

UNIVERSIDAD CATOLICA DE VALENCIA

"San Vicente Mártir"

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA

GENERAL SANITARIA

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

**Revisión sistemática sobre intervenciones eficaces en el
uso problemático de la pornografía**

Presentado por:

Carla Mora Roda

Tutor/a:

D^a Isabel Senabre Arolas

y D^o Samuel Asensio Alcaide

Valencia, a 8 de junio de 2022

Carla Mora Roda

Revisión sistemática sobre
intervenciones eficaces en el
uso problemático de la
pornografía

Dedicatoria:

Esta revisión sistemática está dedicada:

A mi abuela Fanny Cebrián, que desde el cielo me mira orgullosa, demostrándole que todo su esfuerzo no ha sido en balde. Gracias por tu ejemplo.

A mi hermano Óscar, por regresar a mi vida devolviéndome la alegría y la fuerza que necesitaba.

A mis padres, por su amor, apoyo incondicional y paciencia, siendo un pilar fundamental en mi vida.

A mi pareja Dani, por ser mi compañero, motivándome ante los baches encontrados y dándome soporte en los momentos difíciles.

A mis amistades, Lorena, Celia y Laura por animarme y ayudarme en todo el proyecto.

Para finalizar, quisiera agradecer a los profesores de los que he tenido el placer de disfrutar a lo largo del Máster, y a mis tutores por proporcionarme su sabiduría y profesionalidad.

Carla Mora Roda

Psicóloga

Índice

Resumen.....	7
Introducción.....	8
Evolución Histórica del Concepto de Comportamiento Sexual Problemático.....	8
Uso Problemático de la Pornografía.....	13
<i>Conceptualización y Criterios Diagnósticos.....</i>	<i>13</i>
<i>Epidemiología.....</i>	<i>15</i>
<i>Perfil de los Usuarios.....</i>	<i>16</i>
<i>Factores de Riesgo.....</i>	<i>17</i>
<i>Consecuencias del Uso Disfuncional de la Pornografía.....</i>	<i>19</i>
Tratamiento para las Conductas Hipersexuales y Pornografía Problemática	20
Justificación.....	21
Objetivos.....	22
<i>Objetivo General.....</i>	<i>22</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>22</i>
Método.....	23
Metodología.....	23
Estrategia de Búsqueda.....	23
Criterios de Selección de los Estudios.....	25
Selección de los Estudios.....	26
Análisis y Síntesis de Datos.....	26
Resultados.....	27
Características de los Estudios Incluidos.....	28
Características de los Enfoques Terapéuticos.....	32
<i>Intervención Psicológica Multimodal.....</i>	<i>42</i>
<i>Intervención Psicológica Cognitivo-Conductual.....</i>	<i>45</i>
<i>Intervención Médica.....</i>	<i>46</i>
<i>Intervención Psicológica de Aceptación y Compromiso.....</i>	<i>47</i>
<i>Intervención Psicológica de Doce Pasos.....</i>	<i>49</i>
Discusión.....	51
Hallazgos de la Revisión Sistemática.....	51
Puntos Fuertes y Limitaciones del Estudio.....	54
Conclusiones.....	56
Referencias.....	57
Apéndices.....	60
Apéndice 1.....	60
Apéndice 2.....	61
Apéndice 3.....	62

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1: Criterios Diagnósticos para el Uso Problemático de la Pornografía.....	14
Tabla 2: Trastornos Comórbidos	16
Tabla 3: Consecuencias Equiparables a la Adicción a Sustancias Psicoactivas.....	20
Tabla 4: Criterio de Selección de los Estudios Según los Indicadores PICOS.....	25
Tabla 5: Terminología, Conceptualización, Criterios Diagnósticos y Metodología	30
Tabla 6: Datos Sociodemográficos de las Muestras.....	31
Tabla 7: Intervención Psicológica Multimodal.....	33
Tabla 8: Intervención Psicológica Cognitivo-Conductual.....	36
Tabla 9: Intervención Farmacológica.....	38
Tabla 10: Intervención Psicológica Basada en la Aceptación y Compromiso.....	41
Tabla 11: Intervención Psicológica del Programa Doce Pasos.....	41
Figura 1: Resumen de la Evolución Histórica de la Terminología.....	11
Figura 2: Diagrama de flujo PRISMA.....	27

Índice de Abreviaturas y Siglas

AA	Antiandrógenos
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
APA	Asociación Americana de Psicología
CI	Cociente Intelectual
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CPA	Acetato de Ciproterona
CSB	Conductas Sexuales Problemáticas
CSBD	Trastorno de la Conducta Sexual Compulsiva
CSC	Conducta Sexual Compulsiva
DSM	<i>“Diagnostic and Statistical Manual”</i>
GE	Grupo Experimental
GC	Grupo Control
HD	Trastorno Hipersexual
<i>Inter.</i>	Intervención
ISRS	Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina
m	Mes
NS	No especificado
ONG	Organización No Gubernamental
<i>Post.</i>	Post- tratamiento
PPU	Uso Problemático de la Pornografía
<i>Pre.</i>	Pre- tratamiento
SA	Adicción Sexual
SA-SUD	Adicción Sexual y Adicción a Sustancias Químicas
<i>Seg.</i>	Seguimiento
TCC	Terapia Cognitiva-Conductual

Resumen

Introducción: Actualmente no se dispone de investigaciones empíricas con metodologías rigurosas que analicen las diferentes intervenciones para las conductas sexuales compulsivas y el uso problemático de la pornografía. La presente revisión sistemática analiza y describe la eficacia de los tratamientos implementados para disminuir la conducta hipersexual.

Método: En las bases de datos Web of Science, PsycINFO y PubMed se rescataron ensayos no controlados, ensayos clínicos aleatorizados y diseños de caso único, desde el año 1995 hasta 2021, los cuales informan sobre la eficacia interventiva, utilizando el modelo de síntesis narrativa para sintetizar y analizar la información.

Resultados: Veinte estudios cumplieron los criterios de inclusión. Se observaron cinco tipologías de intervención: terapia psicológica multimodal, cognitivo conductual, de aceptación y compromiso, de doce pasos y tratamiento médico, donde la más utilizada fue con bajo enfoque multimodal. Todas las terapias fueron efectivas ante la reducción de las conductas sexualmente problemáticas.

Conclusiones: Todas las intervenciones de la presente revisión sistemática demuestran ser eficaces a la hora de reducir las conductas sexuales disfuncionales, sin embargo, no es posible comparar la mayoría de estos estudios por la heterogeneidad de sus elementos (conceptualización, criterios terminológicos, metodología, muestra y enfoques teóricos terapéuticos). En consecuencia, no se pueden inferir evidencias sólidas generalizables, por lo tanto, este presente trabajo analiza y, paralelamente describe, dichas intervenciones implementadas.

Palabras clave: pornografía, hipersexualidad, trastorno, intervención, revisión sistemática

Abstract

Introduction: Currently there is no empirical research with rigorous methodologies that analyzes the different interventions for compulsive sexual behaviors and the problematic use of pornography. This systematic review analyzes and describes the efficacy of the treatments implemented to reduce hypersexual behavior.

Method: In the Web of Science, PsycINFO and PubMed databases, uncontrolled trials, randomized clinical trials and single case designs were retrieved from 1995 to 2021, which report on interventional efficacy, using the narrative synthesis model. to synthesize and analyze information.

Results: Twenty studies accomplish the inclusion criteria. Five types of intervention were observed: multimodal psychological therapy, cognitive behavioral, acceptance and commitment, twelve steps and medical treatment, where the most used was with a low multimodal approach. All therapies were effective in reducing sexually problematic behaviors.

Conclusions: All the interventions in this systematic review prove to be effective in reducing dysfunctional sexual behaviors, however, it is not possible to compare most of these studies due to the heterogeneity of their elements (conceptualization, terminological criteria, methodology, sample and theoretical therapeutic approaches). Consequently, solid generalizable evidence cannot be inferred, therefore, this present work analyzes and, at the same time, describes these implemented interventions.

Keywords: pornography, hypersexuality, disorder, intervention, systematic review

Introducción

Evolución Histórica del Concepto de Comportamiento Sexual Problemático

Actualmente, en la literatura científica no existe un consenso real con respecto a los criterios diagnósticos y conceptualización de los comportamientos problemáticos y estos límites se encuentran más difusos al intentar focalizarlos hacia algunas de sus principales manifestaciones conductuales, como el uso excesivo de la pornografía, tema principal de nuestro trabajo. Para poder entender el confuso panorama actual y la variedad de terminología utilizada en los estudios revisados, es importante hacer un viaje retrospectivo sobre dicho concepto en la literatura académica.

A inicios del siglo XIX los profesionales médicos comenzaron a describir comportamientos sexuales fuera de control, “aunque anterior a dicha atención médica ya se podían encontrar relatos históricos acerca de personas con apetito sexual excesivo o voraz” (Rush, 1812). No fue hasta la segunda mitad del siglo XX cuando estas ideas comenzaron a recibir atención académica, apareciendo alguno de los primeros trabajos sobre comportamientos sexuales fuera de control, clasificando dichos fenómenos como "hipersexualidad".

Aunque la literatura temprana y los reportes de casos que describían la hipersexualidad, a menudo carecían de rigor, esencia o claridad (Orford, 1978), subrayaron su potencial para ser de importancia clínica y de investigación. Esto condujo a nuevas conceptualizaciones de la sexualidad problemática, pasando del término “hipersexualidad” al de “adicción sexual”.

Patrick Carnes (1993) fue el primero que introdujo el término de adicción sexual al personal clínico en su obra "*Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*". Dicho trabajo intensificó el interés por las conductas sexuales excesivas o desmesuradas y proporcionó descripciones clínicas, especulaciones etiológicas y recomendaciones de tratamiento basadas en sus propias experiencias. Para entonces, muy pocos trabajos empíricos apoyaba sus afirmaciones y las reacciones iniciales al trabajo de Carnes, junto con las nociones generales de la adicción sexual, fueron muy diversas (Levine y Troiden, 1988). No obstante, un caudal constante de investigaciones utilizó las premisas teóricas de Carnes para describir los comportamientos sexuales excesivos o fuera de control.

Sobre finales de la década de 1990, la investigación sobre este fenómeno comenzó a acelerarse, en gran parte debido a la llegada de Internet y sus subsiguientes usos con fines sexuales (Cooper, et al., 1999; Delmonico y Carnes, 1999). En ese momento, este problema se atribuyó a lo que Cooper y sus compañeros denominaron el "Motor Triple A": Anonimato, Asequibilidad y Accesibilidad de los comportamientos sexuales en línea (Cooper, 1998; Loughlin, et al., 2000; Scherer, et al., 1999). Según este modelo, Internet presentaba un espacio único para las conductas sexuales fuera de control por: a) la facilidad con la que se podía acceder al contenido sexual en línea -accesibilidad-; b) la privacidad que ofrecía el servicio de Internet en el hogar -anonimato-; c) el coste relativamente bajo -asequibilidad- en comparación con los medios más tradicionales de participar en dichos comportamientos (compra de vídeos o revistas pornográficas, servicios de prostitución, clubes de striptease...). Si bien, al tratarse de un modelo intuitivo y sin soporte empírico, no estuvo exento de críticas.

En ese momento surgieron los primeros estudios empíricos, basándose en la premisa de que algunas personas pueden quedar atrapadas en patrones de comportamientos sexuales compulsivos o adictivos como consecuencia de los medios tecnológicos (Delmonico y Carnes, 1999; Scherer, et al., 1999). Se postularon como posibles expresiones de comportamiento sexual fuera de control: las actividades en línea como las salas de chat, la infidelidad digital y el consumo de pornografía en Internet (cibersexo). Delmonico y Carnes (1999) acuñaron el término de "adicción al sexo en Internet y/o adicción a la pornografía" para referirse a la participación excesiva en el cibersexo.

A su vez, Goodman (1992) a quien se le atribuyó hasta la fecha el desarrollo de la definición más extensa de adicción sexual, destacó dos características necesarias a toda forma de adicción: (1) falta recurrente de control ante la sustancia y/o comportamiento; (2) la continuación de la sustancia y/o conducta a pesar de las consecuencias dañinas sustanciales. Por lo tanto, Goodman (1992) se refiere a la adicción como un trastorno en el que las sustancias y/o comportamientos pueden proporcionar simultáneamente placer y gratificación, así como un escape de la angustia interna. Así, Goodman reformuló los criterios diagnósticos de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en adelante: DSM), para la dependencia de sustancias DSM-IV (APA, 1994) reemplazando el término específico de "sustancia" por el de "conducta". Años más tarde, con la aparición del DSM-IV-TR (APA 2000), las pautas diagnósticas para la dependencia de sustancias cambiaron levemente, pero la modificación propuesta originalmente

por Goodman (1992) se puede seguir utilizando. En el Anexo 1 podemos observar dicha modificación aplicada a la adicción sexual.

Una década más tarde, el interés de dicha problemática alcanzó un punto de inflexión durante el desarrollo de la quinta edición del DSM (2013). En ese momento, se dejó a un lado el término de adicción sexual, dando paso a la propuesta del Trastorno Hipersexual (en adelante: HD) en el DSM-5. A su vez, la referencia para clasificar el consumo extremo de pornografía fue el uso problemático de la pornografía y/o cibersexo problemático. Específicamente, este diagnóstico propuesto requería que dicha persona experimentara conductas, impulsos o fantasías sexuales repetitivas y perjudiciales, las cuales, consumieran un tiempo excesivo y estuvieran en respuesta a emociones negativas o estrés agudo. También, que fueran incontrolables a pesar de los esfuerzos por eliminar o reducir estos síntomas, y, además, que no miraran por el bienestar o la seguridad, ni de uno mismo ni de los demás (Kafka, 2010). Dicho trastorno, relacionado tanto con los trastornos adictivos como con los trastornos del deseo sexual siguió criterios de diagnóstico muy similares a los descritos en otros síndromes de versiones anteriores del DSM (ver Anexo 2, Sugerencia Diagnóstica HD en DSM-5).

Los ensayos de campo del HD encontraron que dicho trastorno es útil, se aplica de manera confiable y es, en general, bien recibido por los profesionales médicos (Reid et al., 2012). Sin embargo, el trastorno hipersexual finalmente se excluyó del DSM-5, en consecuencia, a preocupaciones relacionadas con la precisión diagnóstica, confusiones morales y culturales y escepticismo general de la comunidad psiquiátrica (Kafka, 2010).

Años más tarde, ante la demanda científica por establecer criterios diagnósticos unificados, el panorama de la investigación cambió nuevamente con la propuesta y posterior inclusión del Trastorno de Conducta Sexual Compulsiva (en adelante: CSBD) en la CIE-11, cuyas premisas son similares al diagnóstico excluido de trastorno hipersexual para el DSM-5. CSBD hace referencia a la participación repetitiva y persistente en comportamientos sexuales, que repercuten en un deterioro en la vida de uno y, además, reflejan intentos fallidos de reducir o detener dichos comportamientos (Kraus et al., 2018). Por lo tanto, este trastorno comparte muchas características con la HD propuesta anteriormente (ver Anexo 3, Criterios Diagnósticos CSBD en CIE-11).

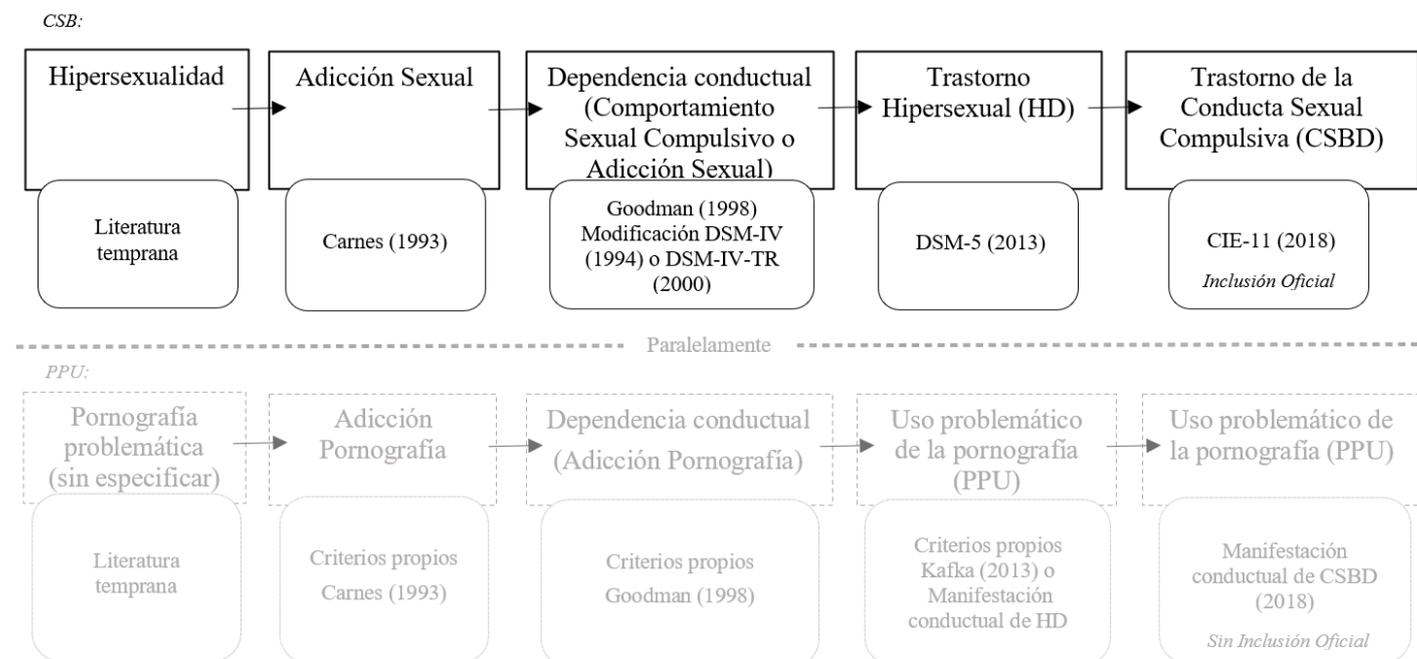
Desde los primeros trabajos sobre la adicción sexual, los intentos de diagnosticar los comportamientos sexuales excesivos han recibido críticas por una variedad de razones (Levine,

2010). Por lo tanto, la inclusión de CSBD en la CIE-11 no ha estado exenta de controversia, generando más comentarios y críticas que cualquier otro diagnóstico novedoso considerado para la CIE-11 (Fuss et al., 2019). Algunas críticas se han centrado en el potencial de dichos diagnósticos para estigmatizar las conductas sexuales no conformes (Halpern, 2011), argumentando que la selección y conceptualización de las conductas problemáticas está inherentemente sesgada contra los comportamientos sexuales no tradicionales. Terceros, señalaron que falta evidencia científica que respalde tales trastornos (Ley et al., 2014; Prause et al., 2017). Y otros, indicaron que la aplicación de dichos diagnósticos puede complicarse por variables externas, como la religiosidad y/o la orientación sexual del cliente o del terapeuta (Grubbs et al., 2020)

Hoy en día, se podría decir que los términos más utilizados, con sus respectivos criterios diagnósticos y con su manifestación conductual determinada en esta revisión son; a) adicción sexual y adicción a la pornografía planteada por Carnes en 1993; b) trastorno hipersexual y uso problemático de la pornografía como propuesta del DSM-5; c) trastorno de comportamiento sexual compulsivo incluido en el CIE-11 (ver Figura 1, Resumen Terminología).

Figura 1

Resumen de la Evolución Histórica del concepto CSB y Uso Problemático de la Pornografía



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, sumado a la polémica utilización de los criterios diagnósticos más precisos, se encuentra el debate en curso sobre la conceptualización de dicho trastorno, es decir, si se consideran adictivos, impulsivos y/o compulsivos o ninguna de las anteriores. Uno de los desafíos actuales es establecer una distinción clara entre impulsividad, compulsividad y adicción, ya que estos conceptos se superponen, debido a que los impulsos o ansias de participar en comportamientos repetitivos son características centrales de la adicción.

Más allá de los debates sustantivos sobre la conceptualización correcta de CSBD, hay evidencia de que la mayoría de los profesionales consideran dicha problemática, junto con sus manifestaciones conductuales, como el uso excesivo de pornografía, similar a una adicción (Perry, 2019; Taylor, 2019). Sin embargo, la CSBD se ha incluido en la CIE-11 como un trastorno del control de los impulsos, apoyándose en la premisa de que las personas que exhiben este comportamiento repetidamente son incapaces de resistir tales impulsos sexuales, a pesar del daño a largo plazo (Kraus et al., 2018). Sobre la base de esta conceptualización, los criterios diagnósticos están inscritos de tal manera que, las características esenciales de dicho trastorno pretenden ser menos rígidas, fundamentándose en indicadores objetivos de deterioro y desregulación, y no tanto en cortes arbitrarios o recuento de síntomas, favoreciendo así, el ejercicio del juicio clínico al asignar dicho diagnóstico (First et al., 2015).

Asimismo, es probable que las futuras investigaciones sigan una trayectoria similar a la del juego patológico, que pasó de un trastorno de control de impulsos, caracterizado por un consumo compulsivo del juego, a una clasificación adictiva rebautizada como trastorno del juego en el DSM- 5. En términos generales, las percepciones públicas de los comportamientos sexuales fuera de control se expresan con mayor frecuencia en términos asociados con la adicción, independientemente de las distinciones formales que aún se discuten en la literatura científica.

En conclusión, aunque ha proliferado la investigación en este campo, la falta de integración teórica actual y el debate en curso sobre la pluralidad de términos, criterios diagnósticos y bases conceptuales, se ve reflejado en la heterogeneidad de estudios clínicos, en la ausencia de instrumentos de medición de calidad y en numerosos estudios interventivos con diseños metodológicos simplistas. Por todo esto, la presente revisión encuentra una ausencia virtual de trabajos interventivos efectivos para las conductas sexuales disfuncionales. Asimismo, a pesar de que la literatura anterior usa términos diversos, para facilitar la lectura y comprensión del presente trabajo priorizaremos el de “conducta sexual problemática” (en

adelante CSB), englobando todos los patrones de comportamiento desregulados o fuera de control no parafílicos.

Uso Problemático de la Pornografía

Conceptualización y Criterios Diagnósticos

Dicho viaje retrospectivo sobre la literatura científica culmina, de momento, con el diagnóstico de referencia actual, el trastorno de conducta sexual compulsiva en la CIE-11. Kafka (2010) indicó las siguientes formas de presentación clínica de los comportamientos sexuales problemáticos: a) masturbación, b) pornografía, c) conducta sexual promiscua con adultos que consienten, d) cibersexo. En este punto vamos a centrarnos en una de sus manifestaciones conductuales más novedosas y que, por desgracia, más ha incrementado en los últimos años, el uso problemático de la pornografía (en adelante PPU) y tema principal de nuestro trabajo.

Hasta la fecha, en la literatura científica no hay un consenso real con respecto a la conceptualización, el diagnóstico y la evaluación del cibersexo problemático, reflejándose en una ausencia de cuestionarios de detección y de criterios de diagnóstico fiables (ver Figura 1). De hecho, se han sugerido varias conceptualizaciones, pero con poca evidencia empírica que sustente su validez. En la literatura científica se observa que dicho trastorno se conceptualiza con más frecuencia como una adicción conductual (Cooper et al., 2004; Orzack y Ross, 2000), similar al trastorno sexual compulsivo mencionado anteriormente. Esto es debido principalmente a que PPU presenta síntomas similares a los de otros trastornos adictivos (ej. uso excesivo de videojuegos).

La participación problemática en la pornografía, por lo general, se entiende como un uso excesivo e incontrolado de actividades sexuales en línea asociadas con los siguientes síntomas: “un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para detener, reducir o controlar los comportamientos cibersexuales; prominencia cognitiva (pensamientos persistentes e intrusivos relacionados con el cibersexo y obsesiones); usar el comportamiento cibersexual con fines de regulación del estado de ánimo; abstinencia (aparición de estados de ánimo negativos cuando el cibersexo no está disponible); tolerancia (necesidad de más horas de uso o de nuevos contenidos sexuales); y consecuencias negativas” (Carnes, 2000; Grov et al., 2008).

A través de una revisión sistemática de la literatura, enfatizamos que el cibersexo problemático es una construcción general que agrupa distintas conductas en línea

disfuncionales. A pesar de un incremento considerable en los estudios sobre el cibersexo disfuncional, no existen criterios diagnósticos claros para médicos e investigadores.

En la literatura se pueden identificar tres sugerencias de criterios diagnósticos para etiquetar las PPU, los formulados por Carnes (1991), Goodman (1998) y más recientemente Kafka (2010). Como se observa en la Tabla 1, sólo tres premisas son compartidas por los autores; la pérdida de control, el tiempo excesivo dedicado a dichas conductas cibersexuales y las consecuencias negativas significativas en la vida cotidiana, sin embargo, existen discrepancias entre los demás criterios propuestos. Por esto, no existen pautas diagnósticas claras y válidas para los médicos e investigadores. Debido a la inconsistencia en dicha clasificación y especialmente a la limitada evidencia con respecto a la etiología de la condición, ninguno de los criterios anteriores se mantuvo para su posible inclusión en el DSM-5.

Tabla 1

Criterios Diagnósticos para el Uso Problemático de la Pornografía (PPU).

Criterios	Carnes (1992)	Goodman (1998)	Kafka (2013)
1. Pérdida de control	Sí	Sí	Sí
2. Tiempo excesivo dedicado a las conductas sexuales	Sí	Sí	Sí
3. Consecuencias negativas para uno mismo/otros	Sí	Sí	Sí
4. Vía de escape	Sí	No	Sí
5. Tolerancia	Sí	Sí	No
6. Cambios de humor	Sí	No	No
7. Tensión previa a las conductas sexuales	No	Sí	No
8. Placer/ alivio durante conductas sexuales	No	Sí	No
9. Preocupaciones	No	Sí	No
10. Intento de retirada	No	Sí	No
11. Conductas sexuales no debidas a una sustancia	No	No	Sí
12. Al menos 18 años	No	No	Sí

Fuente: Síntesis (Carnes, 1992; Goodman, 1998; Kafka, 2013)

Dada esta ausencia y vacío estructural para conceptualizar y etiquetar los usos problemáticos de la pornografía, los estudios de la presente revisión se basaron en diferentes premisas, algunos aplicaron los criterios formulados para definir la adicción sexual, el trastorno hipersexual (HD) o el trastorno de comportamiento sexual compulsivo (CSBD), especificando o sin especificar sus manifestaciones conductuales. Y rara vez, algunos trabajos revisados sí emplearon criterios diagnósticos más específicos dirigidos exclusivamente a la utilización problemática de la pornografía.

Epidemiología

Es difícil encontrar la prevalencia de los comportamientos sexuales compulsivos y más concretamente el del uso problemático de la pornografía, ya que, hasta la fecha existen ínfimos estudios a nivel poblacional y epidemiológico.

Los estudios poblacionales se limitan a países y culturas occidentales, utilizando encuestas nacionales para examinar la CSB de manera amplia, junto con la adicción autopercebida a la pornografía. Se realizó una encuesta en 2018, en una muestra no probabilística de Estados Unidos (N= 2075), reclutada a través del servicio *Omnibus de Qualtrics*, donde el 11 % de los hombres y el 3 % de las mujeres reportaron que al menos estaban “algo de acuerdo” con la afirmación “ soy adicto a pornografía” (Grubbs y Kraus, et al., 2019). Los hallazgos anteriores fueron reiterados en un estudio más actualizado, revelando un incremento anual 4.5% en dicha problemática (Grubbs et al., 2020).

Respecto a la prevalencia del uso de pornografía en adolescentes, Peter y Valkenburg (2016) explicaron que “las investigaciones realizadas hasta la fecha habían mostrado una notable heterogeneidad, reportado prevalencias del 30%-80% en los varones y del 4%-36% en las mujeres”. Sobre la intencionalidad de acceso en dicha población joven, los informes apuntan que cerca del 70% acceden de forma accidental a contenido pornográfico, mientras que el 30% llegan a ella de forma intencionada entre los 10-18 años. Entre estos jóvenes usuarios de pornografía ,“el 37,7% de los varones y el 19,3% de las mujeres son usuarios de riesgo, presentando una mayor probabilidad de desarrollar un uso disfuncional de la pornografía (PPU)” (Giménez, et al., 2018).

Centrándonos en España, a pesar de que no existen encuestas nacionales claras por la complejidad del diagnóstico, según la ONG *Save The Children* (2020) en su informe “Des/información sexual”, se destaca que el 70% de adolescentes consumen pornografía, entre los cuales, un 50% son hombres (el doble que las mujeres) y un 68,2% la visionaron en los últimos treinta días. Asimismo, en España se adelanta la media de edad del primer contacto con la pornografía a los 8 años, “este consumo se hace frecuente y relativamente estable a los 13 años en los varones y a los 15 años en las mujeres” (Ballester y Orte, et al., 2019).

Los estudios epidemiológicos y cuasiepidemiológicos también mostraron que el cibersexo problemático a menudo se asocia con: (1) depresión, ansiedad y dificultades relacionales de intimidad (Levin, et al., 2012; Morgan, 2011; Philaretou et al., 2005; Voon et

al., 2014); (2) problemas profesionales y económicos (Schneider, 2000; Voon et al., 2014); (3) aislamiento interpersonal (Levin et al., 2012; Yoder et al., 2005); (4) una disminución del interés en la sexualidad sin Internet (Albright, 2008; Voon et al., 2014); (5) una menor satisfacción sexual en general (Pila et al., 2004); (6) conductas sexuales de riesgo (Carrol et al., 2008; Peter y Valkenburg, 2008); (7) reducción de la función eréctil en las relaciones físicas (Voon et al., 2014); y (8) sentimientos de vergüenza o culpa (McBride et al., 2007).

Por último, dichos trabajos también enfatizaron que el cibersexo problemático a menudo se asocia con un deterioro funcional en las áreas vitales de la persona y con trastornos psiquiátricos comórbidos (Sánchez e Iruarrizaga, 2009). A continuación, se muestra en la Tabla 2, los principales trastornos comórbidos asociados.

Tabla 2

Trastornos Comórbidos Asociados al Uso Problemático de la Pornografía

Autor Principal	Año	Trastornos Comórbidos
Alarcón et al.,	2019	Trastorno de ansiedad, Trastorno del estado de ánimo, disfunción sexual, abuso de sustancias, alcoholismo, adicción al tabaco y adicción a los videojuegos
Chiclana et al.,	2015	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, depresión y ansiedad
Yang	2001	Trastorno Obsesivo-Compulsivo, somatizaciones, ansiedad y agresividad.
Black et al.,	1999	Problemas académicos, problemas laborales, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno de Personalidad Antisocial, trastorno de compra compulsiva y ludopatía
Kraut et al.,	1998	Depresión, déficit en las relaciones interpersonales y baja comunicación con la familia
Young y Rogers	1998	Depresión

Fuente: Elaboración propia

Concluyendo, los trabajos existentes muestran una significativa tasa de prevalencia de uso problemático de la pornografía, junto con sus prematuras edades de inicio y su incremento anual. A su vez, una consecuencia de la ausencia de criterios reconocidos para definir el cibersexo disfuncional es la falta de datos de prevalencia válidos, es decir, debido a las discrepancias teóricas y metodológicas es imposible comparar los resultados obtenidos entre dichos estudios (Griffiths, 2012; Karila et al., 2014; Wery et al., 2014).

Perfil de los Usuarios de Uso Disfuncional del Cibersexo

Carnes (1992) ofrece el siguiente resumen poblacional para las personas con conductas sexuales problemáticas, extraído de una muestra de 932 norteamericanos: (1) edad media de 40

años; (2) varones; (3) caucásicos (82%); (4) relativamente bien educados, con 63% reportando educación universitaria o de posgrado; (5) 63% solteros, separados o divorciados. También señala que a menudo (6) exhiben una "constelación de comportamientos sexuales preferidos"; (7) tienen antecedentes familiares que involucran adicciones; (8) un historial de abuso sexual, físico y emocional; (8) una alta tasa de comorbilidad, destacando las dependencias de alcohol y drogas (Carnes, 1992). Schneider (1996) incidió que “el 83% de las personas con dicho trastorno se identificaron a sí mismos con más de una adicción”.

Específicamente en el uso problemático del cibersexo no existen datos tan amplios para construir perfiles sociodemográficos, sin embargo, se puede inferir información de algunos trabajos disponibles. La mayoría de estos estudios muestran que el uso problemático de la pornografía es de tres a cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres (Ballester et al., 2014; Carnes, 2000; Ross et al., 2012). Este dato fue respaldado por un estudio efectuado por Nebot et al., (2020), el cual informó que “los hombres dedican más tiempo semanal al visionar material pornográfico que las mujeres y se caracterizan por patrones de uso más compulsivos e impulsivos”. El género también se vinculó con el tipo de conducta sexual en línea preferida, puesto que las mujeres parecen interesarse más en actividades en pareja, como chats sexuales, mientras que los varones optan por acciones más solitarias, como la pornografía (Cooper et al., 2003; Schneider, 2000).

Junto a las diferencias de género, las investigaciones afirmaron que el estado civil también está relacionado con opuestos perfiles de uso de cibersexo. Eventualmente, se indicó que las personas que mantienen una relación estable tienden a ser usuarios exclusivamente recreativos del cibersexo, mientras que el uso disfuncional de este fue más frecuente entre los sujetos solteros (Ballester et al. 2014). A su vez, enfatizaron que las personas que informaron tener una relación estable reportaron un uso significativamente menos frecuente de pornografía que las solteras.

Factores de Riesgo

La mayoría de las investigaciones disponibles se centraron en los correlatos del cibersexo problemático restringiendo su análisis a la sociodemografía y a la psicopatología comórbida, por lo que, los estudios basados en los tipos de factores de riesgo (ej. sociales, biológicos, psicológicos, contextuales) es actualmente limitada. A pesar de dicha ausencia, en la literatura científica se señala que los factores de riesgo generales que pueden precipitar al desarrollo de

una adicción a la pornografía se agrupan en tres tipos: físicas, psicológicas y sociales (Shekarey et al., 2011).

Entre las causas pertenecientes al primer grupo -variables físicas- se encuentran los cambios hormonales, la influencia hereditaria, el abuso sexual y el maltrato físico y/o verbal. Entre estos, el tema que recibió más interés fue con relación al papel de los eventos traumáticos del pasado. Schwartz y Southern (2000) describieron una muestra de 40 usuarios clínicos por uso problemático de pornografía, entre los cuales la prevalencia de abuso sexual fue del 68% y la de trastorno de estrés postraumático del 43%. Es posible que la participación excesiva en el cibersexo se utilizó como método de afrontamiento desadaptativo, disociando con dicho uso las situaciones dolorosas del pasado (Billieux et al., 2015; Schimmenti y Caretti, 2010).

En cuanto al segundo grupo -variables psicológicas- destacan causas como la curiosidad del individuo por comprender la mecánica de las relaciones sexuales o por conocer qué tipo de contenidos existen en las páginas de pornografía, diferentes carencias afectivas, los pensamientos y sentimientos negativos (hacia sí mismo, los demás o el futuro), los estados de ansiedad y la visualización de contenido muy explícito en edades tempranas.

Respecto al último punto se encontró que los individuos que más tiempo habían consumido material pornográfico mostraban fuertes asociaciones entre imágenes pornográficas y emociones positivas. Esto fue evaluado con una prueba de asociación implícita (Greenwald, 1998). Dicho refuerzo positivo aumenta la probabilidad de terminar en un uso disfuncional del cibersexo, desarrollándose así una mayor reactividad ante señales pornográficas (Snagowski et al., 2015)

Por otro lado, en lo referido a la regulación del estado de ánimo, Ross et. al (2012) mostró que “los usuarios problemáticos utilizaban el cibersexo para disminuir el estrés y regular sus emociones, en contraposición con los usuarios no clínicos que consumían pornografía como distracción.” Estos hallazgos fortalecen el estudio de Cooper et al. (2004), que describe la función reguladora en el estado de ánimo del cibersexo para reducir los pensamientos, sentimientos o sensaciones aversivas.

En el tercer grupo -variables sociales- encontramos algunas causas como pueden ser acoso escolar, soledad y malos modelos parentales o de personas allegadas. Kor et al. (2014) mostró que “el uso disfuncional de la pornografía estaba asociado con niveles más altos de inseguridad emocional y ansiedad por apego o evitación”. Es decir, el historial de trauma en

las figuras de apego está relacionado con la participación excesiva en actividades sexuales en línea.

Consecuencias del Uso Disfuncional de la Pornografía

El uso de la pornografía puede estar asociado con el desarrollo de actitudes sexuales permisivas y con la instrumentalización de la sexualidad. Asimismo, varios estudios (Peter & Valkenburg, 2016; Villena & Chiclana, 2019; Wright et al., 2017) han encontrado una relación entre el consumo de pornografía y el mantenimiento de estereotipos de género, como concebir a la mujer como un objeto, establecer jerarquías de género a favor de la figura masculina y representar actitudes agresivas en el ámbito sexual.

La pornografía permite al consumidor observar una fantasía con cierta distancia, lo que a corto plazo es gratificante, a largo plazo se condiciona, siendo dicha fantasía la antesala al deseo y posible excitación sexual. El uso habitual de pornografía despierta en el espectador un sentido de hipermasculinidad o hiperfeminidad, que de acuerdo con Ramírez y García (2002) “es la exageración de lo que se considera masculino o femenino tanto a nivel físico (cuerpo) como a nivel de comportamiento (rudeza, violencia, agresividad y falta de afectividad)”. Según Simpson y Kraak (1998), los estereotipos masculinos que se muestran dentro de la pornografía exhiben a los hombres como fuertes, decididos, autoritarios, agresivos y autosuficientes, manteniendo siempre el poder y el control de la situación. En cambio, los roles femeninos implican que las mujeres son débiles, sumisas, dudosas, emocionales, obedientes, resignadas y dependientes. Dichos arquetipos ayudan a perpetuar a nivel social los estereotipos y roles de género.

La consumición reiterada de dicho material también se relaciona con un efecto negativo en las relaciones sexuales, ya que desarrolla expectativas irreales que a largo plazo repercuten negativamente en la respuesta y satisfacción sexual (Alarcón et al., 2019). Asimismo, los estudios de campo han observado que dicho visionado disminuye la calidad de las relaciones afectivas, de una manera más indirecta como hemos mencionado anteriormente, con la implantación de creencias limitantes sobre las relaciones sexuales, incompatibles con los intereses del conyugue, o de una forma más directa, ante la discrepancia sobre la percepción del uso de pornografía entre ambos miembros (Vaillancourt et al., 2017).

Las principales consecuencias perjudiciales en lo referido al uso disfuncional de la pornografía se pueden manifestar en: un bajo rendimiento escolar; un consumo de sustancias y

conductas delictivas asociadas; un estilo de vida menos saludable; y una mayor probabilidad de experimentar sintomatología depresiva y/o psicósomática (Ballester et al., 2019). Según la revisión sistemática llevada a cabo por Velasco y Gil (2017) la adicción a la pornografía podría causar secuelas equiparables a los que genera la adicción a la cocaína, heroína y otras sustancias psicoactivas. Dichas consecuencias se observan en la Tabla 3.

Tabla 3

Consecuencias Equiparables a la Adicción a Sustancias Psicoactivas

Consecuencias similares a la adicción a sustancias

1. Aislamiento social
 2. Adicción a otras drogas
 3. Depresión y/o ansiedad
 4. Neurosis
 5. Cambios en el estado de ánimo
 6. Vacío emocional
 7. Sentimiento de culpa y vergüenza
 8. Disfunciones sexuales: disfunción eréctil, bajo deseo sexual y eyaculación precoz
 9. Masturbación obsesiva y compulsiva
 10. Problemas de atención y concentración
 11. Comportamientos inadecuados en la vida de la pareja
 12. Aprendizajes erróneos de los roles de género
 13. Incremento de las violaciones sexuales y homicidios relacionados con sexo
 14. Desórdenes renales y cardiovasculares
 15. Otros problemas físicos y psicológicos
-

Fuente: Elaboración propia. Velasco y Gil (2017)

Tratamiento para las Conductas Hipersexuales y Pornografía Problemática

En la literatura científica se encuentra principalmente artículos descriptivos respecto a la etiología y conceptualización de la conducta sexual compulsiva, sin embargo, pocos son los que narran trabajos interventivos, e ínfimos los que investigan tratamientos con metodologías de calidad para dicho trastorno. Asimismo, en lo referido al uso problemático de la pornografía, está todo aún más difuso. Se disponen de pocas evidencias empíricas sobre las opciones interventivas y sobre su eficacia para poder abordar dicha problemática. Esto es debido en gran parte a la confusión sobre a la conceptualización, sintomatología y causas que enmarcan dicha afección y, por ende, reflejándose en un vacío virtual en la literatura científica.

Justificación

Actualmente, se han informado de pocos estudios empíricos que prueben la eficacia interventiva en las conductas sexuales problemáticas, ya que la mayor parte de la literatura científica existente consiste en descriptores de experiencias y prácticas clínicas. Sin embargo, a raíz de la inclusión de dicho trastorno en el manual de referencia CIE-11 (2018) han incrementado las investigaciones en esta línea, apoyados en una base más sólida y, en consecuencia, con diseños metodológicos de mayor calidad.

A su vez, el uso problemático de la pornografía tiene un recorrido complejo en cuanto al diagnóstico. Anteriormente pasaba desapercibido entre un abanico amplio de conductas sexuales desadaptativas, sin embargo, tras la aparición de Internet, brotaron insidiosamente nuevos comportamientos sexuales, adhiriéndose el PPU como una de las cuatro manifestaciones más populares del CSB. Debido en gran parte a esta confusión sobre la conceptualización, sintomatología y causas que enmarcan dicha afección, en la literatura empírica se encuentra un vacío clínico aún más difuso respecto al uso problemático de la pornografía.

En la presente revisión algunos autores abordan el uso problemático de la pornografía como un trastorno principal, enfocándolo en su estudio como foco interventivo central, sin embargo, como aún no se ha considerado oficialmente una entidad clínica diagnóstica, en otros trabajos aparece subordinado como una manifestación conductual de las conductas sexuales problemáticas, asociando la reducción de PPU con la de CSB.

El consumo de la pornografía es una práctica extendida en la actualidad, tanto en adultos como en jóvenes, y a su vez, se observa un incremento anual de dicha problemática con edades de inicio cada vez más tempranas. Ante esta necesidad social, es importante elaborar una integridad teórica y planes interventivos basados en la evidencia, con el fin de abordar dicho trastorno.

Hasta la fecha no existe una revisión sistemática con evidencia metodológica de los tratamientos implementados para el uso problemático de la pornografía, por lo que el presente trabajo pretende ayudar a dicha necesidad, analizando las intervenciones con mayor calidad metodológica en dicho trastorno. Asimismo, permitirá comparar la estructura y eficacia, facilitado un esquema global, de los varios enfoques interventivos de PPU aplicados hasta el momento en la literatura científica. Por la novedad de este ámbito de estudio, su complejidad y

dificultad, se incluye un apartado en la introducción sobre la evolución histórica del término y sus conceptualizaciones.

Objetivos

Objetivo General

Identificar las intervenciones con mayor calidad metodológica enfocadas al tratamiento indicado de las conductas sexuales disfuncionales y el uso problemático de la pornografía.

Objetivo Específico

En primer lugar, examinar los tipos de intervención en las conductas sexuales problemáticas con PPU inclusive y los elementos que se incluyen en estos y, en segundo lugar, analizar la eficacia y describir de forma general las distintas categorías interventivas existentes para la intervención de las conductas sexuales compulsivas.

Método

Metodología

El presente trabajo, cuyo fin último fue dar respuesta a los objetivos mencionados en el anterior apartado, se estructuró conforme al formato de revisión sistemática para asegurar que dicha investigación estuviese basada en la evidencia. Atendiendo a lo dispuesto por el *Joanna Briggs Institute*, existen dos pasos importantes a la hora de elaborar un trabajo de revisión. El primero consiste en cribar los estudios encontrados en las distintas búsquedas bibliográficas mediante criterios de inclusión y exclusión, y el segundo, a fin de filtrar los trabajos restantes, se basa en disponer de unos indicadores de calidad metodológica de los estudios. Ambos pasos permitieron identificar las investigaciones de calidad para incluirlos en la revisión teórica (Pearson et al, 2005).

El esquema utilizado en este trabajo siguió las reglas descritas en la declaración PRISMA, atendiendo a cuatro estadios esenciales: (1) Identificación: búsqueda bibliográfica de artículos en bases de datos científicas y eliminación de los duplicados; (2) Cribado: elección de artículos según su título y resumen basándose en los criterios de inclusión y exclusión seleccionados; (3) Idoneidad: selección de los artículos, según la información contenida, cuidando los indicadores de calidad metodológica; (4) Inclusión: recopilación de datos relevantes, en función del objetivo del trabajo, y redacción de los resultados de investigación (Moher et al. 2009).

Estrategia de Búsqueda

La necesidad de búsqueda de este presente trabajo consistió principalmente en identificar los tratamientos más efectivos hasta la fecha del uso problemático de la pornografía, ante el incremento de PPU anual. Respecto a la selección de las fuentes de información para la revisión sistemática se utilizaron “WoS Colección Principal”, “PsycInfo” y “PubMed”, ya que son bases de datos con elevado nivel de prestigio y, a su vez, más usadas en el área de la psicología.

Los términos empleados en las búsquedas fueron: “*pornography*”, “*erotism*”, “*hypersexual*”, “*PPU*”, “*addiction*”, “*disorder*”, “*behaviour*”, “*abuse*”, “*treatment*”, “*therapy*”.

Se aplicaron los operadores booleanos AND, OR y posteriormente NOT. El operador de combinación AND limitó los registros a documentos que sólo contenían los términos situados antes y después de cada uno de ellos, el operador de suma OR localizó los artículos que

contenían alguno o todos los descriptores y, por último, el operador NOT permitió excluir la información del segundo término focalizándose en el primero. Tras la colocación correcta de los paréntesis para enlazar los términos con el operador booleano indicado, se aplicó “los truncamientos abiertos” con el símbolo “ * ”, añadiéndolos al final de la raíz del término. Esta es una de las formas más efectivas de evitar pérdidas de información ante las muchas variaciones flexivas de un término del lenguaje natural.

En un primer momento se utilizaron filtros poco acotados en dichas bases de datos, con el fin de obtener un mayor número de resultados, estos cribados fueron los siguientes: (1) Idioma: inglés o español, dependiendo de la Base de Datos usada; (2) País o región: cualquier parte del mundo; (3) Disciplina: psicología; (4) Tipos de documentos deseados: investigaciones cuantitativas científicas; (5) Nivel científico: artículos de elevado nivel de prestigio (WoS Colección Principal -multidisciplinar-), y artículos de renombre (PsycInfo -psicología-, PubMed -medicina-); (6) Periodo de tiempo cubierto: 1995 hasta 2021; (7) Referencias que se desean: todas; (8) Campos de búsqueda: todo el texto y Resumen.

En un inicio la ecuación se examinó en el campo de búsqueda más extenso “todo el texto (TX All)” y/o “resumen (AB)” ya que al abarcar más caracteres se pueden recuperar más investigaciones (menos silencio documental), sin embargo, al obtener un gran número resultados se repitió la búsqueda permitiendo todos los términos en “asignatura (SU)” y el descriptor “*treatment*” exclusivamente en el “título (TI)”. Estos campos son más precisos y afilan la búsqueda, obteniendo volcados más concretos y fiables.

Respecto al tipo de documentos deseados, aunque en una primera fase se incluyeron artículos con enfoques interventivos cuantitativos, posteriormente, a fin de abarcar trabajos de mayor validez, se filtró también según el tipo de diseño metodológico. Se admitieron en este apartado investigaciones empíricas cuantitativas experimentales o cuasi-experimentales (ensayos clínicos controlados aleatorizados, diseños de casos únicos y ensayos no controlados también llamados estudios de intervención) excluyendo trabajos cualitativos, estudios de caso, investigaciones no experimentales (de prevalencia o incidencia) revisiones bibliográficas, metaanálisis, trabajos académicos, entrevistas, artículos de opinión o comentarios editoriales.

Criterios de Selección de los Estudios

Mediante el método PICOS en este caso PIOS se establecieron los criterios de inclusión y exclusión creados a partir de los ítems expuestos en sus indicadores, siendo estos: (1) Paciente

o grupo con una condición particular: PPU; (2) Intervención de interés: cualquier intervención psicológica *pre-post*; (3) Comparación: no comparamos con una intervención alternativa, por lo tanto, se omite este componente; (4) Objetivos esperados de la intervención: reducir PPU; (5) Diseño del estudio: cuantitativos experimentales y cuasi-experimentales. Los criterios de selección en el proceso de cribado se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4

Criterios de Selección de los Estudios Clasificados Según los Indicadores PICOS

Indicador PICOS	Criterios selección estudios
Paciente y/o grupos	<p>Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adultos con PPU / CSB <p>Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población infantil y adolescente - Adultos sin PPU / CSB
Intervención	<p>Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención psicológica o médica con medidas iniciales y finales. <p>Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención psicológica o médica sin medidas iniciales y finales
Objetivo de la intervención	<p>Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la conducta de CSB (PPU inclusive mencionándolo de forma explícita o implícita) - Reducir la sintomatología asociada a dicho trastorno <p>Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - No reducir la conducta y sintomatología asociada a CSB
Diseño del estudio	<p>Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseño caso único - Estudios interventivos o Ensayos no controlados - Ensayos clínicos controlados y aleatorizados <p>Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artículos no empíricos, estudios cualitativos, estudios cuantitativos con metodología observacional o no experimental, estudios de caso, revisiones sistemáticas, metaanálisis, trabajos académicos fin de grado, entrevistas, editoriales y comentarios.

Fuente: Elaboración propia

Selección de los Estudios

Tras la ejecución de las búsquedas en las bases de datos anteriormente mencionadas y la obtención de la información básica atendiendo al manual de Colaboraciones Cochrane (Higgins y Green, 2011), siguiendo el método de revisión por pares, se llevó a cabo un análisis de los resultados conseguidos. Dos investigadores de manera independiente analizaron los estudios extraídos en cada una de las búsquedas, a fin de asegurar que dichos artículos cumplieren los criterios de inclusión descritos en la Tabla 6 . Se solicitó un análisis por parte de un tercer revisor en aquellos estudios en los que existía discrepancia, y tras su valoración se emitía una resolución incluyendo o excluyendo dicho estudio.

Análisis y Síntesis de Datos

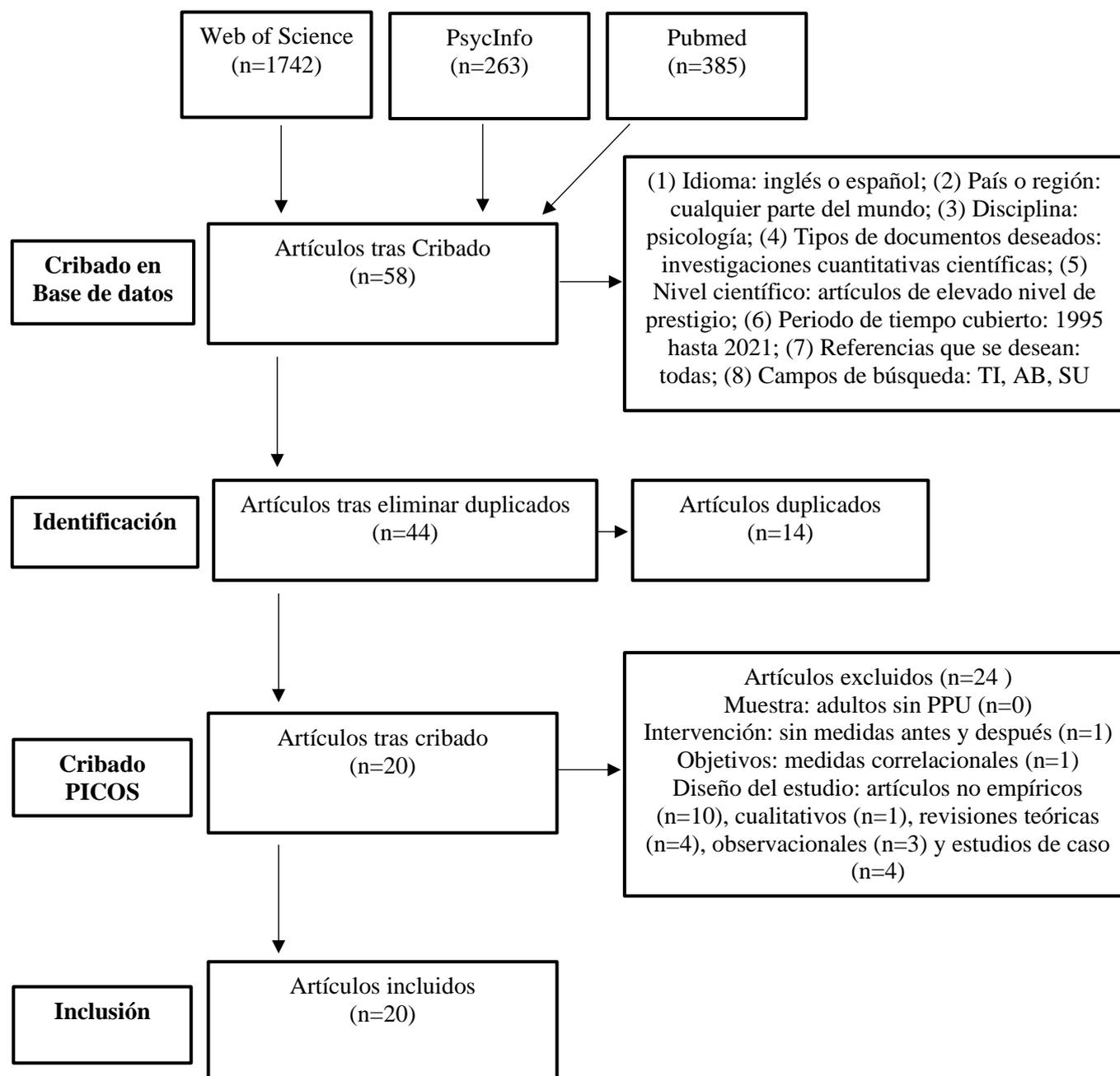
Una vez se seleccionaron los artículos, se elaboró una tabla cuyas columnas definían los elementos a registrar en cada uno de los estudios revisados, prestando especial atención a las características y efectividad de cada tratamiento para las conductas sexuales compulsivas (PPU inclusive). La presente revisión sistemática siguió el sistema de redacción del modelo de síntesis narrativa (Popay et al., 2006), describiendo las intervenciones llevadas a cabo en usuarios con uso PPU o CSB. Previamente se consideró la posibilidad de usar la estructura de metaanálisis para sintetizar la eficacia de los resultados cuantitativos, sin embargo, la heterogeneidad de los estudios no permitió dicho formato.

Resultados

Durante la ejecución de las búsquedas bibliográficas fueron registradas un total de 2390 entradas, de las cuales 20 superaron los filtros de inclusión, tal y como se puede observar en la parte inferior de la Figura 2. Esta figura muestra el proceso de filtrado llevado a cabo con las citas iniciales.

Figura 2

Diagrama de Flujo PRISMA



Fuente: Elaboración propia. Revisión bibliográfica The PRISMA Group (2009)

Características de los Estudios Incluidos

Es importante mencionar la complejidad de dicha revisión sistemática, ya que la heterogeneidad de los artículos dificulta la integración y discusión del presente trabajo. Esto se ve reflejado en la variedad de: criterios diagnósticos; conceptualizaciones; tipos de diseños metodológicos; instrumentos de medición; muestras; tratamientos; y objetivos interventivos, que cambian radicalmente de un estudio a otro.

Todos los estudios (n=20) se rescataron de fuentes primarias (revistas científicas) y según la identificación de su término principal se distinguen: siete con trastorno hipersexual; cinco con uso problemático de la pornografía; cuatro con adicción sexual; dos con trastorno del comportamiento sexual compulsivo; y dos con comportamiento sexual compulsivo. Como se puede observar en la Tabla 5, sólo cinco de las veinte investigaciones se centran exclusivamente en PPU como un trastorno independiente, en el resto de los trabajos se analiza el uso disfuncional del cibersexo como una de las manifestaciones conductuales del trastorno principal CSB. En lo referido al marco conceptual ninguno de los artículos revisados llega a un consenso, englobando dicha problemática como un trastorno adictivo, impulsivo y/o compulsivo.

Por otro lado, respecto a los criterios diagnósticos los estudios incluidos se basan: siete en la sugerencia diagnóstica del DSM-5; seis en criterios propios; tres en el DSM-IV-TR; dos en el DSM-IV; y dos en la CIE-11. La Tabla 5 refleja como a través de los años y con la inclusión de dicha problemática en manuales de referencia, se empiezan a utilizar pautas más objetivas y unificadas y menos criterios diagnósticos difusos y variantes en función del autor. Esto se podrá ver reflejado en investigaciones futuras con una mayor calidad metodológica.

Los 20 artículos incluidos son investigaciones empíricas con un enfoque metodológico cuantitativo. De dichos trabajos catorce siguen un diseño cuasi-experimental, siendo todos estos estudios interventivos, también llamados ensayos no controlados o “estudios antes-después”. Asimismo, seis investigaciones utilizan un diseño experimental, tres con estructura de ensayos controlados aleatorizados y otras tres con diseño de caso único. Al no disponer, en la mayoría de los casos, con un grupo control de referencia para poder comparar puntuaciones, en ellos se analiza la eficacia interventiva en función de la confirmación de sus objetivos terapéuticos (ver Tabla 5).

Tabla 5*Terminología, Conceptualización, Criterios Diagnósticos y Metodología de los Estudios Incluidos en la Revisión*

Primer Autor	Término Principal	Conceptualización	Criterios Diagnósticos	Diseño Metodológico	Tipo de Estudio
Hall et al., 2020	Trastorno del Comportamiento Sexual Compulsivo	CSBD	CIE-11	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Hallberg et al., 2020	Trastorno Hipersexual	HD	Sugerencia DSM-5	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Savard et al., 2020	Trastorno del Comportamiento Sexual Compulsivo	CSBD	CIE-11	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Kjellgren, 2019	Trastorno Hipersexual	HD	Sugerencia DSM-5	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Hallberg et al., 2019	Trastorno Hipersexual	HD	Sugerencia DSM-5	Experimental	Ensayo Clínico Aleatorizado
Winder et al., 2018	Trastorno Hipersexual	HD	Sugerencia DSM-5	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Wilson y Ficher 2017	Trastorno Hipersexual	HD	Sugerencia DSM-5	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Capurso, 2017	Uso Problemático de la Pornografía	PPU	Criterios propios del autor	Experimental	Diseño Caso Único
Parsons et al., 2017	Comportamientos Sexuales Compulsivos	CSC	DSM- IV	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Kellett et al., 2017	Trastorno Hipersexual	HD	Sugerencia DSM-5	Experimental	Diseño Caso Único
Levin et al., 2017	Pornografía problemática	PPU	Criterios propios del autor	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Hallberg et al., 2017	Trastorno Hipersexual	HD	Sugerencia DSM-5	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Gola y Potenza, 2016	Uso Problemático de la Pornografía	PPU	Criterios propios del autor	Experimental	Diseño de 3 Casos Únicos
Crosby y Twohig, 2016	Uso Problemático de la Pornografía	PPU	Criterios propios del autor	Experimental	Ensayo Clínico Aleatorizado
Hartman et al., 2012	Adicción Sexual	SA	DSM-IV-TR y Carnes (1992)	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Twohig y Crosby, 2010	Uso Problemático de la Pornografía	PPU	Criterios propios del autor	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Wainberg el al., 2006	Comportamientos Sexuales Compulsivos	CSC	DSM-IV	Experimental	Ensayo Clínico Aleatorizado
Orzack et al., 2006	Adicción Sexual Habilitada por Internet	SA / IESB	Criterios propios como adicción	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Klontz et al., 2005	Adicción Sexual	SA	DSM-IV-TR y Carnes (1992)	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado
Wan et al., 2000	Adicción Sexual	SA	DSM-IV-TR	Cuasi-experimental	Ensayo no controlado

Fuente: Elaboración propia

Respecto a los países donde se llevan a cabo los estudios revisados, diez son en Estados Unidos, cinco en Suecia, tres en Reino Unido y dos en Canadá, con un total de 825 participantes. La media de edad de la muestra se sitúa en torno a los 35 años (ver Tabla 6, datos sociodemográficos), existiendo diferencias estadísticamente significativas en la división de sujetos por su sexo, siendo casi veinte veces más los participantes hombres (95.2 %) que las mujeres (4.8 %). La mayoría de la muestra es población caucásica, por ser ejecutados los trabajos entre Europa y Norte América. Las intervenciones implementadas son conducidas por profesionales sanitario (psiquiatras y/o psicólogos) especializados en su campo interventivo.

Tabla 6*Datos Sociodemográficos de las Muestras*

Primer Autor	Año	Muestra (n)	Edad media	Muestra hombres(%)	Muestra mujeres (%)	Muestra caucásica(%)
Hall	2020	124	>18	NS	NS	NS
Hallberg	2020	36	39	100	0	100
Savard	2020	20	38.8	100	0	NS
Kjellgren	2019	29	40.3	96.4	3.6	NS
Hallberg	2019	137	>18	NS	NS	NS
Winder	2018	127	45.69	100	0	99.2
Wilson	2017	54	43.2	92.6	7.4	94.4
Capurso	2017	1	69	100	0	NS
Parsons	2017	13	34	100	0	18.2
Kellett	2017	1	41	100	0	NS
Levin	2017	19	23.1	90	10	95
Hallberg	2017	10	38.9	100	0	NS
Gola	2016	3	30	100	0	100
Crosby	2016	28	29.3	100	0	92
Hartman	2012	57	39.09	91.2	8.8	NS
Twohig	2010	6	26.5	100	0	100
Wainberg	2006	28	36.8	100	0	NS
Orzack	2006	35	44.5	100	0	NS
Klontz	2005	38	44.1	73.7	26.3	92
Wan	2000	59	43	69.5	30.5	NS
	Datos totales	825 ($\bar{X} = 41.25$)	39.23	95.2	4.8	

Fuente: Elaboración propia

Enfoques Terapéuticos

Los trabajos analizados en la presente revisión sistemática pueden ser clasificados en cinco categorías diferentes, dependiendo de la orientación terapéutica que sustente su intervención. Así, encontramos tratamientos psicológicos con un enfoque multimodal e integrados (n=6) (Hall et al., 2020; Hartman et al., 2012; Kjellgren, 2019; Klontz et al., 2005; Orzack et al., 2006; Wilson y Fischer, 2018), con una corriente cognitivo conductual (n=5) (Hallberg et al., 2017; Hallberg et al., 2019; Hallberg et al., 2020; Kellett et al., 2017; Parsons et al., 2017), con una intervención médica (n=5) (Capurso 2017; Gola y Potenza, 2016; Savard et al., 2020; Wainberg et al., 2006; Winder et al., 2018), con una perspectiva basada en la aceptación y compromiso (n=3) (Crosby y Twohig, 2016; Levin et al., 2017; Twohig y Crosby, 2010), y con una terapia de doce pasos (n=1) (Wan et al., 2000).

Lo que tienen en común todos estos enfoques es la utilización de un procedimiento interventivo similar, primero reclutando y filtrando a los participantes del estudio y segundo, evaluando a los clientes antes y después de la intervención. Igualmente, la principal finalidad de estos trabajos consiste en reducir los comportamientos sexuales compulsivos (con PPU inclusive) y todos los estudios revisados coinciden en la eficacia de su tratamiento a la hora de conseguir dicho objetivo. Sin embargo, aunque estos estudios contienen elementos comunes, tanto en la estructura del tratamiento como en los objetivos generales y su eficacia en los mismos, estos discrepan en la manera de conseguirlos, apoyándose así en diferentes técnicas y modelos teóricos.

A continuación, se explica cada categoría interventiva, resumidas en las Tablas de la 7 a la 11 y descritas en los siguientes apartados. En lo referido a la columna de “*evaluaciones”, se describe de manera abreviada, el momento en que se realizaron las medidas (antes de la intervención, durante, o después), junto con el tiempo que había pasado desde la primera evaluación y los participantes que las cumplimentaron .

Tabla 7*Tratamientos Psicológicos con un Enfoque Multimodal*

Autor, año, país e intervención	Tipo estudio	Conceptualización	Población del estudio	Intervención	*Evaluaciones	Resultados
Hall et al., (2020) Reino Unido [Modelo de Recuperación CHOICE]	Ensayo no controlado	CSBD (CIE-11)	Adultos, más de 18 años Derivados por sus terapeutas Criterio inclusión CSBD Total 124 participantes con 88 bajas	Terapia Multimodal Psicoeducativa (TCC + ACT + Psicología positiva + psicodinámica) Grupal (15 grupos de 8 clientes), un taller por la tarde intensivo o un residencial de 6 días (según necesidades del cliente). Duración una tarde o 6 días	<i>Pre:</i> (0m; n=124) <i>Post:</i> (3m; n=119) <i>Seg.:</i> (9m; n=36)	Reducción de participantes con CSBD frecuente (pensamientos, fantasías, sentimientos y conductas sexuales compulsivas) de 79.3% (<i>pre</i>) a 9.5% (<i>post</i>) y 14.4% (<i>seg.</i>) De los 101 participantes con angustia clínica, el 66% mejoró significativamente en el <i>post</i> y el 6% la eliminó en el <i>seg.</i> Reducción de participantes con riesgo suicida de 72% (<i>pre</i>) a 42% (<i>post</i>) y 30% (<i>seg.</i>) Mejora significativa del bienestar, calidad vida y resolución problemas (61%), aumentando un 5% en el (<i>seg.</i>)
Kjellgren (2019) Suecia [CAT]	Ensayo no controlado	HD (Sugerencia DSM-5, influido por Kafka)	Adultos (\bar{X} =40.3 años) Derivados tras buscar ellos un tratamiento Criterio inclusión HD Total 29 participantes con 3 bajas	Terapia Multimodal (TCC + psicodinámica + sistemática) Individual, 25.6 sesiones promedio presenciales, una sesión semanal (50%), una mensual (46%), menos (4%). Duración 45'-60' Duración 1 año, promedio 10.1m	<i>Pre:</i> (2m antes; n=29) <i>Post:</i> (10m; n=26) 69.3 % aún no habían finalizado el tratamiento <i>Seg.:</i> NS	Comportamiento hipersexual (PPU inclusive) el 96% reducción total o parcial en el <i>seg.</i> Salud mental (compulsividad, depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide) disminución significativa de las dos últimas ($p<.001$) en el <i>post.</i> Medidas secundarias: aumento significativo de la autoestima ($p<.000$). Las creencias sexuales estereotipadas sin cambio. El 100% muy satisfechos con el trato
Wilson y Fischer (2018) Estados Unidos [Sacar la vergüenza]	Ensayo no controlado (grupos no equivalentes)	HD (Sugerencia DSM-5)	Adultos (\bar{X} =43.2 años) Reclutados de tratamiento residencial y ambulatoria Criterio inclusión HD Total 54 participantes, 27 "TCC" – 27 "TA" 16 bajas	Terapia Multimodal con Arteterapia "TA" (TCC "enfoque Centrado en Tareas" + Humanista "TA") Grupal (1 residencial y 2 ambulatorios), 6 sesiones, una semanal (1.5h) Duración 6 semanas	<i>Pre:</i> (semana 1; n=54) <i>Post:</i> (semana 6; n=54) 37 participaron en otros tratamientos tras terminar las 6 semanas del programa <i>Seg.:</i> (semana 12; n=38)	Reducción significativa de los niveles de vergüenza y comportamientos hipersexuales (inclusive PPU) en los grupos TA y TCC desde la línea base hasta el <i>seg.</i> ($p<.001$) Los dos tratamientos fueron igual de efectivos en reducir dichos síntomas y las ganancias se mantuvieron para ambos grupos en el <i>seg.</i>

Hartman et al., (2012)	Ensayo no controlado	SA (DSM-IV-TR Carnes, 1992)	y	Adultos (\bar{X} =39.09 años) Datos recopilados de clientes bajo tratamiento hospitalario Criterio inclusión SA Total 57 participantes, 21 sólo con "SA" y 36 mixtos, con adicción sexual y sustancias "SA-SUD"	Terapia Multimodal Centrada en Tareas (TCC + 12 Pasos) enfocada a adicción sexual y de sustancias Individual (NS) y grupal (3 semanal) en ingreso hospitalario. Atención posterior voluntaria (75.4% asistieron). Duración 54.8 días promedio tratamiento	<i>Pre:</i> (semana 1; n=57) <i>Post:</i> NS <i>Seg.:</i> (6m; n=57)	Mejora significativa en el control del impulso sexual (SA y SA-SUD) con el tiempo ($p < .001$) mejorando la puntuación media de la línea base (35.93) al <i>seg.</i> (51.9) El consumo de alcohol y drogas disminuyó significativamente ($p < .001$) a los 6m en SA-SUD Se redujo la sintomatología SA (relación consigo mismo, depresión/ ansiedad, habilidades de funcionamiento, psicosis, conducta adictiva/impulsiva) en ambos grupos (SA y SA-SUD), aunque significativamente sólo en las 3 primeras áreas ($p < .001$)
Orzack et al., (2006)	Ensayo no controlado	SA habilitado por Internet (criterios propios relacionados con la Adicción a Internet)	por	Hombres adultos (\bar{X} =44.5 años) Acudieron referidos por terapeutas, pareja, miembros del sistema legal o ellos mismos Criterio inclusión SA Total 35 participantes	Terapia Multimodal Psicoeducativa (TCC + psicodinámica + motivacional y cambio) Grupal (5 grupos de 7 personas aprox.) 16 sesiones presenciales, una sesión semanal Duración 4m	<i>Pre:</i> (0m; n=35) <i>Inter.:</i> (2m; n=35) <i>Post:</i> (4m; n=35) <i>Seg.:</i> NS	Reducción significativa de los síntomas SA respecto a la línea base (depresión y calidad de vida; $p < .05$), aunque la adicción a internet (con PPU inclusive) presentó tendencia a la baja no significativa. Mediciones secundarias: ansiedad y depresión con reducción significativa ($p < .05$), pero pensamientos obsesivos-compulsivos sexuales no ($p < .55$)
Klontz et al., (2005)	Ensayo no controlado	SA (DSM-IV-TR Carnes, 1992)	y	Adultos (\bar{X} =44.1 años) Reclutados a raíz de la asistencia previa a los tratamientos del centro Criterio inclusión Total 47 participantes con 9 bajas	Terapia Multimodal Experiencial (psicología humanista existencial + del desarrollo + sistémica + TCC) Grupal (9 grupos de 3-10 personas) en un retiro natural (32h en total) Duración 8 días	<i>Pre:</i> (0m; n=47) <i>Post:</i> (8día; n=47) <i>Seg.:</i> (6m; n=38)	Comportamiento sexual problemático (estimulación sexual, permisividad, obsesión sexual y disonancia moral) sólo se redujeron significativamente las dos últimas áreas ($p < .05$ y $p < .001$ respectivamente) en el <i>post</i> y <i>seg.</i> Reducción significativa en el <i>post</i> de los síntomas de SA: pensamiento-conducta compulsiva, ansiedad ($p < .01$ ambos) y depresión ($p < .001$). En el <i>seg</i> sólo disminuyó significativamente la ansiedad ($p < .01$) Reducción significativa del malestar general ($p < .05$) en el <i>post</i> y <i>seg</i>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8*Tratamientos Psicológicos Cognitivos-Conductuales*

Autor, año, país e intervención	Tipo de estudio	Conceptualización	Población del estudio	Intervención	*Evaluaciones	Resultados
Hallberg et al., (2020) Suecia [TCC-ICBT]	Ensayo no controlado	HD (Sugerencia DSM-5)	Hombres adultos (\bar{X} =39 años) 6 con T. Parafílico Reclutados de la Clínica ANOVA con Preven Tell Criterio inclusión HD Total 36 participantes con 9 bajas y 67% de asistencia	Terapia Cognitiva Conductual (TCC) Individual, 10 módulos no presenciales (teléfono, correo) una sesión semanal aprox. Duración 3m	<i>Pre:</i> (0m; n=36) <i>Post:</i> (3m; n=34) <i>Seg.:</i> (3m y medio; n=25)	Síntomas hipersexuales (PPU inclusive) disminuyeron en el post.(44% cumplieron criterios de cambio clínicamente significativos) y en el seguimiento (73%) La sintomatología parafílica, compulsiva y depresiva ($p<.05$) disminuyeron significativamente 88% alta satisfacción con el tratamiento
Hallberg et al., (2019) Suecia [Programa TCC grupal]	Ensayo Clínico Aleatorio	HD (Sugerencia DSM-5)	Adultos, más de 18 años Reclutados por anuncios online y referidos de las Clínicas ANOVA. Criterio inclusión HD Total 137 participantes, 58 GE "TCC" – 48 GC "lista de espera". 112 bajas	Terapia Cognitiva Conductual (TCC) Grupal (26 grupos de 2-8 clientes), 7 sesiones presenciales, una sesión semanal (2.5h) Duración 2m aprox.	<i>Pre:</i> (0m y asignación aleatoria). GC se incorpora al tratamiento 2m después <i>Inter.:</i> GE (1m; n=52), GC (3m; n= 40) <i>Post:</i> GE (2m; n=47), GC (4m; n= 35) <i>Seg.:</i> GE (3m y 6m; n=14), GC (5m y 8m; n=11)	Los síntomas hipersexuales (PPU inclusive) disminuyeron significativamente Diferencias estadísticamente significativas ($p< .05$) en las puntuaciones totales, entre las condiciones de intergrupo (tratamiento y control) e intragrupo, sobre a las variables de compulsiones sexuales y estados de ánimo disfóricos. Principalmente en el intervalo de tiempo del pre y post tratamiento
Hallberg et al., (2017) Suecia [Programa TCC grupal]	Ensayo no controlado	HD (Sugerencia DSM-5)	Hombres adultos (\bar{X} =38.9 años) Reclutados por anuncios en el diario nacional de Suecia. Criterio inclusión HD Total 10 participantes	Terapia Cognitiva Conductual (TCC) Grupal (2 grupos) 7-10 sesiones presenciales, una sesión semanal (2.5h) Duración 2m aprox.	<i>Pre:</i> (0m; n=10) <i>Post:</i> (2m; n=10) <i>Seg.:</i> (3 y 6m; n=10)	Los síntomas hipersexuales (PPU inclusive) disminuyeron significativamente a mitad (1m; $p<.01$) en el post.(2m; $p<.05$) y seguimiento (3m; $p<.01$), (6m; $p<.05$) en comparación con antes del tratamiento Buena satisfacción informada con el tratamiento

Parsons et al., (2017)	Ensayo no controlado	CSC (DSM-IV)	Hombres adultos seropositivo, homo/bisexuales (\bar{X} =34 años)	Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales	<i>Pre:</i> (0m; n=13) <i>Post:</i> (3m; n=11)	La sintomatología ansiosa ($p<.001$), depresiva ($p<.02$) y obsesivo compulsiva ($p<.01$) disminuyeron significativamente
EE.UU			Reclutados por anuncios online y de un antiguo estudio sobre CSC Criterio inclusión CSC	Individual, 10 sesiones presenciales, una sesión semanal aprox. Duración 3m	<i>Seg.:</i> NS	Su deterioro funcional asociado y la compulsividad sexual se redujeron levemente sin ser estadísticamente significativo dicho cambio ($p<.2$)
[ESTEEM-SC]			Total 13 participantes con 2 bajas y 44% de asistencia			
Kellet et al., (2017)	Diseño de Caso Único	HD (Sugerencia DSM-5)	Hombre adulto de 41 años Remitido por Psiquiatría Comunitaria Criterio inclusión HD	Terapia Cognitiva Conductual (TCC) Individual, 13 sesiones presenciales ambulatorias, una sesión quincenal aprox. Duración 5m	<i>Pre:</i> (3 semanas antes, 1 evaluación semanal) <i>Inter.:</i> (1 medición diaria durante 5m) <i>Post:</i> (5m) <i>Seg.:</i> (7m)	Reducción significativa en CSC durante el tratamiento ($p<.01$). El progreso continuo en el <i>seg.</i> sin ser significativo Manifestaciones conductuales se extinguieron durante la intervención sin recaídas. Inclusive PPU (de 94'a 8' hasta 0'; $p<.001$) La sintomatología ansiosa y obsesiva ($p<.001$), depresiva y deterioro interpersonal ($p<.01$) disminuyeron significativamente
Reino Unido			Total 1 participante			
[CAT]						

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9**Tratamientos Farmacológicos**

Autor, año, país e intervención	Tipo estudio	Conceptualización	Población del estudio	Intervención	*Evaluaciones	Resultados
Savard et al., (2020) Suecia [Naltrexona]	Ensayo no controlado	CSBD (CIE-11)	Hombres adultos (\bar{X} =38.8 años) Reclutados por anuncios en periódicos y online o referidos de las Clínicas ANOVA. Criterio inclusión CSBD Total 20 participantes	Terapia Médica (Antagonista no selectivo opioides) 1 pastilla de 50mg/día Duración 1m con retirada inmediata	<i>Pre:</i> (0m; n=20) <i>Inter.:</i> (1 medición semanal durante 1m) <i>Post:</i> (1m; n=20) <i>Seg.:</i> (2m; n=20)	La puntuación media de los síntomas hipersexuales (PPU inclusive) disminuyeron significativamente ($p<.0001$) a mitad (5.65) y final del tratamiento (4.95) en comparación con la línea base (10.9) En el seg. (sin medicación) la media aumento (8.10) aunque aun significativamente más bajo ($p<.0004$)
Winder et al., (2018) Reino Unido [Fluoxetina y CPA]	Ensayo no controlado (grupos no equivalentes)	HD (Sugerencia DSM-5)	Hombres adultos penitenciarios (\bar{X} =45,69 años) 44% límite (CI<80) Remitido a la unidad Psiquiátrica penitenciaria Criterio inclusión HD Total 127 participantes, 98 con intervención y 61 bajas	Terapia Médica (ISRS “Fluoxetina” y Antiandrógeno “CPA”) 1 pastilla de Fluoxetina 50mg/día o 100mg/día de CPA Duración 6m, sólo el 29,1% terminó	<i>Pre:</i> (0m; n=127) <i>Inter.:</i> (75 ISRS, 23 CPA; n=98) <i>Post:</i> (1m; n=98) <i>Seg.:</i> (3 y 6m; n=37)	Las puntuaciones medias de los síntomas hipersexuales (preocupación y comportamientos sexuales, PPU inclusive) se redujeron significativamente a mitad (1.66; $p<.0001$) y final del tratamiento (1.43; $p<.03$) en comparación con la línea base (2.74) en ambos tipos de fármacos
Capurso (2017) Estados Unidos [Naltrexona]	Diseño de caso único	PPU (Criterios propios enmarcados como una adicción conductual del DSM-5)	Hombres adultos de 69 años con adicción al tabaco Reclutado por el autor de una Clínica ambulatoria para el abuso de sustancias Criterio inclusión PPU Total 1 participante	Terapia Médica (Antagonista no selectivo opioides) 1 pastilla de 50mg/día Duración 2 semanas, retirada por efecto 2º (anhedonia)	<i>Pre:</i> (2 semanas antes) <i>Inter.:</i> (2 semanas) <i>Post:</i> (2ª semana 25mg/día) <i>Seg.:</i> (3ª semana 0mg/día)	Disminuyó el tiempo dedicado a ver pornografía, PPU (de 1.65h a 16´ al día) y el número de cigarrillos consumido (de 30 a 10 al día) con la dosis más alta de 50mg/día. Sin embargo, con la retirada completa las puntuaciones volvieron a su línea base

Gola y Potenza (2016)	Diseño de tres casos únicos	PPU (criterios propios relacionados con la ansiedad)	Hombres adultos (\bar{X} =30 años) Reclutados tras buscar ellos tratamiento Criterio inclusión Total 3 participantes con 1 baja en el 4m	Terapia Médica (ISRS) 1 pastilla de 20mg/día Duración variable (4-5m aprox.)	<i>Pre:</i> (0m; n=3) <i>Inter.:</i> Medidas diarias PPU y semanales ansiedad (4-5m; n=3) <i>Post:</i> (5m; n=2) <i>Seg.:</i> (8m; n=2)	A mitad de tratamiento (2m y medio) disminuyo significativamente los niveles de ansiedad ($p<.001$; A 45%, B 50%, C 49%) y se redujo sin significancia la frecuencia de PPU ($p<.078$; A 80%, B 69%, C52%). Esta reducción duró hasta el seguimiento, aunque a los 3m aparecieron otras conductas sexuales compulsivas
Estados Unidos [Paroxetina]						
Wainberg et al., (2006)	Ensayo clínico aleatorizado (doble ciego)	CSC (DSM-IV)	Hombres adultos (\bar{X} =36.8 años) Reclutados a partir de un informe de evaluación de la Escuela de Medicina Mount Sinai Criterio inclusión CSC Total 28 participantes, 13 GE "ISRS" – 15 GC "Placebo". 4 bajas	Terapia Médica (ISRS) 1-3 pastillas de 20-60mg/día Duración 3m + 1/2 mes reduciendo dosis	<i>Pre:</i> (0m y asignación aleatoria) <i>Inter.:</i> Medida mensual (11 GE, 15 GC) <i>Post:</i> GE (3m; n=9), GC (3m; n=15) <i>Seg.:</i> NS	Los participantes en ambas condiciones redujeron significativamente la mayoría de sus síntomas de CSB durante el transcurso del ensayo. En el grupo Citalopram se redujo principalmente el deseo/impulso sexual, PPU ($p<.05$) y frecuencia masturbatoria ($p<.013$)
Estados Unidos [Citalopram]						

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10

Tratamientos Psicológicos Basado en la Aceptación y Compromiso

Autor, año, país e intervención	Tipo estudio	Conceptualización	Población del estudio	Intervención	*Evaluaciones	Resultados
Levin et al., (2017) Estados Unidos [GOYMIL]	Ensayo no controlado	PPU (Criterios propios)	Adultos (\bar{X} =23.1 años) Reclutados con anuncios en el campus universitario Criterio inclusión PPU Total 19 participantes, sólo leyeron un 52% del libro en promedio 8 bajas	Terapia de Aceptación y Compromiso (ATC) 15 capítulos en un libro de autoayuda (no presencial) 2 caps. por semana Duración 2m con 8 bajas	<i>Pre:</i> (0m; n=19) <i>Inter.:</i> (medida 1 vez semanal durante 2m) <i>Post:</i> (2m; n=11) <i>Seg.:</i> (4m; n=11)	Los participantes mejoraron en cada medida de resultado de PPU desde antes hasta después del seguimiento: Reducción significativa (n° horas, obsesión cognitiva-conductual y consecuencias negativas de PPU ($p<.013$). No significativa (inflexibilidad psicológica y calidad de vida)
Crosby y Twohig (2016) Estados Unidos [ACT para PPU]	Ensayo Clínico Aleatorizado	PPU (Criterios propios relacionados con DSM-IV)	Hombres adultos (\bar{X} =29.3 años) Reclutados por anuncios en el periódico local y en clases universitarias Criterio inclusión PPU Total 28 participantes, 14 GE "ACT" – 14 GC "lista de espera". 2 bajas	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Individual, 12 sesiones presenciales, una sesión semanal (1h) Duración 3m	<i>Pre:</i> (0m y asignación aleatoria) <i>Post:</i> 14 GE, 12 GC (3m) <i>Seg.:</i> 14 GE, 12 GC (6m). Incorporación al tratamiento el GC	Reducción significativa de PPU <i>pre-post</i> tratamiento: GE (93%) en comparación con GC (21%). Tras recibir tratamiento el GC hubo una disminución significativa <i>pre-post</i> (92%) y <i>seg.</i> (86%) Cambio clínicamente significativo en el seguimiento: el 35% dejó de ver pornografía y el 74% la redujo en al menos un 70% En los análisis adicionales disminuyeron los comportamientos y cogniciones sexuales (33%) aunque no hay evidencias en mejoras de la calidad de vida
Twohig y Crosby (2010) Estados Unidos [ACT para PPU]	Ensayo no controlado	PPU (Criterios propios)	Hombres adultos (\bar{X} =26.5 años) Reclutados por anuncios en el periódico local y en el campus de psicología Criterio inclusión PPU Total 6 participantes	Terapia de Aceptación y Compromiso (AC) Individual, 8 sesiones presenciales, una sesión semanal (1.5h) Duración 1 semana	<i>Pre:</i> (0m; n=6) <i>Post:</i> (1 semana después; n=6) <i>Seg.:</i> (3m; n=6)	Reducción clínicamente notable (85%) de PPU desde la línea base (1h) hasta el seguimiento (0.17h) En las medidas secundarias disminuyó: obsesión cognitiva-conductual (68%), fusión pensamiento-acción (44.5%), inflexibilidad psicológica (26%), control pensamiento (8%). Aumento ligero de la calidad de vida (16.4%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11*Tratamiento Psicológico Basado en el Programa 12 Pasos*

Autor, año, país e intervención	Tipo estudio	Conceptualización	Población del estudio	Intervención	*Evaluaciones	Resultados
Wan et al., (2000) Canadá [Programa hospitalario para la Dependencia Sexual]	Ensayo no controlado (grupos no equivalentes)	SA (DSM-IV-TR y Carnes, 1992)	Adultos (\bar{X} =43 años), el 80% multiadictos (n=47) y 39% con trastornos psiquiátricos (n=23) Reclutados tras ingreso en <i>Homewood Addiction Division</i> Criterio inclusión SA Total 202 participantes del Programa 12 pasos (en 4 años, 50 participantes por año) SA, pero sólo contestaron 59	Dentro de un programa más amplio para adictos a sustancias químicas se encuentra este programa de Dependencia Sexual. Programa de 12 pasos SA, representando un 5% de la población ingresada. Programa residencial, 2 sesiones grupales semanales (2-12h) e individuales NS Duración 1m promedio + (opcional) un programa de adicción múltiple de 9m y grupos ambulatorios SA con una reunión semanal	<i>Pre:</i> (0m; n=202 <i>Post:</i> NS (19.3m el tiempo de alta promedio) <i>Seg.:</i> (8-43m del alta dependiendo del individuo; n=59)	Durante el seguimiento 42 de 59 encuestados (71 %) informaron recaídas en algunas o todas sus conductas sexualmente dependientes. En comparación con la línea base reportaron un 75% menos de frecuencia de SA, 50% menos de gastos y 58% más calidad vida Durante el seguimiento 17 de 59 usuarios (29%) abstemios con un mayor grado de control y calidad de vida (95%) que los reincidentes Medidas adicionales: el tratamiento posterior optativo ayudó significativamente a mantenerse abstemios ($p<.009$) y el 32% de los encuestados calificaron de poco valioso el tratamiento

Fuente: Elaboración propia

Intervención Psicológica Multimodal

La primera tipología de tratamiento es la terapia psicológica con un enfoque multimodal. Como se puede observar en la Tabla 7, esta opción interventiva es la más utilizada para las personas con conductas sexuales problemáticas.

En este apartado participaron un total de 346 pacientes, de los cuales un 33.53% abandonaron el experimento. El 90.78 % eran hombres y el 9.22% mujeres, con una media de edad de 42.24 años. Respecto a la metodología implementada, todos los estudios son investigaciones empíricas cuantitativas con diseños cuasi-experimentales, específicamente ensayos no controlados. Asimismo, en función de la conceptualización empleada, el 50% de estos estudios aplican la terminología de adicción sexual bajo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y Carnes (1992); el 33.3% usan el trastorno hipersexual con la sugerencia del DSM-5; y exclusivamente el 16.6% utilizan el trastorno de la conducta sexual compulsiva de la CIE-11.

Dentro de este enfoque multimodal se ubican seis tipos de combinaciones interventivas, cada una basada en diferentes corrientes teóricas, objetivos terapéuticos y procedimientos metodológicos (este último campo se refleja en la tabla 7).

En primer lugar, se encuentra un tratamiento psicoeducativo integrador (Hall et al., 2020) influenciado por principios de la terapia psicológica: (1) cognitivo-conductual; (2) de aceptación y compromiso; (3) psicodinámica y relacional; y (4) positiva. El presupuesto teórico, donde se desarrollan sus objetivos terapéuticos, consiste en el crecimiento a través del conocimiento, es decir, un tratamiento eficaz no debe centrarse simplemente en detener comportamientos compulsivos, sino también, en mejorar las necesidades psicológicas y emocionales más intensas. Por lo tanto, el objetivo general de este programa consiste en abordar la sintomatología psicológica y emocional más profundas y, como consecuencia, disminuir los comportamientos sexuales disfuncionales.

Seguidamente, se destaca una terapia multimodal sin protocolo (Kjellgren, 2019) brindado por las unidades especializadas de bienestar social en Suecia, basándose en los principios psicológicos de la terapia cognitivo-conductual, psicodinámica y sistémica. El modelo teórico, en este caso más difuso, consiste en la integración de varias corrientes

psicológicas, bajo el juicio clínico de los profesionales a la hora de desarrollar sus intervenciones. Aunque no siguieron un programa basado en un manual, los objetivos clave fueron similares en todas las unidades: abordar la preocupación del individuo sobre su conducta hipersexual, construir estrategias para aminorar el comportamiento sexual dañino y sus consecuencias asociadas y fomentar el desarrollo del bienestar sexual.

Asimismo, aparece una intervención enfocada en la arteterapia bajo los principios teóricos de la psicología humanista (Wilson y Fischer , 2018), ofreciendo la posibilidad de complementarla posteriormente con una terapia centrada en tareas. El fundamento teórico de la arteterapia consiste en el uso del proceso creativo y de la expresión artística como forma de realzar el bienestar físico, social y emocional. Por lo tanto, el objetivo general de este tratamiento consiste en aminorar la vergüenza interiorizada de los participantes (emoción fuertemente asociada a las personas con CSB y a sus recaídas) y, en consecuencia, disminuir sus conductas hipersexuales.

También, se observa la terapia psicológica centrada en las tareas con un enfoque cognitivo-conductual, complementándose con un programa de 12 pasos para adictos sexuales (Hartman et al., 2012). El modelo centrado en la tarea se sitúa dentro de la corriente psicológica cognitivo-conductual. Este método propone trabajar solamente los problemas sexuales percibidos por el paciente, acordando con el mismo el objetivo a alcanzar en una fecha determinada. Por otro lado, el programa complementario de doce pasos, explicado en profundidad en el último apartado, se basa en lograr la abstinencia de las conductas sexuales disfuncionales mediante el apoyo grupal. Por lo tanto, el objetivo general de este enfoque multimodal implica, mediante pasos consensuados con el cliente, fomentar el control sobre el impulso adictivo (sexual y/o química) hasta lograr la abstinencia, y por consiguiente incrementar la calidad de vida.

Además, se ubica una terapia psicoeducativa integradora (Orzack et al., 2006) apoyándose en componentes de la terapia cognitivo-conductual y terapia psicodinámica, aportando como elemento innovador la entrevista motivacional y preparación para el cambio. El foco interventivo de este tratamiento consiste en disminuir la dependencia a Internet y, en consecuencia, sus conductas adictivas asociadas (entre estas el cibersexo problemático). El marco teórico central se apoya en la premisa de que la cognición sustenta la emoción y esta

conduce a la conducta. Asimismo, resalta la importancia de crear motivación en el cliente para consolidar su compromiso con la terapia y así lograr el objetivo terapéutico. En este caso, dicha meta consiste en disminuir la dependencia a Internet junto con los síntomas depresivos asociados, fomentando la motivación y la calidad de vida del paciente y, por ende, se reducirá el uso problemático de la pornografía.

Por último, se localiza una breve intervención cuya terapia principal es a través de la experiencia (Klontz et al., 2005) apoyándose en enfoques como: (1) la psicología humanista y existencial; (2) la teoría del desarrollo de psicología de Erickson; (3) la corriente sistémica; y (4) la terapia cognitivo-conductual. La base teórica, donde se desarrollan sus objetivos interventivos, consiste en entender a la persona como un ser consciente, intencional, en constante desarrollo y cuyas representaciones mentales y estados subjetivos son una fuente válida de conocimiento sobre sí mismo. Además, entiende que el comportamiento objetivable está causado por procesos mentales subjetivos. Por lo tanto, este modelo de tratamiento primero apuntó a la reducción de la vergüenza interiorizada, a la resolución de traumas y asuntos pendientes que subyacían a la adicción sexual. Y segundo, abordaron los patrones disfuncionales de pensamiento y los comportamientos sexualmente dañinos de los participantes. Todo esto mediante métodos experienciales en la naturaleza (técnicas del psicodrama y el juego de roles arteterapia, musicoterapia, escultura familiar y técnicas Gestalt).

Concluyendo, se podría decir que el componente clave de este enfoque multimodal es la riqueza de corrientes, pudiendo integrar herramientas y técnicas muy heterogéneas. Cada estudio también aportó su característica diferenciadora a esta tipología interventiva: (1) la importancia de la regulación emocional (Hall et al., 2020); (2) la terapia sin un manual protocolizado (Kjellgren, 2019); (3) la expresión emocional mediante el arte (Wilson y Fischer, 2018); (4) el trabajo a través del objetivo (Hartman et al., 2012); (5) la motivación como pilar interventivo (Orzack et al., 2006); (6) la terapia experiencial en la naturaleza (Klontz et al., 2005).

Intervención Psicológica Cognitivo-Conductual

La segunda clasificación interventiva psicológica centrada exclusivamente en la terapia cognitiva conductual (ver Tabla 8). Esta opción de tratamiento es la segunda más utilizada para personas con conductas sexuales problemáticas

En este apartado participaron un total de 116 personas, de las cuales un 62.43 % no finalizaron el experimento, además, toda la muestra estaba formada por hombres con una media de edad de 30.6 años. Respecto a la metodología implementada, los estudios son investigaciones empíricas cuantitativas con diseños cuasi-experimentales (60%) y experimentales (40%), principalmente el 60% son ensayos no controlados, el 20% de caso único y el 20% ensayos clínicos aleatorizados. Asimismo, en función de la conceptualización empleada, el 80% de estos estudios aplican el término de Trastorno hipersexual bajo la sugerencia diagnóstica del DSM-5 y exclusivamente el 20% utilizan la conducta sexual compulsiva del DSM-IV.

Dentro de este enfoque se analizaron los efectos de la terapia cognitivo conductual en sujetos con conductas sexuales problemáticas (Hallberg et al., 2017; Hallberg et al., 2019; Hallberg et al., 2020; Kellet et al., 2017; Parsons et al., 2017). El presupuesto teórico, donde se cimientan sus objetivos terapéuticos, se basa en la premisa de que la cognición sustenta la emoción y esta conduce a la conducta, es decir, un tratamiento eficaz ha de corregir, desactivar y modificar las creencias disfuncionales que sostienen dicho comportamiento problema. Por lo tanto, el objetivo general de este programa consiste en aplicar estrategias de flexibilidad cognitiva, de regulación emocional y de afrontamiento conductual, para que consecuentemente disminuyan los comportamientos sexuales disfuncionales.

El elemento diferenciador de dicho enfoque es que todos sus estudios se centran en metas concretas, siendo una terapia práctica y direccionada, A su vez, el poder medir de forma cuantificable dichos objetivos específicos mientras se controlan mejor las variables extrañas, proporciona conclusiones más claras y sólidas, en resumen, se podría decir que el punto fuerte de la terapia cognitiva-conductual es la objetividad frente a lo intuitivo.

Intervención Médica

Esta tipología interventiva se basa en la terapia médica para abordar las conductas sexuales problemáticas (ver Tabla 9). Es una de las opciones más estudiadas junto con la terapia cognitivo-conductual.

Participaron un total de 179 hombres con una edad media de 44.06 años, entre los cuales un 36.87 % abandonaron el experimento. Respecto a la metodología implementada, todos los estudios son investigaciones empíricas cuantitativas con diseños experimentales (60%) y cuasi-experimentales (40%), concretamente el 40% son ensayos no controlados, el 40% de caso único y el 20% ensayos clínicos aleatorizados. Asimismo, en función de la conceptualización empleada, el 40% de estos estudios usan el término de uso problemático de pornografía enmarcado bajo los criterios diagnósticos del propio autor, el 20% aplican el trastorno de la conducta sexual compulsiva de la CIE-11, el 20% utilizan el trastorno hipersexual de la sugerencia diagnóstica del DSM-5 y otro 20% emplean la conducta sexual compulsiva del DSM-IV.

Este enfoque interventivo se enmarca en una concepción biologicista de las psicopatologías. Argumentan que los trastornos mentales son causados por motivos orgánicos o físicos y que estos pueden tratarse mediante la administración de fármacos específicos. Los autores de esta tipología analizaron los efectos de los fármacos para las conductas sexuales disfuncionales. Se pueden ubicar tres grupos diferentes de medicamentos: (1) inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina “ISRS”; (2) antagonista no selectivo de opioides; y (3) antiandrógenos “AA”.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son los antidepresivos más destacados entre estas intervenciones médicas, específicamente se encuentran la Fluoxetina, la Paroxetina y el Citalopram (Gola y Potenza, 2016; Wainberg et al., 2006; Winder et al., 2018). Estos fármacos actúan bloqueando la reabsorción de serotonina en las neuronas aumentando así sus niveles en el Sistema Nervioso Central. La finalidad de estos es repercutir en la reducción de la ansiedad, de la depresión o del deseo sexual, y como consecuencia aminorar la sintomatología específica de CSB.

En el segundo grupo se ubica la Naltrexona (Capurso, 2017; Savard et al., 2020). Es un medicamento antagonista no selectivo de los opioides, disponible por vía oral, y funciona por medio del bloqueo de los efectos de opioides exógenos y, muy probablemente endógenos también. Busca restablecer la química cerebral dañada por la adicción, modulando el circuito de recompensa, disminuyendo así las conductas sexuales disfuncionales, y a su vez, los síntomas ansioso-depresivo.

Por último, se encuentra el antiandrógeno acetato de ciproterona, abreviado como CPA (Winder et al., 2018). Este fármaco es reconocido por su efecto directo en la reducción de los niveles de testosterona, informando disminuciones significativas en las conductas hipersexuales.

El elemento distintivo de esta tipología es la introducción de un fármaco en la intervención, en comparación con el resto de los enfoques basados exclusivamente en tratamientos psicológicos. Además, son trabajos cortos y concisos, y aunque no busquen el entendimiento de la conducta problema, si arrojan efectividad directa ante la hipótesis planteada.

Intervención Psicológica de Aceptación y Compromiso

Esta clasificación se constituye exclusivamente por los tratamientos psicológicos basados en la terapia de aceptación y compromiso (ver Tabla 10). Dicha opción interventiva no ha sido la principal elección a la hora de abordar las conductas hipersexuales, sin embargo, tras demostrar su eficacia, ha alcanzado un fuerte interés clínico favoreciendo nuevas investigaciones en esta línea.

En este apartado participaron un total de 10 personas, entre las cuales el 18.87% no terminaron el experimento. La mayoría fueron hombres (97.7%) con una edad media de 26.3 años. Respecto a la metodología implementada, todos los estudios son investigaciones empíricas cuantitativas con diseños cuasi-experimentales (66.6 %) y experimentales (33.3%), específicamente el 66.6% son ensayos no controlados y el 33.3% ensayos clínicos aleatorizados. Además, en función de la conceptualización empleada, todos los estudios aplicaron el término de uso problemático de la pornografía enmarcado bajo los criterios diagnósticos del propio autor.

Dentro de este enfoque, (Crosby y Twohig, 2016; Levin et al., 2017; Twohig y Crosby, 2010) se examinó los efectos de la terapia de aceptación y compromiso en sujetos con uso problemático de la pornografía. Dicha terapia aborda el cibersexo problemático como un trastorno principal y no como una manifestación conductual adyuvante a los comportamientos sexuales disfuncionales.

El presupuesto teórico, donde se fraguan sus objetivos terapéuticos, argumenta que lo que provoca el malestar no son los eventos en sí mismos, sino la manera de vincularse con estos, entendiendo los trastornos desde una perspectiva contextual y funcional. Es decir, no se trata de evitar el dolor, sino de aceptar la propia experiencia mental y psicológica, para así reducir la intensidad de los síntomas. De acuerdo con esta idea, la investigación ha encontrado consistentemente que el impacto de dicha terapia se explica por reducciones significativas en la inflexibilidad psicológica (rasgo predominante en la CSB). La inflexibilidad psicológica son patrones rígidos de comportamiento orientados a la gratificación momentánea, en lugar de a los valores de la persona, además incluye la evitación experiencial (intentos de escapar de las experiencias internas no deseadas).

Por lo tanto, los objetivos generales de dicha intervención consisten en crear una vida rica y significativa para el cliente, aceptando el dolor que inevitablemente viene con ella. Asimismo, cambiando la forma rígida en la que los individuos reaccionan a los impulsos de ver pornografía (guiado por experiencias internas "pensamientos, emociones e impulsos") redirigiendo su energía en disminuir el uso problemático de la pornografía.

Esta tipología interventiva contiene muchos elementos que distan de los anteriores enfoques: (1) busca crear una vida que valga la pena vivir, viéndose esto reflejado en la posterior reducción del síntoma hipersexual; (2) le dan importancia al vínculo terapéutico midiendo variables como la adherencia al tratamiento y el compromiso con el mismo; (3) no se focaliza exclusivamente en la conducta disfuncional, sino que busca encontrar un motivo subyacente que mantenga dicha problemática; (4) se interesan por la historia del paciente y sus factores de vulnerabilidad; (5) entiende el alta, no exclusivamente como la ausencia de la conducta dañina, sino también de los niveles de malestar y angustia psicológica; (6) se focaliza en aumentar la calidad de vida durante largos periodos de tiempo; y (7) además investiga el uso problemático

de la pornografía como un trastorno independiente y no como una manifestación conductual adyuvante a CSB.

Intervención Psicológica de Doce Pasos

La última tipología interventiva es el programa de apoyo de doce pasos para la dependencia sexual (ver Tabla 11) es la opción interventiva menos implementada.

En este estudio participaron un total de 202 clientes en un periodo de cuatro años (40-50 pacientes anuales), entre los cuales sólo respondieron a las medidas evaluativas 59, por lo que se incluyeron sólo estos últimos en los análisis. La muestra disponía de un 69.5% hombres y un 30.5% de mujeres, ambos con una edad media de 43 años. Este tratamiento específico se efectuó dentro de un programa más amplio para adictos a sustancias químicas, por lo que los resultados pueden haberse contaminado por variables externas no controladas. Respecto a la metodología implementada, el trabajo es una investigación empírica cuantitativa con diseño cuasi-experimentales, concretamente un ensayo no controlado. Además, como base conceptual empleo la terminología de adicción sexual bajo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

La terapia de doce pasos para la dependencia sexual (Wan et al., 2000) es influenciada por el programa de alcohólicos anónimos, su filosofía de trabajo se enmarca en un modelo dual, de enfermedad y espiritualidad, para hacer frente a la adicción. Sin embargo, se ha colocado en otro apartado puesto que no parece contextualizarse dentro de las corrientes psicológicas habituales.

De acuerdo con este modelo, la adicción es vista como una enfermedad crónica en etapa avanzada, una fase en la que el individuo ya no tiene control sobre su vida. La enfermedad/adicción se percibe como externa a la persona, es decir es incurable, pero puede detenerse temporalmente mediante la abstinencia de la conducta sexual lesiva. En lo referido a la terminología del programa de los 12 pasos, la CSB tiene tres manifestaciones: física (la adicción); mental (el anhelo de ciertos comportamientos sexuales); y espiritual (el egoísmo y el enfoque en uno mismo). La parte espiritual es un componente imprescindible para este tipo de terapia, presenta al adicto como un individuo indefenso que ha perdido el control de sí mismo y es incapaz de usar la fuerza de voluntad, sólo apoyándose en un “Poder Mayor” se puede detener el comportamiento sexual adictivo. En consecuencia, el objetivo general de este enfoque

interventivo es, mediante el conocimiento, el apoyo grupal y la parte espiritual, reducir hasta erradicar la sintomatología de las conductas hipersexuales, entendiendo como alta y curación la abstinencia.

El programa de doce pasos aporta una característica que el resto de los enfoques no presenta, se focaliza en el desarrollo de una parte espiritual, priorizando el crecimiento personal y la dignidad del individuo. También, entiende el alta o curación como la abstinencia de las conductas sexuales problemáticas, no sólo en la reducción del síntoma.

Discusión

Hallazgos de la Revisión Sistemática

Ante la práctica extendida del uso de pornografía, tanto en adultos como en jóvenes, junto con su incremento anual y sus edades de inicio cada vez más tempranas, este trabajo plantea realizar una revisión sistemática respondiendo a la pregunta ¿Qué programas se están implementando para la reducción de las conductas sexuales compulsivas y concretamente en el uso problemático de la pornografía y cuál es la eficacia de dichas intervenciones? Hasta donde sabemos, la presente revisión sistemática es la primera en analizar la eficacia de los diversos modelos terapéuticos en el uso de la pornografía problemática basándose exclusivamente en metodologías rigurosas, es decir, utilizando ensayos controlados aleatorizados, ensayos no controlados y diseños de caso único para la recopilación de datos.

La opinión respecto al comportamiento sexual compulsivo ha sido variable a lo largo de la historia, en función de los valores culturales, los cambios sociales, la ideología política, la evolución de la ciencia y las creencias religiosas. La concepción de CSB como patología es relativamente reciente, y aunque debido a la falta de integración teórica, dicho trastorno quedó excluido del DSM-5, gracias al posterior reconocimiento de CSBD en la CIE-11, pudo proliferar la investigación esta línea. Asimismo, la evolución del uso problemático de la pornografía ha sido aún más difuso, pasando desapercibido entre un abanico de diversas conductas hipersexuales, a empezar a abordarse en algunos estudios como un trastorno principal. Sin embargo, la pornografía problemática no se recoge en ningún manual de referencia, siendo los criterios propios del autor los que condiciona cada investigación.

Por otro lado, el alto nivel de especificidad de las pautas de selección expuestas en la Figura 2, permitió delimitar eficazmente la búsqueda. Tras describir los criterios de inclusión y exclusión, la selección de las investigaciones permitió incluir 20 estudios en total, los cuales, tras superar el cribado y la aprobación de los investigadores, podrían considerarse de calidad óptima. Posteriormente, estas fueron empleadas para la extracción de los resultados de la presente revisión sistemática.

Se han encontrado cinco tipologías de tratamiento: (1) las intervenciones psicológicas con enfoque multimodal; (2) las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales; (3) las

intervenciones médicas; (4) las intervenciones psicológicas de aceptación y compromiso; y (5) la intervención psicológica del programa doce pasos.

En líneas generales, se puede destacar que todos los grupos interventivos son capaces de reducir la presencia de las conductas sexuales problemáticas (con PPU inclusive). Sin embargo, aunque estos estudios contienen elementos comunes, tanto en la estructura del tratamiento como en los objetivos generales y su eficacia en los mismos, estos discrepan en la manera de conseguirlos, apoyándose así en diferentes técnicas y modelos teóricos. En consecuencia, no se puede comparar la eficacia entre ellos por no ser grupos equivalentes. Esto es debido a que cada tipología interventiva se enmarca bajo diferentes conceptualizaciones, metodologías y modelos teóricos, y aunque coincidan en los objetivos terapéuticos generales, difieren en los específicos. Por lo tanto, cada enfoque utiliza diferentes estrategias y herramientas terapéuticas en función de su fundamento teórico para alcanzar la meta general.

Dentro del tratamiento psicológico con un enfoque multimodal, (Hall et al., 2020; Hartman et al., 2012; Kjellgren, 2019; Klontz et al., 2005; Orzack et al., 2006; Wilson y Fischer, 2018) combinando métodos principalmente psicosociales, cognitivo-conductuales y psicodinámicos, se podría decir que aporta gran riqueza terapéutica, pudiendo integrar herramientas y técnicas muy heterogéneas. Sin embargo, aunque sus análisis reflejan a nivel general la reducción del uso problemático de la pornografía con su sintomatología asociada, no se puede inferir una conclusión clara ante la falta de homogeneidad de dichos estudios. Asimismo, esta fundamentación mixta e inespecífica refleja la falta de conocimientos sobre la etiología y el curso del trastorno.

En la terapia psicológica cognitivo-conductual (Hallberg et al., 2017; Hallberg et al., 2019; Hallberg et al., 2020; Kellett et al., 2017; Parsons et al., 2017) se infieren hallazgos más tangibles, ya que todos sus estudios se centran en metas concretas con objetivos mejor cuantificables, siendo esta una terapia práctica y direccionada. Sin embargo, se focaliza exclusivamente en la reducción del síntoma, dejando de lado otros componentes fundamentales del ser humano, como la historia vital, la experiencia espiritual, el vínculo terapéutico, entre otros. Respecto a la evidencia clínica, todas las investigaciones muestran como la intervención influye de manera directa en la disminución significativa de la sintomatología hipersexual. Sin

embargo, aunque estos datos son más claros que los anteriores, siguen siendo ambiguos ante la heterogeneidad de las muestras, metodologías y bases diagnósticas.

La terapia médica (Capurso 2017; Gola y Potenza, 2016; Savard et al., 2020; Wainberg et al., 2006; Winder et al., 2018) mediante la utilización de diferentes grupos de fármacos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antagonista no selectivo de opioides y antiandrógenos) pretende reducir las conductas sexualmente problemáticas. Estos estudios son cortos y concisos arrojando efectividad directa a la hipótesis planteada. Asimismo, entiende como eficacia interventiva la reducción del síntoma en el momento de las mediciones, sin embargo, todos los estudios muestran cómo, ante la retirada del fármaco, las conductas hipersexuales vuelven a florecer, es decir, aunque se cumpla su objetivo interventivo, este no es sostenible a lo largo del tiempo. Además, no aporta información relevante en el ámbito de la psicología, puesto que no busca explicaciones de la conducta dañina, ni observa con perspectiva todo el abanico de variables influyentes que causan dicho trastorno.

En la terapia de aceptación y compromiso (Crosby y Twohig, 2016; Levin et al., 2017; Twohig y Crosby, 2010), hay un creciente cuerpo de investigación a raíz de la efectividad interventiva demostrada en otros trastornos (Hayes et al., 2006). Esta tipología interventiva contiene muchos elementos que distan de los anteriores enfoques. Principalmente busca crear una vida que valga la pena vivir, entendiendo el alta no exclusivamente como la ausencia de la conducta hipersexual, sino también de los niveles de angustia psicológica asociada. También pretende encontrar los motivos subyacentes que mantienen dicha problemática, y a su vez, mide otras variables externas, como la historia vital del paciente y el vínculo terapéutico.

La terapia de aceptación y compromiso demostró eficacia interventiva con cambios duraderos en el tiempo. El objetivo terapéutico, aunque es el mismo que en las otras corrientes “reducir el uso de las conductas sexuales disfuncionales”, lo aborda de manera distinta. Principalmente, pretende reducir la difusión cognitiva (fusión pensamiento-acción) e inflexibilidad psicológica, elementos característicos de este trastorno, y a su vez, busca construir valores vitales individuales como pilar terapéutico. Consecuentemente, todo esto se ve reflejado en una reducción clínicamente significativa del uso problemático de la pornografía. Por otro lado, al ser el único enfoque que aborda el uso problemático de la pornografía como un trastorno principal y no como una manifestación adyuvante de CSB, proporciona conclusiones más

directas sobre dicha reducción. Sin embargo, para poder generalizar los resultados, se necesitarían criterios diagnósticos más unificados y aumentar el número de los participantes hasta alcanzar una muestra representativa. A pesar de dichas limitaciones en el estudio, este enfoque interventivo parece ser prometedor.

Por último, la terapia psicológica de doce pasos (Wan et al., 2000) aporta una característica que el resto de los enfoques no presenta, se focaliza en el desarrollo de una parte espiritual, priorizando el crecimiento personal y la dignidad del individuo. El objetivo general de este programa consiste en la eliminación total de las conductas hipersexuales, puesto que entiende la recuperación como la abstinencia y no como la reducción de dicha problemática. Consecuentemente, aunque algunos participantes sí disminuyeron sus conductas sexuales dañinas, no pudieron ser enmarcado dentro del objetivo terapéutico. Este estudio es el que más limitaciones presenta debido a: (1) un 70.5 % de la muestra, aunque si participó en el experimento, no colaboró en las evaluaciones; (2) no se realizaron mediciones post-interventivas, sólo de seguimiento; por ende, no se infieren mejorías directas causadas por el tratamiento; (3) es un programa específico dentro de uno más grande para adicciones múltiples, por lo que los resultados se ven contaminados ante este contexto difuso; y (4) no se engloba dentro de las corrientes psicológicas habituales, utilizando bases teóricas muy particulares, por lo tanto, no se puede comparar con otras tipologías interventivas.

En conclusión, aunque por el contexto difuso de dicha problemática no se puede obtener evidencias rigurosas, ni comparaciones efectivas, todos estos enfoques aportan información relevante a la literatura científica. En esta revisión se pueden extraer elementos efectivos de cada enfoque terapéutico, para así implementarlos en la práctica clínica, acercando más la intervención a la evidencia científica. También, convendría utilizar las limitaciones plasmadas en cada terapia para seguir investigando en esa línea.

Puntos Fuertes y Limitaciones

Este trabajo presenta grandes limitaciones ante la gran heterogeneidad del panorama actual en el uso problemático de la pornografía, siendo estas limitaciones: (1) la ausencia de criterios diagnósticos y la variedad de terminologías y pautas que difieren de un estudio a otro; (2) las varias utilidades de PPU, enfocándolo como una manifestación conductual de las conductas hipersexuales o como un trastorno independiente; (3) la etiología de CSB, considerándose en

función del autor, adictivo, impulsivos y/o compulsivo o ninguna de las anteriores; (4) la falta de estudios con diseños experimentales, teniendo que incluir metodologías de menor calidad; (5) la carencia de muestras representativas, con un número reducido de participantes y siendo casi todos hombres caucásicos; (6) la implementación de enfoques terapéuticos muy variados, apoyados en fundamentos teóricos, objetivos específicos y técnicas muy variadas, impidiendo la comparación entre los datos.

Debido a estas limitaciones, no se pueden inferir evidencias claras de los datos empíricos, pero sí extraer conclusiones cualitativas, aportando claridad en el panorama actual, creando una base sólida para seguir construyendo investigaciones en esta línea.

No obstante, a pesar de las limitaciones y la gran dificultad para elaborar y redactar esta revisión sistemática, se realizan una serie de aportaciones, que se convierten a su vez en puntos fuerte del trabajo. En primer lugar, resaltar la utilización de un enfoque sistemático de filtrado para las investigaciones obtenidas. En segundo lugar, la calidad de las investigaciones incluidas, siendo ensayos clínicos aleatorizados, ensayos no controlados y diseños de caso único, que dentro de sus limitaciones son metodologías de óptima calidad, permitiendo inferir así conclusiones más sólidas. Y en último lugar, el presente estudio ha examinado cinco tipos de intervenciones: psicológicas multimodales; cognitivo-conductuales; de aceptación y compromiso; de doce pasos; y farmacológicas. Suponiendo, por tanto, una aproximación comprensiva. Suponiendo, por tanto, una aproximación comprensiva a todos los tipos de intervenciones más comúnmente empujadas para abordar la conducta sexual disfuncional y el uso problemático de la pornografía.

Conclusión

Tras realizar las búsquedas bibliográficas de la presente revisión teórica, se localizaron un total de cinco tipologías interventivas, enfocadas a trabajar con pacientes que presentaban un uso problemático de la pornografía, siendo estos los tratamientos psicológicos multimodales, cognitivo-conductuales, de aceptación y compromiso, de doce pasos e intervenciones farmacológicas.

Se destaca la eficacia de todas las tipologías interventivas, en lo referido a confirmar el objetivo terapéutico principal “reducir las conductas sexuales compulsivas (con PPU inclusive).

De modo distinto, cada intervención se enmarca en un fundamento teórico, aplicando técnicas y objetivos específicos, los cuales distan de un enfoque a otro. Aunque de manera general las terapias son efectivas, de manera específica las conclusiones son difusas y ambiguas. Por lo tanto, aunque no se puedan generalizar los resultados, sí se pueden extraer datos cualitativos de los estudios, como sus elementos comunes y diferenciadores y sus puntos fuertes y débiles.

Referencias

- Ballester-Arnal, R., Castro Calvo, J., Gil-Llario, M. D., & Gil-Julia, B. (2017). Cybersex addiction: A study on Spanish college students. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(6), 567–585. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1208700>
- Billieux, J., & Van der Linden, M. (2012). Problematic use of the Internet and self-regulation: A review of the initial studies. *The Open Addiction Journal*, 5(Suppl 1: M4), 24–29. <http://dx.doi.org/10.2174/1874941001205010024>
- Carnes, P. J. (1983). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. CompCare Publications.
- Carnes, P. J., Hopkins, T. A., & Green, B. A. (2014). Clinical Relevance of the Proposed Sexual Addiction Diagnostic Criteria: Relation to the Sexual Addiction Screening Test-Revised. *Journal of Addiction Medicine*, 8(6), 450–461. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000080>
- Cooper, A., Delmonico, D. L., & Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(1–2), 5–29.
- 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(2), 154.
- D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H. N., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-
- Delmonico, D. L., & Carnes, P. J. (1999). Virtual sex addiction: When cybersex becomes the drug of choice. *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 2(5), 457–463. <https://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.457>
- Doran, K. y Price, J. (2014). Pornografía y matrimonio. *Revista de Asuntos Familiares y Económicos*, 35 (4), 489–498. <https://doi.org/10.1007/s10834-014-9391-6>

- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry, 14*(1), 82–90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- Fuss, J., Lemay, K., Stein, D. J., Briken, P., Jakob, R., Reed, G. M., & Kogan, C. S. (2019). Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry, 18*(2), 233–235. <https://doi.org/10.1002/wps.20635>
- Goodman, A. (1992). Sexual Addiction: Designation and Treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy, 18*(4), 303–314. <https://doi.org/10.1080/00926239208412855>
- Greenwald, A.G., McGhee, D.E., & Schwartz, J.L.K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1464–1480.
- 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>
- Guidry, R., Floyd, C. G., Volk, F., & Moen, C. E. (2020). The Exacerbating Impact of Moral Disapproval on the Relationship Between Pornography Use and Depression, Anxiety, and Relationship Satisfaction. *Journal of sex & marital therapy, 46*(2), 103–121. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1654579>
- 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*, 861–868. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.027>
- Levine, M., & Troiden, R. R. (1988). The myth of sexual compulsivity. *The Journal of Sex Research, 25*(3), 347–363.
- Ley, D. J., Prause, N., & Finn, P. (2014). The emperor has no clothes: A review of the 'pornography addiction' model. *Current Sexual Health Reports, 6*(2), 94–105. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0016-8>

- McBride, K. R., Reece, M., & Sanders, S. A. (2008). Using the Sexual Compulsivity Scale to Predict Outcomes of Sexual Behavior in Young Adults. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15(2), 97–115. <https://doi.org/10.1080/10720160802035816>
- 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 & Behavior*, 9(3), 348–360. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.348>
- Perry S. L. (2018). Pornography Use and Marital Separation: Evidence from Two-Wave Panel Data. *Archives of sexual behavior*, 47(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1080-8>
- Perry S. L. (2020). Is the Link Between Pornography Use and Relational Happiness Really More About Masturbation? Results From Two National Surveys. *Journal of sex research*, 57(1), 64–76. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1556772>
- Perry S. L. (2020). Pornography and Relationship Quality: Establishing the Dominant Pattern by Examining Pornography Use and 31 Measures of Relationship Quality in 30 National Surveys. *Archives of sexual behavior*, 49(4), 1199–1213. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01616-7>
- Perry SL. Does Viewing Pornography Reduce Marital Quality Over Time? Evidence from Longitudinal Data. *Arch Sex Behav*. 2017 Feb;46(2):549-559. doi: 10.1007/s10508-016-0770-y. Epub 2016 Jul 7. PMID: 27388511.
- Perry, S. L. (2019). *Addicted to lust: Pornography in the lives of conservative protestants*. Oxford University Press.
- Perry, S. L., & Schleifer, C. (2018). Till Porn Do Us Part? A Longitudinal Examination of Pornography Use and Divorce. *Journal of sex research*, 55(3), 284–296. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1317709>
- Peter, J., & Valkenburg, P.M. (2008). Adolescents' exposure to sexually explicit Internet material, sexual uncertainty, and attitudes toward uncommitted sexual exploration:

is there a link? *Communication Research*, 35, 579–601. <http://dx.doi.org/10.1177/0093650208321754>

Philaretou, A.G., Mahfouz, A.Y., & Allen, K.R. (2005). Use of Internet pornography and men's well-being. *International Journal of Men's Health*, 4, 149–169. <http://dx.doi.org/10.3149/jmh.0402.149>

Poulsen, F. O., Busby, D. M., & Galovan, A. M. (2013). Pornography use: who uses it and how it is associated with couple outcomes. *Journal of sex research*, 50(1), 72–83. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.648027>

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.

Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4012–

Rush, B. (1812). *Medical Inquiries and Observations, Upon the Diseases of the Mind*. Kimber & Richardson, no. 237, Market street. Merritt, printer, no. 9, Watkin's alley.

Schimmenti, A., & Caretti, V. (2010). Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 115–132. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019414>

Schneider, J.P. (2000). A qualitative study of cybersex participants: Gender differences, recovery issues, and implications for therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 249–278. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008403700>.

Schwartz, M.F., & Southern, S. (2000). Compulsive cybersex: The new tearoom. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 127–144. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160008400211>

- Snagowski, J., Wegmann, E., Pekal, J., Laier, C., & Brand, M. (2015). Implicit associations in cybersex addiction: Adaptation of an implicit association test with pornographic pictures. *Addictive Behaviors*, 49, 7–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.05.009>
- Taylor, K. (2019). Nosology and metaphor: How pornography viewers make sense of pornography addiction. *Sexualities*, 136346071984213. <https://doi.org/10.1177/1363460719842136>
- Wery, 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. *Journal of Sex Research*, 53(6), 701–710. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1051213>
- Willoughby BJ, Leonhardt ND, Augustus RA. Associations Between Pornography Use and Sexual Dynamics Among Heterosexual Couples. *J Sex Med* 2021; 18:179–192.
- Willoughby, B. J., & Leonhardt, N. D. (2020). Behind Closed Doors: Individual and Joint Pornography Use Among Romantic Couples. *Journal of sex research*, 57(1), 77–91. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1541440>
- Willoughby, B. J., Carroll, J. S., Busby, D. M., & Brown, C. C. (2016). Differences in Pornography Use Among Couples: Associations with Satisfaction, Stability, and Relationship Processes. *Archives of sexual behavior*, 45(1), 145–158. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0562-9>

Apéndice 1

Criterios Diagnósticos para Adicción Sexual del DSM-IV-TR

Criterios diagnósticos

Un patrón desadaptativo de comportamiento sexual, que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestado por tres (o más) de los siguientes, que ocurren en cualquier momento en el mismo período de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - 1a. Una necesidad de cantidades marcadamente mayores del comportamiento sexual para lograr el efecto deseado
 - 1b. Efecto marcadamente disminuido con participación continua en la misma cantidad de comportamiento sexual
2. Retiro, manifestado por cualquiera de los siguientes:
 - 2a. El síndrome de abstinencia psicofisiológico característico de los cambios descritos fisiológicamente y/o describe cambios psicológicos al suspender la conducta sexual
 - 2b. Se practica el mismo comportamiento sexual (o uno estrechamente relacionado) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. El comportamiento sexual a menudo se involucra en una mayor cantidad o durante un período más largo de lo que se pretendía
4. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el comportamiento sexual.
5. Se dedica gran parte del tiempo a las actividades necesarias para el comportamiento sexual, para participar en el comportamiento sexual o recuperarse de sus efectos
6. Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al comportamiento sexual
7. El comportamiento sexual continúa a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el comportamiento sexual

Fuente: Criterios diagnósticos de Dependencias de Sustancias modificados para Adicción Sexual del DSM-IV-TR (APA, 2000)

Apéndice 2

Criterios de Diagnóstico sugeridos para el Trastorno Hipersexual en el DSM-5

Criterios diagnósticos sugeridos

Durante un periodo de 6 meses, fantasías sexuales intensas y recurrentes, impulsos sexuales o conductas sexuales en asociación con 4 de las 5 siguientes características:

1. El tiempo consumido por fantasías, impulsos o comportamientos sexuales interfiere repetitivamente con otros importantes (no sexuales) metas, actividades y obligaciones
 2. Participar repetitivamente en fantasías, impulsos o comportamientos sexuales en respuesta a estados de ánimo disfóricos (ej. ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad)
 3. Participar repetitivamente en fantasías, impulsos o comportamientos sexuales en respuesta a eventos estresantes de la vida
 4. Esfuerzos repetitivos pero infructuosos para controlar o disminuir significativamente estas fantasías, impulsos o comportamientos sexuales
 5. Participar repetitivamente en comportamientos sexuales sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional para uno mismo u otros
 6. Hay malestar personal clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de la vida. funcionamiento asociado con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos o comportamientos sexuales
 7. Estas fantasías, impulsos o comportamientos sexuales no se deben al efecto fisiológico directo de una sustancia exógena (por ejemplo, una droga de abuso o un medicamento)
- Especificar si: masturbación, pornografía, comportamiento sexual con adultos con consentimiento, cibersexo, sexo telefónico, lugares de entretenimiento sexual, otros

Fuente: Criterios de Diagnóstico sugeridos para HD en el DSM-5 (2013)

Apéndice 3

Criterios de Diagnóstico para el Trastorno de Conducta Sexual Compulsiva en la CIE-11

Características esenciales (obligatorias) para CSBD

Un patrón persistente de falta de control de impulsos o impulsos sexuales intensos y repetitivos que dan como resultado un comportamiento sexual repetitivo, debe manifestarse en uno o más de los siguientes:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - 1a. Participar en actividades sexuales repetitivas se ha convertido en un foco central de la vida de la persona hasta el punto de descuidar la salud y el cuidado personal u otros intereses, actividades y responsabilidades (sí/no)
 - 1b. La persona ha realizado numerosos esfuerzos sin éxito para controlar o reducir significativamente el comportamiento sexual repetitivo (sí/no)
 - 1c. La persona continúa participando en conductas sexuales repetitivas a pesar de las consecuencias adversas (ej. interrupción repetida de la relación, consecuencias laborales, impacto negativo en la salud) (sí/no)
 - 1d. La persona continúa participando en un comportamiento sexual repetitivo incluso cuando obtiene poca o ninguna satisfacción de ello (sí/no)
2. El patrón de falta de control de los impulsos o impulsos sexuales intensos y el comportamiento sexual repetitivo resultante se manifiesta durante un período prolongado (6 meses o más) (debe cumplirse)
 - 2a. El síndrome de abstinencia psicofisiológico característico de los cambios descritos fisiológicamente y/o describe cambios psicológicos al suspender la conducta sexual
 - 2b. Se practica el mismo comportamiento sexual (o uno estrechamente relacionado) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. El patrón de comportamiento sexual repetitivo causa angustia marcada o deterioro significativo en áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras importantes (Debe cumplirse)
 - Nota para descartar. La angustia que está totalmente relacionada con los juicios morales y la desaprobación de los impulsos, impulsos o comportamientos sexuales no es suficiente para cumplir con este requisito

Fuente: Criterios Diagnósticos para CSBD en la CIE-11 (2018)

