prevención de recaídas y anticipación de situaciones de riesgo (sesiones 11 y 12). En estas últimas sesiones se repasó el manejo de los pensamientos negativos asociados con el visionado de pornografía por Internet, aprendiendo a identificar y anticiparse a situaciones de riesgo. La prevención de recaídas se focalizó en el incremento de actividades placenteras, incompatibles con las situaciones propias que fomentaban el consumo de pornografía. Se hizo mucho hincapié en la necesidad de generar actividades de ocio que impliquen un contacto interpersonal y se desarrollen en contextos sociales y abiertos sin utilizar nuevas tecnologías, evitando así la permanencia en su habitación como estímulo desencadenante del consumo de pornografía.

Fase 5. Seguimiento (sesión 13). Un mes posterior a la finalización del tratamiento se contactó con M para llevar a cabo una sesión de seguimiento, constatándose la mejoría respecto a su comportamiento y emociones. El visionado de pornografía se había mantenido en niveles muy bajos, eliminando además el sentimiento de culpa y sintiéndose muy orgulloso de sí mismo. Como consecuencia de esta mejora de autoestima había sido capaz de entablar mayor amistad con una compañera de clase, con la que empezaba a establecer una relación de "algo más que amigos".

Análisis de datos

Al tratarse de un único caso se utilizó el método comparativo propuesto por Jacobson y Truax (1991), que conlleva una aproximación estadística a la significación clínica de los cambios producidos tras un proceso de psicoterapia, aunque también ha sido utilizado para la valoración de otro tipo de intervenciones, como la eficacia de programas formativos en materia de salud (Montero, Iraurgi, Matellanes y Montero, 2015). Esta técnica asume que un cambio clínicamente significativo supondría la vuelta a una población normal de un paciente que antes del tratamiento pertenecía a una población clínica. Dicho de otro modo, se constataría un cambio significativo cuando la puntuación posttest de un paciente en un instrumento ya no pertenece a la distribución de la población clínica (Sanz y García-Vera, 2015).

Para llevar a cabo este procedimiento se tienen en cuenta dos medidas o indicadores, necesarios para la estimación del tipo de cambio producido. En primer lugar es necesario contar con un criterio de significación clínica (CSC) o en su defecto el punto de corte (PC) que proponga el instrumento utilizado. Existen varios métodos para establecer el valor del CSC. En este caso se consideró el cálculo de la puntuación que se corresponde con el punto medio entre la media de la distribución de la población normal y la media de la distribución de la población clínica. Así $CSC = [(DT_{pn} - M_{pc}) + (DT_{pc} \times M_{pn})] \div (DT_{pn} + DT_{pc})$, donde M_{pn} y DT_{pn} corresponden a la media y desviación típica de la población normal; M_{pc} y DT_{pc} y corresponden con la media y desviación típica de la población clínica.

La segunda medida implica el establecimiento de un índice de cambio fiable (*reliable change index*; RCI), de manera que un RCI mayor que 1,96 (en el caso de que la mejora clínica implique un aumento en las puntuaciones) o menor que -1,96 (en el caso de que la mejora clínica implique un descenso en las

puntuaciones), sería muy poco probable que sucediera sin que ocurriera un cambio real en la sintomatología del sujeto ($p < 0,05$) (Montero, Iraurgi, Matellanes y Montero, 2015). Se deben tener en cuenta las puntuaciones pretest y postest, de forma que $RCI = [(postest - pretest) \div S_{dif}]$, donde S_{dif} es el error estándar de la diferencia de las medidas, siendo $S_{dif} = DT_{pc} \times \sqrt{(1 - R_{pc}) \times \sqrt{2}}$, en donde R_{pc} hace referencia a la fiabilidad del instrumento en la población clínica. Así, se determina un cambio clínicamente significativo si se cumple que $pos - pre \geq 1,96 \times S_{dif}$ o $pos - pre \leq -1,96 \times S_{dif}$.

Con este procedimiento podemos clasificar a un paciente en función de sus puntuaciones en el RCI y el CSC, pudiendo situarlo en un continuo que describa el estado en el que se encuentra, desde un estado de recuperación total hasta un retroceso o empeoramiento de su situación (tabla 1).

Tabla 1
Cambios en el estado del paciente en función del objetivo terapéutico

Aumento de puntuación postest vs. pretest	Descenso de puntuación postest vs. pretest	Estado del paciente
$RCI \geq 1,96$ y postest $>$ CSC	$RCI \leq -1,96$ y postest $<$ CSC	Recuperado
$RCI \geq 1,96$ y postest \leq CSC	$RCI \leq -1,96$ y postest \geq CSC	Mejorado
$RCI < 1,96$ y postest $>$ CSC	$RCI > -1,96$ y postest $<$ CSC	Recuperación no significativa
$RCI < 1,96$ y postest \leq CSC	$RCI > -1,96$ y postest \geq CSC	Sin cambios
$RCI < -1,96$	$RCI > 1,96$	Empeorado

Nota: RCI= índice de cambio fiable; CSC= criterio de significación clínica.

Para el cálculo de los valores CSC en el CORE-OM se han utilizado los datos psicométricos de la versión española de Trujillo *et al.* (2016) y en el SCL-90-R las ofrecidas por el propio manual de la prueba en su adaptación española. Al no contar con datos de muestras clínicas en el STAI, no se ha podido calcular el nivel de significación de los cambios producidos en esta prueba.

Para la determinación de estos valores y la realización de las gráficas se ha utilizado una aplicación para Excel elaborada por Morley y Dowzer (2014), que permite establecer el RCI y CSC de cualquier instrumento del que se dispongan los datos suficientes y necesarios. Esta aplicación está disponible en: http://medhealth.leeds.ac.uk/info/618/clinical_psychology_dclinpsychol/797/leeds_reliable_change_index.

Resultados

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados se observa una disminución en todas las escalas clínicas evaluadas (tabla 2) una vez finalizada la intervención.

La clave en el método comparativo utilizado para conocer el impacto de la intervención reside en la confirmación de que los cambios producidos no se deben

a un error en la medida utilizada, sino que se deben a un cambio real y fiable en estado de salud mental del sujeto evaluado. Se observa una recuperación en las variables Bienestar, Problemas, Funcionamiento y Visibilidad en el cuestionario CORE-OM, así como en Obsesión compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión y Psicoticismo del SCL-90-R (tabla 3). Las escalas Riesgo del CORE-OM y Somatización, Ansiedad, Ansiedad fóbica y el Índice general de gravedad registraron una recuperación no significativa, ya que puntuaron por debajo de CSC en el postest, pero sin superar el IRC. En las escalas Hostilidad e Ideación paranoide no se detectan cambios de ningún tipo, destacando la ausencia de empeoramientos en ninguna de las variables.

Tabla 2
Puntuaciones pretest y postest

Instrumento	Escala	Pretest			Postest		
		PD	<i>p</i> Sig.	Centil	PD	<i>p</i> Sig.	Centil
CORE-OM	W	12	3,00	-	3	0,75	-
	P	29	2,42	-	3	0,25	-
	F	24	2,00	-	8	0,67	-
	R	4	0,67	-	1	0,17	-
	Visi-R	65	2,03	-	15	0,54	-
	Visi	69	2,03	-	16	0,47	-
STAI	Estado	34	1,7	89	14	0,7	25
	Rasgo	29	1,45	85	25	1,25	75
SCL-90-R	SOM	5	0,42	65	4	0,33	60
	OBS	19	1,90	97	7	0,70	65
	INT	18	2,00	99	4	0,44	55
	DEP	28	2,15	99	10	0,77	70
	ANS	11	1,10	95	6	0,60	75
	HOS	7	1,17	90	5	0,83	80
	FOB	10	1,43	99	3	0,43	80
	PAR	7	1,17	90	5	0,83	80
	PSI	16	1,60	99	4	0,40	80
GSI	132	1,47	99	56	0,62	80	

Nota: CORE-OM= Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure; STAI= State-trait Anxiety Inventory; SCL-90-R= Symptom Checklist 90 Revised; PD= puntuación directa; W= Bienestar; P= Problemas; F= Funcionamiento; R= Riesgo; Visi= Visibilidad; SOM= Somatización; OBS= Obsesión compulsión; INT= Sensibilidad interpersonal; DEP= Depresión; ANS= Ansiedad; HOS= Hostilidad; FOB= Ansiedad fóbica; PAR= Ideación paranoide; PSI= Psicoticismo; GSI= Índice global de gravedad.

La figura 2 representa la posición de la estimación del cambio en la variable CORE-Visi, a través del límite de confianza del RCI ($S_{diff} \times 1,96$) representada en la figura por el espacio situado entre las dos líneas rojas ($0,50 \times 1,96 = 0,98$). Al ubicarse en un plano inferior en dicho espacio, el cambio ha de considerarse estadísticamente significativo, puesto que se busca un descenso en las puntuaciones postest respecto a las pretest. Como además, la puntuación postest es menor que el CSC calculado ($0,47 < 1,11$) podemos concluir que el cambio producido implica una recuperación.

Tabla 3

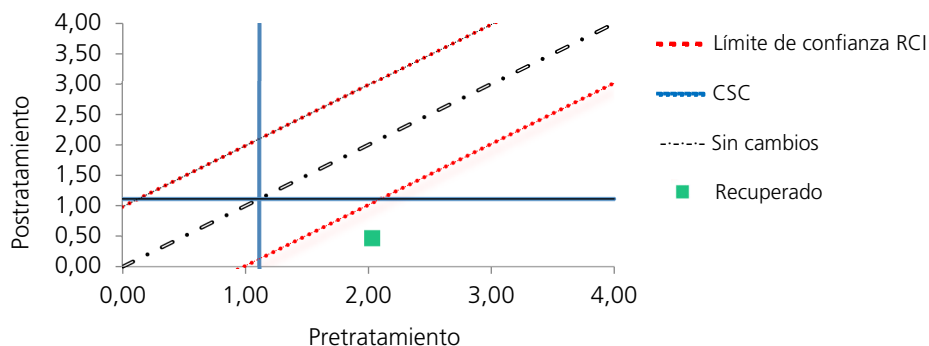
Valoración de la eficacia de la intervención según los cambios producidos

Instrumento	Población normal		Población clínica		α	S_{dif}	RCI	Postest/CSC	Estado
	M	DT	M	DT					
CORE-OM									
W	1,18	0,76	2,41	0,95	0,81	0,58	-3,88*	0,75 < 1,73	Recuperado
P	0,99	0,62	1,98	0,87	0,90	0,39	-5,56*	0,25 < 1,40	Recuperado
F	0,74	0,52	1,56	0,75	0,85	0,41	-3,24*	0,67 < 1,08	Recuperado
R	0,11	0,27	0,48	0,66	0,77	0,44	-1,13	0,17 < 0,22	R. no sig.
Visi-R	0,91	0,55	1,86	0,78	0,94	0,27	-5,51*	0,54 < 1,30	Recuperado
Visi	0,77	0,48	1,62	0,71	0,94	0,5	-3,12*	0,47 < 1,11	Recuperado
SCL-90-R									
SOM	0,55	0,55	1,67	1,03	0,87	0,52	-0,17	0,33 < 0,94	R. no sig.
OBS	0,60	0,51	1,42	0,99	0,88	0,48	-2,50*	0,70 < 0,88	Recuperado
INT	0,45	0,44	1,89	0,99	0,86	0,52	-3,00*	0,44 < 0,89	Recuperado
DEP	0,72	0,55	1,61	1,03	0,89	0,50	-2,76*	0,77 < 1,02	Recuperado
ANS	0,52	0,49	1,64	0,97	0,90	0,48	-1,04	0,60 < 0,90	R. no Sig.
HOS	0,45	0,53	1,18	1,04	0,86	0,55	-0,62	0,83 > 0,70	Sin cambio
FOB	0,25	0,36	1,04	1,05	0,86	0,55	-1,81	0,43 < 0,45	R. no sig.
PAR	0,47	0,50	1,33	1,03	0,81	0,63	-0,53	0,83 > 0,75	Sin cambio
PSI	0,21	0,30	1,03	0,91	0,87	0,46	-2,60*	0,40 < 0,41	Recuperado
GSI	0,51	0,36	1,49	0,84	0,86	0,44	-1,93	0,62 < 0,80	R. no sig

Notas: RCI= índice de cambio fiable; CSC= criterio de significación clínica; R. no sig.= recuperación no significativa; *RCI < -1,96; α = alfa de Cronbach ($p < 0,05$) en población clínica; S_{dif} = error estándar de la diferencia.

Figura 2

Cambio terapéutico de M con relación a la escala Visi del CORE-OM

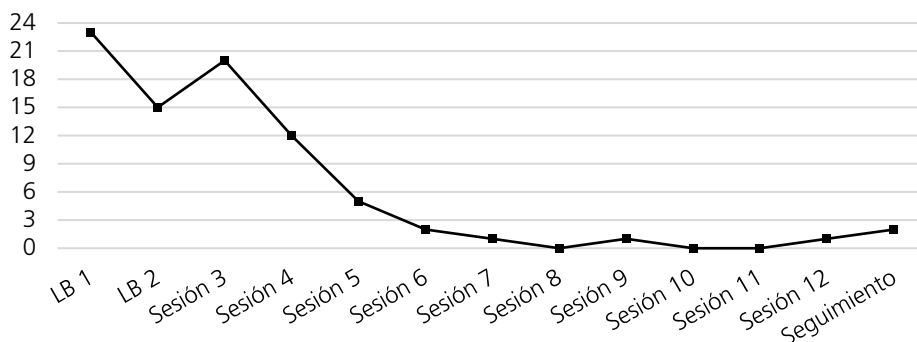


Notas: RCI= índice de cambio fiable; CSC= criterio de significación clínica.

El registro de horas de consumo de pornografía (figura 3) también mostró un descenso considerable en su frecuencia, así como los niveles de malestar producidos tras el visionado de pornografía en Internet.

Figura 3

Evolución del número de horas semanales dedicadas al visionado de pornografía



Respecto al diario de pensamientos es interesante contrastar el tipo de auto verbalizaciones registradas. Al comienzo de la intervención aparecían frases del tipo "La pornografía no tiene nada de bueno", "Mi cerebro ha sido transformado por la pornografía", "No puedo hablar con chicas" o "El sexo es lo más importante en una relación de pareja". Un extracto del diario de M en las últimas semanas de tratamiento decía: "Ahora ya no me afecta tanto el sexo. Considero que es importante para una persona, pero también existen otras cosas que valen la pena. La pornografía me sigue excitando, lo reconozco, pero ahora entiendo que es normal en una persona joven como yo. Si veo pornografía o me excito y tengo el deseo de masturbarme puedo hacerlo sin sentirme culpable, ya que es algo normal".

Al indagar acerca de su rendimiento académico en la sesión de seguimiento, M refirió haber recuperado su funcionamiento original en el trabajo, asistiendo a clase y llevando todas las asignaturas al día. Mostró una actitud más participativa y se había inscrito en algunos talleres y seminarios para mejorar sus competencias académicas, como organización y gestión del tiempo, trabajo en equipo y habilidades de comunicación oral para la defensa de trabajos en clase.

Discusión

En general, se ha de destacar la eficacia del programa de intervención propuesto, alcanzando los propósitos terapéuticos y consiguiendo una mejoría objetiva (en términos de descenso en las puntuaciones de los instrumentos utilizados) y subjetiva, descrita en función de las verbalizaciones y afirmaciones realizadas por el paciente.

Se ha mejorado en aquellos síntomas que en mayor medida se identifican como propios de los trastornos comórbidos a las adicciones sin sustancias como la depresión (estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía), la

ansiedad (nerviosismo, tensión, miedo), las obsesiones (pensamientos, acciones e impulsos que experimentados como imposibles de evitar) o la sensibilidad interpersonal (caracterizada por la presencia de sentimientos de inferioridad). Por otro lado, variables como la hostilidad (pensamientos y acciones característicos de estados negativos como enfado) o la ideación paranoide (susplicia o temor a la pérdida de independencia) a pesar de haber reducido su intensidad como síntomas, no han manifestado ningún tipo variación significativa tras la intervención. Sería muy interesante abordar de qué manera afectan este tipo de sintomatología en la experimentación de malestar por parte de las personas que sufren de este problema. El bienestar subjetivo percibido por el paciente sí ha mostrado una recuperación significativa, que junto con otras variables como la terminación del tratamiento y la retención son componentes de un programa de intervención que mejoran los resultados del tratamiento (Sánchez Hervás, 2006).

El objetivo terapéutico en el abordaje de los trastornos por dependencia a sustancia debe ser la abstinencia o consumo cero, pero esto no siempre es posible en las adicciones comportamentales. Sí es el caso, por ejemplo, en la adicción al juego o las apuestas *online*, pero sería poco realista proponer a una persona joven que se abstuviera por completo de utilizar el teléfono móvil o el uso de Internet en el caso de las adicciones tecnológicas. Ciertos fenómenos asociados a estas adicciones, como el desarrollo compulsivo de patrones comportamentales desadaptativos, están muy relacionados con los síntomas de los trastornos del control de los impulsos, en donde se pierde la regulación sobre la propia conducta y predomina un estado de excitación y nerviosismo. El objetivo terapéutico en estos casos se debe enfocar en el reaprendizaje del control de la conducta asociado a una desactivación fisiológica, consiguiendo así un uso racional y más saludable de la misma.

Otra diferencia de las adicciones comportamentales respecto a las adicciones a sustancias viene dado por los efectos producidos en el organismo. El gran auge de las neurociencias y estudio del cerebro en las últimas décadas ha dado lugar al surgimiento de modelos explicativos de fenómenos como la dependencia, la tolerancia o el efecto reforzante de las sustancias en el llamado circuito del placer, que han ayudado enormemente en la comprensión de los mecanismos neuroquímicos que explican la adquisición de las adicciones. Pero una visión exclusivamente biologicista del fenómeno de las adicciones puede llevar a concepciones erróneas sobre las consecuencias de las mismas, máxime al tratarse de adicciones comportamentales, con una gran influencia de aspectos sociales y culturales en su desarrollo.

La terapia cognitivo conductual se presenta como una intervención eficaz en el tratamiento de los trastornos y problemas vinculados a las adicciones comportamentales. Estos comparten muchos aspectos relacionados con el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad y/o estado de ánimo (Kaplan y Krueger, 2010), y la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales en este tipo de patologías está altamente fundamentada (Pérez y Fernández, 2001).

A pesar de no ser un trastorno reconocido hasta ahora por los manuales diagnósticos más utilizados (DSM y CIE), el trastorno por hipersexualidad (y otras

adicciones comportamentales) debe considerarse como un fenómeno que existe, que genera malestar y problemas psicológicos en las personas que lo sufren y que por tanto debe ser analizada con estudios científicos e investigaciones que mejoren su descripción, epidemiología, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención (Turner *et al.*, 2014). Por otro lado, los estudios sobre personalidad en los problemas sexuales ha desvelado la presencia de comorbilidad con otras patologías del eje II (Ferrer, Farré y Farré, 2016), por lo que su comprensión también es necesaria para la formulación de tratamientos eficaces. Con relación a esto, se ha constatado como los jóvenes con patrón de conducta tipo A tienen una mayor probabilidad de desarrollar conductas adictivas (Internet, juegos, compras, teléfono móvil) que aquellos que manifiestan un patrón de personalidad tipo B (Belmonte, Ruiz-Olivares y Herruzo, 2016).

Los servicios de psicología universitarios deben estar preparados para abordar esta problemática, junto a los trastornos propios generados desde el contexto académico, como la ansiedad a los exámenes, la fobia escolar, el choque cultural en el caso de los estudiantes internacionales o conductas problemáticas como la procrastinación. La existencia de este tipo de servicios viene consolidándose en la Universidad de forma cada vez más clara (Saúl, López-González y Bermejo, 2009), por lo que contar con protocolos eficaces basados en la evidencia científica puede ayudar en esta tarea, mejorando la atención integral de los estudiantes universitarios y proporcionando estrategias que reduzcan los costes y recursos necesarios para su abordaje.

Referencias

- American Psychological Association (2000). *A guide to beneficial psychotherapy. Empirically supported treatments*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2015). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Panamericana. (Orig. 2013).
- Australian Psychological Society (2018). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders. A review of the literature*. Victoria: Australian Psychological Association.
- Ballester, R., Gil, D., Gómez, S. y Gil, B. (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema*, 22, 1048-1053.
- Bell, D. (2006). Bodies, technologies, spaces: on dogging. *Sexualities*, 9, 387-407.
- Belmonte, G., Ruiz-Olivares, R. y Herruzo, J. (2016). Patrón de conducta tipo A y B y su relación con las adicciones conductuales. *Acción Psicológica*, 13, 119-128.
- Botella, L. (2008). Resultado y proceso en psicoterapia cognitivo-constructivista integradora. *Apuntes de Psicología*, 26, 229-241.
- Chiclana, C., Contreras, M., Carriles, S. y Rama, D. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido? *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 115, 19-26.
- Connell, J., Barkham, M. y Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university-counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35, 41-57.
- Connell, J., Barkham, M. y Mellor-Clark, J. (2008). The effectiveness of UK student counselling services: an analysis using the CORE System. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36, 1-18.

- Cooper, A. L. (1998). Sexuality and the Internet: surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 187-193.
- Delmonico, D. y Miller, J. (2003). The Internet Sex Screening Test: a comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 261-276.
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24, 281-286.
- Espada, J. P. (2015). *Conductas adictivas en adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, K. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE--OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García, E. y López, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 89, 109-135.
- Ferrer, V., Farré, J. M. y Farré, B. (2016). Psicopatología y personalidad en la adicción al sexo. Estudio piloto. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 117, 47-60.
- Fonseca, E., Paino, M., Sierra, S., Lemos, S. y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 547-561.
- Funk, J. L. y Rogge, R. E. (2007). Testing the ruler with item response theory: increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the couple's satisfaction index. *Journal of Family Psychology*, 21, 572-583.
- George, M., Maheshwari, S., Chandran, S., Rao, S. S., Manoar, J. S. y Sathyanarayana Rao, T. S. (2018). Psychosocial intervention for sexual addiction. *Indian Journal of Psychiatry*, 60, 510-513.
- Gómez, M., Álvarez, E. M., Jiménez, S., Sans, B. y Aymamí, M. N. (2005). Tratamiento cognitivo-conductual de la compra compulsiva: un caso clínico. *Análisis y modificación de conducta*, 31, 25-56.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas. Manual de la adaptación española*. Madrid: Pearson.
- Griffiths, M. D. (2012). Internet sex addiction: a review of empirical research. *Addiction Research and Theory*, 20, 111-124.
- Grubbs, J. B., Sessoms, J., Wheeler D. M. y Volk, F. (2010). The Cyber-Pornography Use Inventory: the development of a new assessment instrument. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 106-126.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L. y Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- Kaplan, M. S. y Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47, 181-198.
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clinica y Salud*, 24, 117-127.
- Kuss, D. J. y Pontes, H. M. (2019). *Internet Addiction*. Boston, MA: Hogrefe.

- Montero, M., Iraurgi, J., Matellanes, B. y Montero, J. M. (2015). Uso del índice de cambio fiable en la evaluación de la efectividad de intervenciones clínicas: aplicación en un programa formativo en asma. *Atención Primaria*, 47, 644-652.
- Mora Mínguez, F., Dolengevich Segal, H. y Quintero, J. (2015). Protocolo de tratamiento de las adicciones sin sustancia psicoactiva. *Medicine*, 11, 5157-5160.
- Morley, S. y Dowzer, C. N. (2014). *Manual for the Leeds reliable change indicator: simple Excel(tm) applications for the analysis of individual patient and group data*. University of Leeds, Leeds, UK. Disponible en: <http://medhealth.leeds.ac.uk/info/2692/research/1826/research/2>
- Rueda, B. (2011). La identidad personal. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García, J. A. Ruiz, P. Sanjuan y B. Rueda (dirs.), *Psicología de la personalidad* (pp. 555-557). Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia.
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaleoni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F. y Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 444-9.
- Pedrero-Pérez, E. J., Mora-Rodríguez, C., Rodríguez-Gómez, R., Benítez-Robredo, M. T., Franco, A. O., González-Robledo, L., y Méndez-Gago, S. (2019). Síntomas prefrontales asociados al uso problemático de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27, 257-273.
- Pérez, M. y Fernández, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Pla-Ernst, E., Belda-Ibáñez, J., Juan-Corróns, A., Fernández-García, E., Doménech-Alonso, E., Galán-Rubio, E., Lloria-Paes, F., Zafra-Espinosa, T., Tasa-Zapater, T., Santos-Rubio, C. y Alastrue-Loscos, I. (2015). Cruising y e-citas: un nuevo contexto para los encuentros sexuales entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Cuadernos de Saúde Pública*, 31, 2303-2312.
- Pulido, M., Escoto, R. y Gutiérrez D. M. (2011). Validez y confiabilidad del Cuestionario de uso problemático de Internet. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 3, 25-34.
- Pulido, M. A., Arellano, Y., Gordillo. A., Heredia, M., Rodríguez, C., Ruiz, A.C., Serrano, A. B. y Vázquez, D. (2015). Validez y confiabilidad de un instrumento para medir adicción al cibersexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20, 107-118.
- Rodríguez Torres, A. y Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: tratamiento mediante el programa PIPATIC. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33, 67-75
- Rodríguez Torres, A. y Carbonell, X. (2017). Actualización y propuesta de Tratamiento de la Adicción a los Videojuegos en línea: el programa PIPATIC. *Revista De Psicoterapia*, 28, 317-336.
- Sánchez, S. y Iruarrizaga, I. (2009). New dimensions, new addictions: the Internet sex addiction. *Psychosocial Intervention*, 18, 255-268.
- Sánchez Hervás, E. (2006). La investigación en el tratamiento psicológico de las adicciones: en busca de la utilidad clínica. *Adicciones*, 18, 259-264.
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, 26, 167-180.
- Saúl, L. A., López-González, M. A. y Bermejo, B. G. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción Psicológica*, 6, 17-40.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2002). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado rasgo* (6ª ed.). Madrid: TEA.

- Turner, D., Schöttle, D., Bradford, J. y Briken, P. (2014). Assessment methods and management of hypersexuality and paraphilic disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 413-22.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., Garcia-Grau, E., Salla, M., Medina, J.C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Canete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F. y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466.
- Weiss, R. (2003). *Cybersex addiction screening test*. Disponible en: http://www.drlink.com/Cybersex_Addiction_Screening_Test.pdf. (Recuperado el 25 de abril de 2018).
- Widyanto, L. y Griffiths, M. D. (2007). Internet addiction: does it really exist? (Revisited). En J. Gackenbach (dir.), *Psychology and the Internet: intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications* (2ª ed.) (pp. 141-163). Nueva York, NY: Academic Press.
- Womack, S. D., Hook, J. N., Ramos, M., Davis, D. E. y Penberthy, J. K. (2013). Measuring hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 65-78.
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1, 237-244.
- Young, K. S. (2007). Cognitive-behavioral therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & Behavior*, 10, 671-679.
- Young, K., Pistner, M., O'Mara, J. y Buchanan, J. (2000). Cyber-disorders: the mental health concern for the new millennium. *Cyberpsychology & Behavior*, 3, 475-479.

RECIBIDO: 2 de abril de 2019

ACEPTADO: 2 de septiembre de 2019