

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

PROYECTO HOMBRE



Máster en Adicciones. Perspectiva Biopsicosocial

CURSO ACADÉMICO 2020/2021

**CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA: RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO
COMUNES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN JÓVENES ADULTOS**

(Investigación empírica)

ALBA GARCÍA IGLESIAS

Madrid, Junio 2021

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	5
2.MÉTODO.....	9
3.RESULTADOS.....	13
4.DISCUSIÓN	19
5.REFERENCIAS	22
6.ANEXOS.....	26

RESUMEN

Introducción: Los comportamientos sexuales compulsivos (CSC) son definidos como las dificultades para controlar impulsos o conductas sexuales inapropiadas o excesivas. Estos generan malestar subjetivo o deterioro en el funcionamiento diario de la persona en forma de fantasías, excitación recurrente, impulsos o actividad no parafilica (Kraus et al., 2016). Pueden ejercer de mecanismo de regulación, tanto de emociones como de impulsos. Este estudio analiza la relación entre estos factores de riesgo, el consumo de sustancias y los CSC en población joven-adulta (18 a 30 años).

Método: La muestra es de 351 personas (66,1% mujeres, 33,9 % hombres). Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticos descriptivos de comparación de medias (*t* de Student) y de correlación de variables (correlación de Pearson). **Resultados:** El grupo de hombres y personas homosexuales/bisexuales presentaron un mayor nivel de CSC. Además, se encontraron correlaciones significativas entre los CSC, la falta de regulación emocional, la impulsividad y el consumo de alcohol y cannabis.

Conclusiones: Este estudio sugiere la necesidad de seguir investigando acerca de los CSC y su etiología. **Palabras clave:** Comportamientos sexuales compulsivos, regulación emocional, impulsividad, uso de sustancias.

ABSTRACT

Introduction: Compulsive sexual behaviors (CSB) are defined as difficulties in controlling inappropriate or excessive sexual urges or behaviors. That generates a subjective discomfort or impairment in the person's day-to-day, such as fantasies, recurrent arousal, urges, or non-paraphilic activity (Kraus et al., 2016). These can act as a regulatory mechanism, both for emotions and impulses. This study analyzes the relationship between said risk factors, substance use and CSB in a young-adult population (18 to 30 years). **Method:** The sample consisted of 351 people (66.1% female, 33.9% male). Descriptive statistics of mean comparison (*t* de Student) and correlation of variables (Pearson's correlation) were used for data analysis. **Results:** The group of men and homosexuals/bisexuals people presented a higher level of CSB. Significant correlations were found between CSB, lack of emotional regulation, impulsivity and alcohol and cannabis consumption. **Conclusions:** This study suggests a need for further research on CSB and their etiology. **Key words:** Compulsive sexual behavior, emotion regulation, impulsivity, substance use.

1. INTRODUCCIÓN

El deseo sexual o la libido hace referencia a una emoción, impulso o fuerza que nos mueve al encuentro íntimo con otras personas (Kandel, 1999). Según Levine (2003), el deseo sexual está determinado por tres factores: En primer lugar, el *impulso*, la parte más innata y ajena al control de la persona, el cual establece el equilibrio homeostático de interés para poder asegurar la perpetuación de la especie. Por otro lado, está la *motivación*, relacionada con los aspectos psicológicos pertenecientes al deseo sexual. Este factor es indispensable en el deseo sexual y se manifiesta a través de la atracción o afecto hacia una persona, la relación o el amor que se establezca con la otra persona. Por último, se encuentra la *disposición*, componente esencial relacionada con los valores o culturas, y que afecta directamente al apetito sexual. Según este autor, estos tres factores varían en cuanto a su grado e intensidad en un mismo individuo a lo largo del tiempo o dependiendo de la situación, es decir, pueden existir etapas en las que el deseo sexual sea muy elevado y, por el contrario, otros en los que este sea muy bajo. Esto es habitual y no está fuera de la norma. El deseo sexual se suele operativizar en relaciones sexuales.

En muchas ocasiones, el sexo se convierte en un paliativo del dolor, y todo lo relacionado con lo sexual en algo enfermizo y morboso. De este modo, se utilizan las relaciones eróticas como una forma de afrontamiento. Afrontamiento para celebrar cuando se está animado/a, pero también para animarse cuando no (Bancroft et al., 2009). Esta mala utilización del sexo para enfrentar situaciones emocionales intensas puede llevar a una utilización compulsiva. Como resultado de esto, surgen los comportamientos sexuales compulsivos (CSC). Los CSC son definidos como las dificultades para controlar impulsos o conductas sexuales inapropiadas o excesivas, en forma de fantasías, excitación recurrente, impulsos o actividad no parafílica, que generan malestar subjetivo o deterioro en el funcionamiento diario de la persona (Kraus et al., 2016). Tal y como comenta Echeburúa (2012), el problema no reside tanto en la intensidad del comportamiento, sino en la dificultad para controlarlo.

Se ha de destacar que, aunque su popularidad científica no haya sido grande, el imaginario popular ha hablado de esta temática desde hace mucho tiempo atrás. De tal manera, que existen los comúnmente conocidos términos como el *donjuanismo*, basado en un personaje literario, la *satiriasis* o la *ninfomanía* para definir un cuadro psicopatológico clínico de compulsividad sexual. A pesar de esto, la evidencia científica

destaca que los CSC son comportamientos “relativamente comunes” en la población adulta general (Kuzma y Black, 2008).

Una de las formas de manifestación los CSC es el Trastorno por Hipersexualidad (THS), a pesar de no estar este incluido en la clasificación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Los únicos trastornos reconocidos hasta el momento en los manuales son aquellos referidos a la disminución o ausencia de deseo sexual, aversión o deseo sexual hipoactivo (Castro, 2017). Aunque el THS fue considerado como objeto de inclusión dentro de la quinta edición del manual, al final se conceptualizó como un trastorno no necesariamente parafílico del deseo sexual, con un componente impulsivo, y no como una adicción comportamental al uso. Una de las razones por las que no se añade dentro de las adicciones comportamentales es por la falta de investigación empírica válida que estudien la psicopatología, la prevalencia y la relación con la personalidad (Chiclana et al., 2015). Asimismo, es necesaria aún la creación de una batería de herramientas de evaluación y una aceptación por parte de la comunidad científica de la terminología utilizada. Todo lo nombrado anteriormente contribuye a la falta de literatura científica sobre el tema.

En la actualidad, se explica el inicio y mantenimiento de este cuadro clínico a través de una perspectiva biopsicosocial (Castro, 2017). De esta manera, entendemos que son los *factores biológicos* los que crean una predisposición e incrementan la gravedad de los comportamientos compulsivos. Se destacan aquí los factores neurobiológicos (alteración del sistema de recompensa o funcionamiento anómalo de la amígdala y córtex prefrontal) y hormonales (mayores niveles de testosterona y estradiol). Los *factores psicológicos* se asocian a cuadros referidos como traumáticos en el pasado (problemas de vinculación o haber sido víctima de abuso sexual infantil). Por último, los *determinantes sociales* tienen que ver con el contexto y cultura en la que la persona se desarrolla. Estos tendrían relación con la apertura al sexo en la sociedad, en el grupo de pares o la religión. La principal sintomatología de los CSC es, según Castro et al. (2017):

- 1) Frecuencia sexual de más de 7 orgasmos semanales.
- 2) Uso del sexo como regulador de las emociones.
- 3) Pensamientos sobre el sexo obsesivos y distorsiones cognitivas.
- 4) Síntomas de falta de control ejecutivo.

Estos síntomas pueden adoptar múltiples formas de manifestación: desde masturbación compulsiva o relaciones eróticas y promiscuas con desconocidas/os, hasta frecuentación de prostíbulos o uso de pornografía (Echeburúa, 2012). Según señalan Echeburúa y Corral (2010), en la “adicción al sexo” el comportamiento busca paliar el malestar, más que buscar el bienestar (Iruarrizaga et al., 2019). Además, los CSC se asocian con altos volúmenes en las regiones límbicas asociadas a la prominencia motivacional y el procesamiento emocional. Por otro lado, también se relacionan con el deterioro de la conectividad funcional entre las regiones límbicas y reguladoras del control prefrontal (Schmidt et al., 2017).

Una de las hipótesis más contempladas de los CSC es que estos se relacionan con dificultades en el control de los impulsos, la falta de aceptación emocional y una limitación en el acceso de estrategias de regulación emocional y/o sexual (Lew-Starowicz et al., 2019; Rizzor et al., 2017). Tanto el consumo de drogas como los CSC pueden ser utilizados como herramienta de regulación, tanto emocional, como de impulsos. Las personas que mantienen esta sintomatología refieren tener sentimientos de vergüenza o culpa, lo que hace que se retroalimente el ciclo de compulsividad incapacitando las relaciones afectivas salubres (Adam y Robinson, 2001). Esto se confirma en el estudio realizado por Chiclana et al. (2015), que muestra que el 61,3% de su muestra recogida (población con sintomatología de compulsividad sexual) no tenía pareja estable.

La regulación emocional se define como aquellos comportamientos destinados a monitorizar, evaluar y modificar las reacciones emocionales para adecuarse a unas metas propias. Por el contrario, la desregulación emocional hace referencia a los déficits que se manifiestan en la aceptación de emociones, la habilidad de controlar impulsos, la capacidad para comportarse en relación con los objetivos propios ante emociones negativas y la facultad para utilizar las estrategias de regulación emocional adecuadas. De esta manera, los CSC podrían ejercer una función en la regulación inadecuada de las emociones, bien a través de una reducción de los estados depresivos o bien como distracción ante situaciones y estímulos negativos (Lew-Starowicz et al., 2019).

Se ha podido observar que las personas con CSC presentan un apego ansioso-avoidante, lo que hace que mantengan una predisposición mayor a buscar actividad sexual sin afectividad (Weinstein et al., 2015). Además, parece existir una asociación

significativa y positiva entre la búsqueda de sensaciones y la compulsividad sexual, aumentando esta última cuanto más aumenta la primera (Rizor et al., 2017).

Por otro lado, la impulsividad también es un rasgo que define la sintomatología de los CSC. Esta se define como “el déficit en la inhibición de conducta, el cambio de comportamiento ante la demanda del medio ambiente y la tolerancia para el retraso de la gratificación” (Sánchez-Sarmiento et al., 2013, p. 244). Así, también se comparten características con el trastorno del espectro obsesivo compulsivo (TOC) y las adicciones conductuales. Aunque ha habido poca investigación sobre el tema, es destacable reseñar que un número considerable de pacientes con TOC padecían también CSC (Fuss et al., 2019).

Aunque Fuss et al. (2019) destacan que es mucho más probable que los CSC se manifiesten como síntomas comórbidos de otros trastornos del ánimo, obsesivos compulsivos o control de impulsos, aproximadamente el 31% de los hombres que necesitan tratamiento por cualquier tipo de trastorno por uso de sustancias (TUS) también referían sintomatología perteneciente a los CSC (Brem et al., 2017). Además, el consumo de drogas se asocia a los CSC y muchos de los criterios diagnósticos entre estos son compartidos (Echeburúa, 2012). Entre jóvenes-adultos, de 18 a 30 años, la funcionalidad del uso de sustancias es principalmente socializadora, siendo el ocio nocturno uno de los ambientes donde más normalizado está su consumo (Sánchez-Sosa et al., 2013). La manifestación del deseo sexual y la sexualidad a través del uso de drogas representa un intento de adaptación al grupo de pares, buscando experimentar sensaciones y emociones diferentes a las que viven normalmente (Marquetti et al., 2005). El último estudio EDADES refleja la prevalencia de datos en torno al consumo de las drogas entre los jóvenes adultos. Esta es de 77% alcohol, 39% tabaco, 10% cannabis y 2,5% cocaína (Observatorio Español de Drogas y otras adicciones, 2020). En comparación con los resultados de otros años, se puede observar que el uso/abuso de cannabis y cocaína ha aumentado, mientras que el de tabaco y alcohol se ha estabilizado. A pesar de estos hechos, actualmente no existe literatura científica que avale con claridad la relación entre los CSC y el consumo de sustancias.

El objetivo general de este trabajo es analizar la relación entre comportamientos sexuales compulsivos, el consumo de sustancias y factores de riesgos asociados. Los objetivos específicos son: 1) explorar el grado de implicación de comportamientos sexuales potencialmente compulsivos en jóvenes adultos, 2) analizar la magnitud y

naturaleza de la relación entre CSC y las demás variables y 3) analizar las diferencias entre impulsividad, regulación emocional y consumo de sustancias entre las respuestas del cuestionario sobre sexualidad.

2. MÉTODO

Participantes y procedimiento

La muestra del estudio la conformaron 351 reclutados/as a través de internet. Los criterios de inclusión para el estudio fueron 1) tener entre 18 y 30 años, 2) haber realizado cualquier práctica sexual en un periodo de un año y 3) haber consumido alcohol, tabaco, cánnabis o cocaína, al menos mensualmente, en el último año. En la Tabla 1 se muestran las características de la muestra.

Tabla 1. *Características sociodemográficas de la muestra.*

Variable	n (%)
Sexo	
Femenino	232 (66,1)
Masculino	119 (33,9)
Edad ^a	19,5 (2.12)
Comunidad autónoma	
Principado de Asturias	274 (78,1%)
Andalucía	16 (4,6%)
Castilla y León	16 (4,6%)
Galicia	10 (2,8%)
Comunidad de Madrid	10 (2,8%)
Comunidad Valenciana	8 (2,3%)
Otras	17 (5%)
Nivel de estudios	
Educación Secundaria Obligatoria	21 (6%)
Bachiller	114 (32,5%)
Formación Profesional	70 (19,9%)
Universidad	109 (31,1%)
Máster	37 (10,5%)
Doctorado	21 (6%)

Notas. ^a Media (DT)

Todos/as los/as participantes aceptaron su inclusión en el estudio y firmaron un consentimiento informado antes de realizar la evaluación. Para poder realizar la

recolección de toda la información se creó un cuestionario (Anexos) en la plataforma *Google Forms* con una duración aproximada de 20 minutos.

Esta plataforma permitió enviar el cuestionario a través de diversas redes sociales como WhatsApp o Instagram. La difusión del cuestionario comenzó el día 24 de enero de 2021, terminando el día 4 de mayo de 2021.

Instrumentos

-Cuestionario *ad hoc* de datos demográficos: Cuestionario de seis ítems donde se recogió información acerca del sexo, edad, comunidad autónoma y nivel de estudios finalizados.

Variables psicológicas

-*Escala de afecto positivo y negativo (PANAS; López-Gómez et al., 2015)*: instrumento conformado por veinte ítems tipo Likert (*nada o muy ligeramente, un poco, moderadamente, bastante o mucho*) que permiten evaluar el afecto en el último mes mediante dos subescalas (*afecto positivo y afecto negativo*) con diez ítems cada una. En la presente muestra ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas, α de Cronbach de .88 para la subescala de afecto positivo, y de .84 para la escala de afecto negativo.

-*Escala de conducta impulsiva (UPPS-P; Cándido et al., 2012)*: instrumento conformado por veinte ítems tipo Likert que evalúa cinco rasgos de la impulsividad y el comportamiento compulsivo: urgencia positiva, urgencia negativa, falta de premeditación, falta de perseverancia y búsqueda de sensaciones. En la presente muestra ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, α de Cronbach entre .61 y .80 para las diferentes subescalas.

-*Cuestionario Monetario de Kirby (MCQ; Kirby et al., 1999)*: instrumento conformado por 21 ítems con el objetivo de evaluar el descuento por demora. El cuestionario expone diferentes situaciones hipotéticas en las que el participante deberá elegir si recibir una cantidad de dinero menor en el momento, o una cantidad mayor en un tiempo prolongado en el tiempo. Ofrece una medida general del descuento (impulsividad) y tres específicas para las magnitudes de reforzamiento: pequeña, media, grande. En la

presente muestra ha mostrado tener adecuadas propiedades psicométricas, siendo el α de Cronbach de .70.

-*Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS; Hervás y Jodar, 2008):* instrumento conformado por 28 ítems tipo Likert que permiten evaluar la desregulación emocional. La DERS evalúa 5 dimensiones: *atención-desatención, claridad-confusión, aceptación-rechazo, funcionamiento-interferencia y regulación-descontrol*. En la presente muestra la estimación de fiabilidad es adecuada para todas las escalas ($\alpha = .81-.92$).

Consumo de sustancias

-*Cuestionario ad hoc sobre consumo general de sustancias:* se recogió información sobre el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína.

Esta información era referida a la prevalencia del consumo, a través de preguntas dicotómicas sobre el consumo concreto de varias sustancias (por ejemplo, *¿Alguna vez has consumido cocaína?*). Para finalizar con el cuestionario, se añade una última pregunta con respuesta abierta en la que se podrían añadir las sustancias que la persona hubiese consumido y que no estuviesen nombradas anteriormente.

-*Test de Identificación de Trastorno por Uso de Alcohol (AUDIT; Babor et al., 2001):* Cuestionario conformado por 10 ítems que permite evaluar consumos de riesgo y dependencia al alcohol. El cuestionario hace preguntas directas al participante, y este responderá adecuándose a su situación en diferentes rangos temporales, como *nunca, una o menos veces al mes, 2 a 4 veces al mes, 2 o 3 veces a la semana y 4 o más veces a la semana*. En la presente muestra ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas, α de Cronbach de .77.

-*Test de Cribado de abuso de cannabis (CAST; Cuenca-Royo et al., 2013):* Cuestionario formado por seis ítems que mide la dependencia o consumo problemático de cannabis, incluyendo ítems de dependencia, abuso y problemas relacionados con el consumo. De la misma manera que el AUDIT, se realizan preguntas directas al participante y este deberá responder adecuándose a unos rangos temporales: *nunca, raramente, de vez en cuando, bastante a menudo y muy a menudo*. En la presente muestra ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas, siendo el α de Cronbach de .87.

-*Test de Fragerström de dependencia al cigarrillo* (FTCD; Becoña y Vázquez, 1998; Fragerström, 2011): Cuestionario conformado por seis ítems para evaluar la adicción a la nicotina y uso/abuso de tabaco. El cuestionario realiza preguntas directas al participante y este debe responder amoldándose a la respuesta que más represente su situación. En la presente muestra ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas, siendo el α de Cronbach de .77.

-*Test de identificación de Trastorno por Uso de cocaína (DUDIT)*; Berman et al., 2002): Cuestionario conformado por once ítems que permiten identificar el trastorno por uso de sustancias (TUS). El cuestionario realiza preguntas directas al participante y este debe responder en base a unos rangos temporales, como por ejemplo: *nunca, una vez al mes o menos, de 2 a 4 veces al mes, de 2 a 3 veces a la semana y 4 o más veces a la semana*. Este cuestionario ha sido adaptado para utilizarse únicamente para el uso de cocaína, modificando las preguntas para responder únicamente al consumo de cocaína. En la presente muestra ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas, siendo el α de Cronbach de .87.

Sexualidad

-*Cuestionario general sobre sexualidad*: se recogió información sobre la orientación sexual (*heterosexual, bisexual o homosexual*) y situación sentimental (*soltero o en pareja*), así como frecuencia de masturbación (*entre 0 y 2 veces, entre 3 y 4, de 4 a 6 veces, 6 o más*), consumo de pornografía (*3 o 4 veces al mes, todas las semanas, 3 o 4 veces a la semana o todos los días*) y relaciones sexuales (*menos de 3 veces al mes, entre 3 y 6 veces al mes o más de 6 veces al mes*).

-*Test de Cribado de adicción al sexo* (SAST; Castro-Calvo et al., 2018): instrumento conformado por 25 ítems dicotómicos que permite evaluar la presencia de comportamientos sexuales compulsivos y síntomas relacionados, como preocupaciones relacionadas o problemas resultantes del comportamiento compulsivo. Está conformada por las siguientes subescalas: *pérdida de control, síntomas de la adicción, deterioro funcional y ocultación*. En la presente muestra ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, α de Cronbach de entre .85 a .95.

Análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (versión 24) para Windows. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de las variables en la muestra recogida. Para el análisis de las diferencias de medias en función del sexo, orientación sexual y situación sentimental se utilizó la prueba *t* de Student. Debido a la baja recopilación de datos en población homosexual y bisexual, en comparación con la heterosexual, se incluyeron únicamente dos grupos: heterosexuales, y *no* heterosexuales (donde se engloba tanto personas homosexuales como bisexuales). Tras esto, y con el fin de identificar las correlaciones significativas a la variable principal del estudio, se realizó el análisis de correlación de Pearson. Para finalizar, se realizó una comparación de medias con la prueba *t* de Student para estudiar las diferencias en las variables que mostraron correlaciones significativas con el SAST en función del sexo, orientación sexual y situación sentimental.

3. RESULTADOS

Prevalencia de consumo e implicación en conductas sexuales.

El 99.7% de los participantes había consumido alcohol alguna vez en su vida, seguido de tabaco (79.2%), cannabis (70.7%) y cocaína (15.1%). También refieren haber consumido algún otro tipo de sustancias el 24.2% de la muestra, entre las que se destacan el MDMA (éxtasis), ketamina, codeína y popper. La Tabla 2 muestra los datos recogidos en el *Cuestionario general sobre sexualidad*, el cual refleja que la mayoría de la muestra recogida era heterosexual. Por otro lado, la pluralidad de la muestra se encontraba en una relación (60.7%), con un consumo de pornografía de entre tres o cuatro veces al mes y una asiduidad de masturbación menor a cuatro veces por semana. La frecuencia mayoritaria de relaciones sexuales que referían era de menos de seis veces al mes.

Tabla 2. *Características sexualidad de la muestra.*

Variable	n (%)
Orientación sexual	
Heterosexual	276 (78,6%)
Bisexual	63 (17,9%)
Homosexual	12 (3,4%)
Situación sentimental	
Soltero/a	138 (39,3%)
En una relación	213 (60,7%)
Frecuencia masturbación	
Entre 0 y 2 veces a la semana	138 (39,3%)
Entre 3 y 4 veces a la semana	110 (31,3%)
Entre 4 y veces a la semana	53 (15,1%)
Más de 6 veces a la semana	50 (14,2%)
Frecuencia consumo pornografía	
3 o 4 veces al mes	243 (69,2%)
Todas las semanas	50 (14,2%)
3 o 4 veces a la semana	39 (11,1%)
Todos los días	19 (5,4%)
Frecuencia relaciones sexuales con otra persona	
Menos de 3 veces al mes	130 (37%)
Entre 3 y 6 veces al mes	83 (23,6%)
Más de 6 veces al mes	138 (39,3%)

Diferencias entre los comportamientos sexuales compulsivos en función del sexo, orientación sexual y situación sentimental

Para valorar la posible relación entre los CSC y las características de los diferentes grupos de la muestra (su sexo, orientación sexual y situación sentimental) se realizó la prueba *t* de Student entre las variables antes nombradas y los datos recogidos en base a las subescalas del test de cribado de la adicción al sexo utilizado (SAST).

En la variable *sexo* se encuentran diferencias entre los diferentes grupos (femenino / masculino) para las subescalas *pérdida de control* ($t(349) = -4.50, p < .001$), *síntoma de la adicción* ($t(349) = -4.17, p < .001$) y *ocultación* ($t(349) = -1.86, p < .001$). Por el contrario, no parece haber diferencias para la escala *deterioro del funcionamiento* ($t(349) = .016, p > .001$).

En segundo lugar, en la variable *orientación sexual* se encuentran diferencias entre los grupos (heterosexual / no heterosexual) en las subescalas *pérdida de control* ($t(349) = -2.16, p < .001$), *síntomas de la adicción* ($t(349) = -3.55, p < .001$), y *deterioro*

del funcionamiento ($t(349) = -5.35, p < .001$) pero no en ocultación ($t(349) = -1.13, p > .001$)

En cuanto a la variable *situación sentimental*, únicamente se pudieron distinguir diferencias entre los grupos en la subescala *pérdida del control* ($t(349) = 2.01, p < .001$) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Diferencia de medias entre las subescalas del test SAST y las variables, sexo, orientación sexual y situación sentimental.

	Pérdida de control	Síntomas de la adicción	Deterioro del funcionamiento	Ocultación
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Sexo				
Femenino	5.36 (.80)	11.16 (1.41)	7.56 (.93)	2.41 (.70)
Masculino	5.90 (1.34)	11.76 (1.45)	7.56 (.84)	2.56 (.70)
Orientación sexual				
Heterosexual	5.48 (.95)	11.23 (1.19)	7.43 (.80)	2.44 (.71)
No heterosexual	5.77 (1.32)	11.83 (1.57)	8.04 (1.05)	2.55 (.77)
Situación sentimental				
Soltero/a	5.68 (1.16)	11.58 (1.33)	7.52 (.78)	2.51 (.75)
En una relación	5.45 (.96)	11.22 (1.26)	7.59 (.97)	2.43 (.71)

Notas. M: Media; DT: Desviación típica

Relación entre conductas sexuales compulsivas, afecto, regulación emocional, impulsividad y consumo de sustancias.

Como se puede observar en la Tabla 4, la subescala de *Pérdida de control* se relaciona significativa y positivamente con el afecto negativo ($p = .006$), mientras que de manera inversa con el afecto positivo ($p = .002$). Además, también se encuentran correlaciones positivas con las subescalas de *aceptación-rechazo* ($p = .008$), *regulación-descontrol* ($p = .001$), *funcionamiento-interferencia* ($p = .014$), y *claridad-confusión* ($p = .014$), en relación con la regulación emocional. Respecto a la impulsividad y consumo de drogas, la pérdida de control en la conducta sexual se relaciona significativamente con la *falta de perseverancia* ($p < .001$) y el consumo de alcohol ($p = .015$).

La subescala de *Síntomas de la adicción* se correlaciona de una manera positiva con el afecto negativo ($p < .001$) y con las subescalas *aceptación-rechazo* ($p = .004$), *funcionamiento-interferencia* ($p = .004$), *regulación-descontrol* ($p < .001$), *atención-desatención* ($p = .004$) y *claridad-confusión* ($p = .000$). Respecto a la impulsividad, también existe correlaciones positivas para las subescalas *urgencia negativa* ($p < .001$), *falta de premeditación* ($p < .001$), *falta de perseverancia* ($p < .001$), *búsqueda de sensaciones* ($p < .001$) y *urgencia positiva* ($p = .000$). En torno al consumo de drogas, encontramos correlación positiva con el consumo de alcohol ($p < .001$) y cannabis ($p < .001$).

Para continuar, la subescala de *Deterioro del funcionamiento* también se correlaciona positivamente con el afecto negativo ($p = .002$) y con las subescalas *aceptación-rechazo* ($p < .001$), *funcionamiento-interferencia* ($p < .001$), *regulación-descontrol* ($p < .001$) y *claridad-confusión* ($p < .001$), con relación a la regulación emocional. Respecto a la impulsividad, se encuentra correlaciones positivas con las subescalas *urgencia negativa* ($p = .004$), *falta de premeditación* ($p = .003$), *falta de perseverancia* ($p < .001$), *búsqueda de sensaciones* ($p = .001$) y *urgencia positiva* ($p = .001$). Para finalizar, existe correlación positiva para el consumo de alcohol ($p = .001$) y cannabis ($p = .011$).

Por último, la subescala *ocultación* se correlaciona positivamente con las subescalas *aceptación-rechazo* ($p = .047$) y *claridad-confusión* ($p = .022$), relacionadas con la regulación emocional; además, también con la *falta de perseverancia* ($p = .001$), respecto a la impulsividad.

Tabla 4. *Correlaciones entre los comportamientos sexuales compulsivos y el afecto, regulación emocional, impulsividad y uso de sustancias.*

	Pérdida de control	Síntomas de la adicción	Deterioro del funcionamiento	Ocultación
Afecto (PANAS)				
Afecto positivo	-,145**	-,062	-,103	-,076
Afecto negativo	-,076	-,076	-,076	-,076
Regulación emocional (DERS)				
Aceptación-Rechazo	,141**	,152**	,255**	,106*
Funcionamiento-Interferencia	,131*	,152**	,218**	,041
Regulación-Descontrol	,171**	,254**	,331**	,044
Atención-Desatención	-,052	,153**	,064	,023
Claridad-Confusión	,130*	,228**	,264**	,123*
Impulsividad (UPPS-P)				
Urgencia negativa	,002	,243**	,153**	,076
Falta de premeditación	,034	,215**	,160**	-,004
Falta de perseverancia	,230**	,318**	,311**	,180**
Búsqueda de sensaciones	,041	,261**	,177**	,053
Urgencia positiva	,087	,281**	,183**	,065
Impulsividad (MCQ)				
Descuento por demora	,042	,092	,053	,046
Alcohol (AUDIT)	,142*	,346**	,189**	,090
Cannabis (CAST)	,110	,229**	,203*	,060
Tabaco (FTCD)	-,012	,097	,084	,091
Cocaína (DUDIT)	,253	,223	,098	,203

* $p < .05$

** $p < .01$

Diferencias en las variables exploradas en función del sexo, orientación sexual y situación sentimental.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de correlaciones existentes entre las variables de estudio, se decidió comparar las medias para poder estudiar si estas correlaciones diferían dependiendo de las características concretas de la muestra recogida (sexo, orientación sexual y situación sentimental). Para ello, se tuvo en cuenta el afecto, la regulación emocional, la impulsividad y el uso de alcohol o cannabis, que fueron las correlaciones más fuertes en el análisis anterior.

En primer lugar, no se han encontrado diferencias significativas en función del sexo ni en el afecto ($p = .957$ y $.853$, respectivamente) ni en la regulación emocional ($p = .086$ -. 873) o en la impulsividad ($p = .322$ -. 994). Por el contrario, sí que presentaban diferencias significativas en torno al consumo de alcohol ($t(294) = -1.97$, $p = .002$) y cannabis ($t(154) = -2.91$, $p = .002$). La media de mujeres con uso de alcohol fue de 17.23 (4.18 DT), mientras que de hombres fue de 18.39 (7.27 DT). Por otro lado, de consumo de cannabis fue de 11.50 (5.06 DT) y de 14.38 (7.27 DT), respectivamente para mujeres y hombres.

En segundo lugar, no se han encontrado diferencias significativas en función de la orientación sexual ni en el afecto ($p = .307$ y $.760$, respectivamente), ni en regulación emocional ($p = .081$ -. 553) o en el consumo de alcohol y cannabis ($p = .219$ y $.125$, respectivamente). Por el contrario, se puede determinar que existen diferencias entre los grupos (heterosexuales / no heterosexuales) en torno a la falta de perseverancia ($t(349) = -3.37$, $p = .001$), siendo la M de 6.67 y 8.05, y DT 2.29 y 2.99, y la urgencia positiva ($t(349) = .96$, $p = .037$), con una M de 10.03 y 9.72, y DT de 2.38 y 2.76 (respectivamente para heterosexuales y no heterosexuales).

Para finalizar, no se pueden determinar diferencias significativas en función de la situación sentimental ni en el afecto ($p = .540$ y $.498$, respectivamente), ni en regulación emocional ($p = .101$ -. 642), ni en impulsividad ($p = .073$ - $.414$) o consumo de alcohol ($p = .410$) o cannabis ($p = .156$).

4. DISCUSIÓN

La literatura científica no ha indagado mucho en torno a la temática de los comportamientos sexuales compulsivos a pesar de las múltiples comorbilidades relacionadas entre sexualidad y adicciones. Por ello, los CSC siguen siendo un gran desconocido, surgiendo la necesidad de esta investigación. El propósito general de este estudio fue analizar la relación entre CSC, consumo de sustancias y riesgos asociados. A continuación, se discuten los principales hallazgos.

En primer lugar, los CSC se relacionan significativamente con los estados de ánimo, la impulsividad y la regulación emocional. La pérdida de control respecto al sexo, la manifestación de síntomas de los CSC y el deterioro del funcionamiento se corresponden con los estados emocionales negativos de manera directa y con los positivos de manera inversa. Este resultado se ajusta a los encontrados en otros estudios previos, que sustentan que hay personas que utilizan el sexo y los CSC como un mecanismo que ayuda, de forma inadecuada, a compensar los eventos displacenteros o estresantes de sus vidas (Castro et al., 2020; Rizor et al., 2017). Por otro lado, es destacable los altos niveles de urgencia, tanto positiva como negativa, como de falta de perseverancia en las personas que manifestaban este tipo de comportamientos. En relación con la literatura existente, se puede ver que se confirma lo anteriormente dicho sobre impulsividad y CSC. En un estudio realizado por Efrati et al. (2019), el cual estudia la posible relación entre agresiones y CSC, se perciben altos niveles de estos comportamientos en personas que tienen mayores niveles de impulsividad y esquemas de mala adaptación, en relación con las personas que no habían delinquido. Por otra parte, se puede apreciar que, sobre todo la pérdida de control, la manifestación de síntomas y el deterioro de funcionamiento de los CSC, se pueden vincular con la falta de regulación, interferencia y confusión emocional. Estos resultados corroboran lo obtenido en otros estudios (Iruarrizaga et al., 2019; Lew-Starowicz et al., 2019; Rizor et al., 2017)

En segundo lugar, se han encontrado evidencias que relacionan la manifestación de CSC y el uso de sustancias, en concreto alcohol y cannabis. Podemos relacionar el uso del alcohol con la pérdida de control, la manifestación de síntomas y el deterioro del funcionamiento normal de los CSC; por otro lado, el uso de cannabis parece estar relacionado con la manifestación de síntomas y con el deterioro del funcionamiento de

estos. Esto es algo novedoso, ya que la literatura científica no había relacionado tan directamente el consumo de estas sustancias con la manifestación directa de los CSC, sino más bien la similitud entre la sintomatología entre ellos y los TUS (Fuss et al., 2019). Sin embargo, un estudio anterior había advertido que la manifestación de CSC podría presentar un riesgo para el tratamiento de los TUS (Brem et al., 2018). Tiene sentido que ambos fenómenos se den de manera comórbida, ya que parecen tener una etiología bastante similar, y las personas que manifiestan cualquiera de las dos tienen un perfil parecido (Kraus et al., 2016).

Por último, los resultados muestran que los CSC se manifiestan más en hombres y en personas no heterosexuales (bisexuales y homosexuales). No existen recientemente literatura previa que relacione sexo u orientación sexual con los CSC, pero sí se ha escrito en torno a la posibilidad de falsos positivos en la práctica clínica debido a la patologización excesiva (Klein et al., 2019). Esto podría ir relacionado con los estereotipos de género y estigmatización en relación con su comportamiento sexual. Los resultados del estudio realizado por Klein et al. (2019) muestran que los terapeutas mostraron una tendencia menor a diagnosticar cuando el cliente era una mujer o un hombre homosexual, independientemente de su sintomatología. Es muy importante tener en cuenta esto, ya que supone unas implicaciones clínicas concretas que implican trabajar en evitar posibles sesgos de género y poner el foco en no estigmatizar a uno u otro colectivo.

Este estudio no está exento de limitaciones que han de tenerse en cuenta para futuras líneas de investigación. Entre estas, se encuentra las características de la muestra y el tipo de muestreo utilizado. Sería de interés realizar el estudio en población clínica con cualquier tipo de adicción o TUS, para poder encontrar más relaciones significativas y poder observar la variabilidad de los datos de una muestra a otra. Por otro lado, también sería interesante realizar el reclutamiento y recogida de los datos de manera presencial, aunque cierto es que al haber difundido el cuestionario por internet ha podido llegar a un mayor número de personas del que hubiese llegado de manera presencial. Además, sería necesario recoger un número muestral mayor, para que la muestra sea representativa.

Es necesario seguir trabajando en realizar un tratamiento más holístico que nos permita trabajar todos los aspectos de la persona. Para ello, los datos resultantes de este estudio podrían servir para ayudar a ampliar el conocimiento sobre adicciones y

comportamientos potencialmente compulsivos, de tal manera que con los datos ayuden a conocer el perfil de las personas que lleguen a tratamiento de una manera más exhaustiva. Asimismo, al haber encontrado relaciones significativas entre la falta de regulación emocional, impulsividad o afectividad, nos ayudan a conocer qué hemos de trabajar en terapia con el usuario/a.

4. REFERENCIAS

- Adam, K. y Robinson, D. (2001). Shame reduction, Affect regulation, and Sexual Boundary Development: Essential Building Blocks of Sexual Addiction Treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 23-44
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol.
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B. y Gil-Llario, M.D. (2020). Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive Behaviors*, 107 (2020), 1-7.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems*. Oxford University Press.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). La prueba de Fagerström para la dependencia a la nicotina en muestra española. *Sage Journals*, 83 (3).
- Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T. y Schlyter, F. (2002). Drugs Use Disorders Identification Test (DUDIT).
- Brem, M., Shorey, R., Anderson, S. y Stuart, G. (2018). ¿La evitación experiencial explica la vergüenza, los síntomas del TEPT y el comportamiento sexual compulsivo entre las mujeres en tratamiento por abuso de sustancias?. *Clin Psychol Psychother*, 25 (5), 692-700.
- Cándido, A., Orduña, E., Perales, J. C., Verdejo-García, A. y Billieux, J. (2012). Validation of a short Spanish version of the UPPS-P impulsive behavior scale. *Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías*, 14 (3), 73-78.
- Castro-Calvo, J. (2017). *Prevalencia, comorbilidad y correlatos psicológicos de la compulsividad sexual* [Tesis doctoral, Universitat Jaume I.]. TDX. <https://www.tdx.cat/handle/10803/401549#page=1>

- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., Billieux, J., Gil-Juliá, B. y Gil-Llario, M. D. (2018). Spanish validation of Sexual Addiction Screening Test. *Journal of Behavioral Addictions* 7 (3), 584-600.
- Castro-Calvo, J., Gil-Juliá, B., Enrique-Nebot, J. E., Cervigón-Carrasco, V. y Ballester-Arnal, R. (2019). Signos y síntomas de adicción al cibersexo en adultos mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (3), 403-412.
- Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B. y Ballester-Arnal, R. (2020). Occurrence and clinical characteristics of Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD): A cluster analysis in two independent community samples. *Journal of Behavioral Addictions*, 9 (2020), 446-468.
- Chiclana, C., Contreras, M., Carriles, S. y Rama, D. (2015). Adicción al sexo: ¿Patología independiente o síntoma comórbido?. *Revista iberoamericana de psicomática*, 115 (2015), 19-26.
- Cuenca-Royo, A., Sánchez-Niubó, A., Torrens, M., Suelves, J. y Domingo-Salvany, A. (2013). The Cannabis Abuse Screening Test (CAST) for psychiatric disorders diagnosis in young cannabis users. *Adicciones*, 25 (1), 87-8.
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo?. *Adicciones*, 24 (4), 281-286.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.
- Efrati, Y., Shukron, O. y Epstein, R. (2019). Compulsive sexual behavior and sexual offending: Differences in cognitive schemas, sensation seeking, and impulsivity. *Journal of Behavioral Addictions*, 8 (3), 432-442.
- Fagerström. (2011). La prueba de Fagerström para la adicción al cigarrillo.
- Fuss, J., Briken, P., Stein, D. y Lochner, C. (2019). Compulsive sexual behavior disorder in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and associated comorbidity. *Journal of Behavioral Addictions*, 8 (2), 242-248.
- Hervás, G. y Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19 (2), 139-156.

- Iruarrizaga, I., Estévez, A., Momeñe, J., Olave, L., Fernández-Cárdaba, L., Chávez-Vera, M. D. y Ferre-Navarrete, F. (2019). Dificultades en la regulación emocional, esquemas inadaptados tempranos, y la dependencia emocional en la adicción al sexo o comportamiento sexual compulsivo en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 44 (1), 76-103.
- Kandel, E. (1999). Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisted. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (4), 505-524.
- Kirby et al. (1999). Monetary Choice Questionnaire (MCQ).
- Klein, V., Briken, P., Schröder, J. y Fuss, J. (2019). Patologización del comportamiento sexual compulsivo por parte de los profesionales de la salud mental: ¿Importa el género y la orientación sexual de los clientes?. *Revista de psicología anormal*, 128 (5), 465-472.
- Kraus, S., Voon, V. y Potenza., M. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?. *Addiction*, 111 (12), 2097-2106.
- Kuzma, J. y Black, D. (2008). Epidemiology, prevalence, and Natural History of Compulsive Sexual Behavior. *Psychiatr Clin North Am*, 1 (31)
- Levine, S. B. (2003). The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (3).
- Lew-Starowicz, M., Lewczuk, K., Nowakoska, I., Kraus, S. y Gola, M. (2019). Compulsive Sexual Behavior and Dysregulation of Emotion. *Sexual Medicine Reviews*, 1-5.
- López-Gómez, I., González-Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 23 (3), 529-548.
- Marquetti, T., Gálvez, E., Álvarez, N. Cobas, F. S. y Cabrera del Valle, N. (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21 (5).

- Observatorio Español de las drogas y las adicciones. (2020). *Informe 2020: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Perales, J., King, D., Navas, J., Schimmenti, A., Sescousse, G., Starcevic, V., Holst, R. y Billeux, J. (2020). Learning to lose control: A process-based account of behavioral addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 108 (2020), 771-780.
- Rizor, A., Callands, T., Desrosiers, A. y Kershaw, T. (2017). (S)He's Gotta Have It: Emotion Regulation, Emotional Expressions, and Sexual Risk Behavior in Emerging Adult Couples. *Sex Addict Compulsivity*, 24 (3), 203-2016.
- Sánchez-Sarmiento, P., Giraldo-Huertas, J. J. y Quiroz-Padilla, M. F. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (1), 241-251.
- Sánchez-Sosa, J., Villareal, M. y Musitu, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Univ. Psychol*, 12 (3), 875,873.

6. ANEXOS

Cuestionario *Conducta sexual y consumo de sustancias: relación y factores de riesgo comunes en jóvenes- adultos*¹.

Soy Alba García Iglesias, estudiante del Máster en Adicciones de la Universidad de Oviedo junto a Proyecto Hombre. Actualmente, estoy realizando mi Trabajo Fin de Máster (TFM), en el que pretendo analizar la relación entre comportamientos sexuales, el consumo de sustancias y riesgos asociados a estos dos fenómenos.

El cuestionario que vas a encontrar a continuación es totalmente anónimo y los datos recogidos se utilizarán con un único fin académico.

Es necesario que cumplas estos requisitos para realizar este cuestionario:

- 1) Tener entre 18 y 30 años
- 2) Aceptar participar en el estudio.
- 3) Ser sexualmente activo (haber realizado CUALQUIER práctica sexual* en un periodo de un año).
- 4) Haber consumido alguna sustancia/droga* de manera regular (al menos mensualmente) en el último año.

*Práctica sexual: sexo oral, ver pornografía, masturbación, relación sexual...

*Dentro de las drogas incluimos también el tabaco y el alcohol

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, manifiesto que:

1. He recibido de Alba García Iglesias toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos y procedimientos que se seguirán para realizar las recogidas de datos pertinentes, aplicándose el efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico.
2. Acuerdo y comprometo que la persona que suscribe este documento que será sólo ella quién se encargará de la realización de dicha evaluación y del tratamiento de los datos recogidos, para lo que autorizo de las pruebas o test que se estimen necesarios para obtener la información necesaria para el fin solicitado.

¹ Se puede encontrar el cuestionario online en este enlace: <https://forms.gle/6PSopjj9L1xgFWpi8>

3. Quedo informado/a de que el presente consentimiento podrá ser revocado libremente en cualquier momento por cualquiera de las dos partes, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.

4. Igualmente, he sido informado/a de que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación de la evaluación.

Tomando todo ello en consideración, expresamente autorizo y comprometo con Alba García Iglesias para realizar la citada evaluación y otorgo mi expreso consentimiento. Manifiesto que doy mi consentimiento

DATOS DEMOGRÁFICOS

Sexo:

Femenino

Masculino

Intersexual

Edad:

Comunidad autónoma:

Nivel de estudios finalizados hasta el momento:

Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O)

Bachiller

Formación Profesional

Grado Universitario

Máster

Doctorado

PANAS- Marque con una cruz la opción que refleje mejor cómo se ha sentido en el último mes, incluyendo el día de hoy

	Nada o muy ligeramente	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
Interesado/a por las cosas					
Angustiado/a					
Ilusionado/a o emocionado/a					
Afectado/a					
Fuerte					
Culpable					
Asustado/a					
Agresivo/a					
Entusiasmado/a					
Satisfecho/a consigo mismo/a					
Irritable					
Despierto/a					
Avergonzado/a					
Inspirado/a					
Nervioso/a					
Decidido/a					
Concentrado/					
Agitado/a					
Activo/a					
Miedoso/a					

CONSUMO DE DROGAS

¿Alguna vez has consumido alcohol?

Sí No

¿Alguna vez has consumido tabaco?

Sí No

¿Alguna vez has consumido cannabis?

Sí No

¿Alguna vez has consumido cocaína?

Sí No

¿Cualquier otra droga?

Sí No

¿Cuál o cuáles?

Alcohol (*Si no consumes alcohol, y nunca lo has consumido, no respondas a las siguientes preguntas*)

¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

Nunca

Una vez al mes o menos

2 a 4 veces al mes

2 o 3 veces a la semana

4 veces o más a la semana

¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?

1 o 2

3 o 4

5 o 6

7 a 9

10 o más

¿Con qué frecuencia mensual te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

1 o 2

3 o 4

5 o 6

7 a 9

10 o más

¿Con qué frecuencia, en el curso del último año...

	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?					
no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?					
has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?					
has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?					
no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?					
tú o alguna otra persona, habías resultado heridos porque habías bebido?					

¿Algún familiar, amigo/a, médico/a o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?

No Sí, pero no en el curso del último año Sí, en el último año

Tabaco (*Si no consumes tabaco, y nunca has consumido, no respondas a las siguientes preguntas*)

¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

10 o menos

Entre 11 y 20

Entre 21 y 30

31 o más

¿Fumas más en las primeras horas del día después de levantarte que el resto del día?

Sí No

¿Cuánto tiempo transcurre desde que te levantas hasta que fumas tu primer cigarrillo?

Más de 60 minutos

De 31 a 60 minutos

De 6 a 30 minutos

5 minutos o menos

¿Qué cigarro te costaría más renunciar a él?

El primero del día

Cualquier otro

¿Te resulta difícil dejar de fumar en los lugares donde está prohibido?

Sí No

¿Sigues fumando cuando estás enfermo como para estar en la cama la mayor parte del día?

Sí No

Cánnabis (*Si no consumes cánnabis, y nunca has consumido, no respondas a las siguientes preguntas*)

Frecuencia del consumo de cánnabis

Algunas veces al mes pero no todas las semanas

Solo los fines de semana

1 a 3 veces por semana

4 a 5 veces por semana

Todos los días

Responde a las siguientes preguntas

¿Has fumado cánnabis antes del mediodía?

¿Has fumado cánnabis estando solo/a?

¿Has tenido problemas de memoria al fumar cánnabis?

¿Te han dicho tus amigos/as o miembros/as de tu familia que deberías reducir o dejar de consumir cánnabis sin conseguirlo?

¿Has intentado reducir o dejar el consumo de cánnabis sin conseguirlo?

¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cánnabis (disputas, peleas, accidentes, malos resultados escolares...)?

Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo

¿Qué problemas has tenido debido a tu consumo de cánnabis?

Cocaína (Si no consumes, y nunca has consumido, no respondas a las siguientes preguntas)

	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 veces a la semana
¿Con qué frecuencia consumes cocaína?					
¿Consumes más de un tipo de droga en una misma ocasión?					
¿Con qué frecuencia te encuentras bajo el efecto intenso de la cocaína?					
En el último año, ¿has sentido que tu deseo por consumir cocaína era tan fuerte que no podías resistirlo?					
En el último año, ¿te ha ocurrido que no hayas podido parar de tomar cocaína una vez que habías empezado?					
¿Con qué frecuencia en el último año has tomado cocaína y luego has dejado de hacer algo que deberías haber hecho?					
En el último año, ¿te ha ocurrido que no hayas podido parar de tomar cocaína una vez que habías empezado?					
¿Con qué frecuencia en el último año has tomado cocaína y luego has dejado de hacer algo que deberías haber hecho?					
¿Con que frecuencia en el último año has necesitado tomar cocaína a la mañana siguiente de un día de mucho consumo?					
¿Con qué frecuencia en el último año has tenido sentimientos de culpa o remordimientos por haber consumido drogas?					

En un día normal que consumes cocaína, ¿cuántas veces lo haces?

0

1-2

3-4

5-6

7 o más

¿Has sufrido daños (psicológicos o físicos) tú u otra persona porque habías consumido cocaína?

No Sí, pero no en el curso del último año Sí, en el último año

¿Algún familiar, amigo/a, médico/a, enfermero/a, o cualquier otra persona, ha mostrado preocupación sobre tu consumo de cocaína o te ha dicho que deberías dejar de consumir?

No Sí, pero no en el curso del último año Sí, en el último año

UPPS-P (*Por favor, indica tu grado de conformidad con cada una de las siguientes frases*)

Normalmente pienso cuidadosamente antes de hacer cualquier cosa

Cuando estoy realmente animado, no suelo pensar en las consecuencias de mis acciones

A veces me gusta hacer cosas que dan un poco de miedo

Cuando estoy irritado suelo actuar sin pensar

En general, me gusta asegurarme de llevar las cosas a buen término

Rotundamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Rotundamente en desacuerdo

DERS (Por favor, indique con qué frecuencia se le puede aplicar a usted las siguientes afirmaciones siendo: 1- Casi nunca (0-10%), 2- Algunas veces (11-35%), 3- La mitad de las veces (35-65%) y 4- La mayoría de las veces (91-100%)

	1	2	3	4	5
Percibo con claridad mis sentimientos					
Presto atención a cómo me siento					
Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control					
No tengo ni idea de cómo me siento					
Tengo dificultades para comprender mis sentimientos					
Estoy atento/a a mis sentimientos					
Doy importancia a lo que estoy sintiendo					
Estoy confuso/a sobre lo que siento					
Cuando me siento mal, reconozco mis emociones					
Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a, por sentirme de esa manera					
Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera					
Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante					
Cuando me siento mal, pierdo el control					
Cuando creo que estaré así durante mucho tiempo					
Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a					
Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas					
Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control					
Cuando me siento mal, me avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera					
Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil					
Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera					
Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme					
Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento					
Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera					
Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo					
Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer					
Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento					
Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar cualquier cosa					
Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse					

MCQ (La siguiente tarea requiere que tomes una serie de decisiones. Para cada una de las 21 preguntas se presentan, por favor, indique qué cantidad de dinero preferiría: una cantidad de dinero pequeña hoy o una mayor cantidad en el periodo de un tiempo indicado. Aunque no vayas a recibir el dinero, lo que te pido es que te pongas en la situación hipotética de que sí lo recibirás. Responde a cada una de las preguntas de la forma más sincera posible, imaginando que estas situaciones ocurrieran realmente).

Preferirías recibir...

26 € hoy 74 € en 14 días

Preferirías recibir...

35 € hoy 48 € en 25 días

Preferirías recibir...

59 € hoy 74 € en 35 días

Preferirías recibir...

30 € hoy 31 € en 43 días

Preferirías recibir...

13 € hoy 31 € en 10 días

Preferirías recibir...

28 € hoy 48 € en 20 días

Preferirías recibir...

72 € hoy 74 € en 35 días

Preferirías recibir...

18 € hoy 26 € en 75 días

Preferirías recibir...

42 € hoy 48 € en 45 días

Preferirías recibir...

35 € hoy 57 € en 14 días

Preferirías recibir...

22 € hoy 31 € en 25 días

Preferirías recibir...

57 € hoy 66 € en 50 días

Preferirías recibir...

21 € hoy 48 € en 10 días

Preferirías recibir...

26 € hoy 31 € en 20 días

Preferirías recibir...

46 € hoy 48 € en 55 días

Preferirías recibir...

41 € hoy 52 € en 50 días

Preferirías recibir...

35 € hoy 61 € en 20 días

Preferirías recibir...

44 € hoy 70 € en 70 días

Preferirías recibir...

39 € hoy 61 € en 35 días

Preferirías recibir...

24 € hoy 26 € en 35 días

Preferirías recibir...

14 € hoy 26 € en 35 días

SEXUALIDAD

¿Cuál es tu orientación sexual?

Heterosexual

Homosexual

Bisexual

Actualmente...

Estoy soltero/a

Estoy en una relación

¿Cuántas veces te masturbas a la semana?

Entre 0 y 2

Entre 3 y 4

Entre 5 y 6

6 o más

¿Consumes pornografía habitualmente?

3 o 4 veces al mes

Todas las semanas

3 o 4 veces a la semana

Todos los días

¿Cuál dirías que es la frecuencia con la que mantienes relaciones sexuales con otra persona en un mes?

Menos de 3 veces al mes

Entre 3 y 6 veces al mes

Más de 6 veces al mes

SAST

¿Has sufrido algún abuso sexual durante tu infancia o adolescencia?

Sí No

Frecuentemente, ¿has comprado revistas o explorado sitios de internet con contenido sexual explícito?

Sí No

¿Sabes si tus padres han tenido problemas derivados de la falta de control sobre sus impulsos sexuales ?

Sí No

¿A menudo te encuentras preocupado/a por pensamientos sexuales?

Sí No

¿Crees que tu conducta sexual se aleja de la normalidad?

Sí No

¿Tu pareja o personas significativas de tu entorno se han quejado por tu conducta sexual desmedida?

Sí No

¿Tienes problemas para detener tu conducta sexual cuando sabes que es inapropiada?

Sí No

¿Alguna vez te has sentido mal por tu conducta sexual desmedida?

Sí No

¿Alguna vez tu conducta sexual ha creado problemas a ti o a tu familia?

Sí No

¿Alguna vez has buscado una conducta sexual que te desagradaba?

Sí No

¿Alguna te ha preocupado que alguien descubra tus actividades sexuales?

Sí No

¿Has herido emocionalmente a alguien por tu conducta sexual?

Sí No

¿Alguna de tus actividades sexuales está en contra de la ley?

Sí No

¿Te has prometido a ti mismo/a eliminar algún aspecto de tu conducta sexual?

Sí No

¿Te has esforzado sin éxito por abandonar algún tipo de actividad sexual?

Sí No

¿Ocultas a los/las demás algún aspecto de tu conducta sexual?

Sí No

¿Has intentado detener algún aspecto de tu actividad sexual?

Sí No

¿Alguna vez te has sentido humillado/a por tu conducta sexual?

Sí No

¿El sexo ha sido para ti una forma de escapar de los problemas?

Sí No

¿Te sientes deprimido después de tener sexo?

Sí No

¿Has sentido la necesidad de abandonar ciertos tipos de actividad sexual?

Sí No

¿Tu actividad sexual ha interferido en tu vida familiar?

Sí No

¿Has llevado a cabo insinuaciones o contactos sexuales con menores?

Sí No

¿Te sientes controlado por tu deseo sexual?

Sí No

¿Alguna vez has pensado que tu deseo sexual es más fuerte que tú?

Sí No

Muchísimas gracias por participar.