

Dificultades en la regulación emocional, esquemas inadaptados tempranos, y dependencia emocional en la adicción al sexo o comportamiento sexual compulsivo en la adolescencia

Difficulties in emotional regulation, early maladaptive schemas, and emotional dependence on sexual addiction or compulsive sexual behaviour in adolescence

Itziar Iruarrizaga*, Ana Estévez**, Janire Momeñe**, Leticia Olave*, Lucía Fernández-Cárdaba*,
María Dolores Chávez-Vera**,*** y Francisco Ferre-Navarrete*,****

* Universidad Complutense de Madrid

** Universidad de Deusto

*** Universidad Técnica de Manabí (Ecuador)

**** Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Recibido: 03/12/2018 · Aceptado: 15/03/2019

Resumen

El objetivo de la presente investigación es estudiar las relaciones entre la adicción al sexo, las dificultades en su regulación emocional (DRE), los esquemas inadaptados tempranos (EIT) y la dependencia emocional (DE). Se lleva a cabo un estudio de diseño no experimental, correlacional de corte transversal, en una muestra de 1.519 adolescentes escolarizados, 54% hombres ($n = 820$) y 46% mujeres ($n = 699$), con edades comprendidas entre 14 y 18 años ($M = 15.77$, $DT = 1.22$). Los instrumentos de evaluación empleados han sido: MULTICAGE CAD 4 (Pedrero Pérez et al., 2007), Escala de dificultades en la regulación emocional -DRES (Gratz y Romer, 2004; adaptación española realizada por Gómez-Simón, Penelo y de la Osa, 2014), Cuestionario de esquemas, forma reducida, -SQ-SF (Young y Brown, 1994; adaptación española realizada por Cid y Torrubia, 2002) y la Escala de dependencia emocional en el noviazgo de jóvenes y adolescentes -DEN (Urbiola, Estévez e Iraurgi, 2014). Los resultados ponen de manifiesto las relaciones significativas entre DRE, EIT y DE. Se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres. Los resultados de este estudio aportan evidencias sobre las relaciones existentes entre las dificultades en la regulación emocional, los esquemas inadaptados tempranos, la dependencia emocional y la inexistente, posible, muy probable o segura adicción al sexo. Se discuten las implicaciones de estos resultados y se plantean retos para futuras investigaciones.

Palabras Clave

Adicción al sexo; Comportamiento sexual compulsivo; Regulación emocional; Esquemas inadaptados tempranos; Dependencia emocional; Adolescencia.

— Correspondencia a:
Itziar Iruarrizaga
e-mail: iciariru@psi.ucm.es



Abstract

The objective of this research is to study the relationships between addiction to sex, difficulties in its emotional regulation (DER), early maladaptive schemas (EMS) and emotional dependence (ED). A non-experimental design study is carried out with cross-sectional correlation in a sample of 1,519 adolescents at school, 54% boys ($n = 820$) and 46% girls ($n = 699$), aged between 14 and 18 years ($M = 15.77$, $SD = 1.22$). The evaluation instruments employed were MULTICAGE CAD 4 (Pedrero Pérez et al., 2007), Difficulties in Emotion Regulation Scale -DERS (Grazt and Romer, 2004; Spanish adaptation by Gómez-Simón, Peneda and de la Osa, 2014), Schema Questionnaire Short Form -SQ-SF (Young and Brown, 1994; Spanish adaptation by Cid and Torrubia, 2002) and the Scale of emotional dependence in the courtship of the young and adolescents -DEN (Urbiola, Estévez and Iraurgi, 2014). The results reveal the significant relationships between DER, EMS and ED. Differences between men and women have been found. The results of this study provide evidence of the relationships between difficulties in emotional regulation, early maladaptive schemas, emotional dependence and non-existent, possible, highly probable or safe sex addiction. The implications of these results are discussed and challenges arise for further research.

Key Words

Sex addiction; Compulsive sexual behaviour; Emotion regulation; Early maladaptive schemas; Emotional dependence; Adolescence.

INTRODUCCIÓN

La adicción al sexo o comportamiento sexual compulsivo se recoge en la literatura bajo una amplia variedad de términos como “don juanismo”, hipersexualidad, sexualidad impulsiva, sexualidad compulsiva, conducta sexual fuera de control o, entre otros, conducta sexual desregulada (Faisandier, Taylor y Salisbury, 2012; Garofalo, Velotti y Zavatini, 2016; Giugliano, 2009, Walton, Cantor, Bhullar y Lykins, 2017; Jerome, Woods, Moskowitz y Carrico, 2016; Kingston y Firestone, 2008; Kingston, Graham y Knight, 2017; Riemersa y Sytsma, 2013), reflejando la gran diversidad de facetas y dimensiones que engloba, la gran variedad de disciplinas y

paradigmas que abordan su estudio, y la falta de consenso en los resultados de la investigación sobre si constituye la normalidad, un síntoma de un trastorno o un trastorno en sí mismo. La hipersexualidad o adicción al sexo como desorden fue considerado objeto de inclusión en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; Kafka, 2010) y se conceptualizó como un trastorno no necesariamente parafilico del deseo sexual con un componente impulsivo, que cursa con un patrón de preocupaciones recurrentes, excesivas e intensas por fantasías, impulsos y conductas sexuales que escapan al control de la persona. Los criterios diagnósticos se centraban en el



tiempo excesivo dedicado a las fantasías, los impulsos o las conductas sexuales que interfieren a la hora de realizar tareas habituales de su vida cotidiana como trabajo u obligaciones escolares o familiares, el hecho de que las fantasías, los deseos o impulsos y las conductas sexuales repetidas se sucedan a estados de ánimo disfóricos o a situaciones vitales estresantes, los esfuerzos repetidos pero sin éxito por controlar o moderar la propia actividad sexual, y la implicación repetida en conductas sexuales ignorando el riesgo físico, psíquico o emocional que pueda suponer para sí mismo o para otras personas. Sin embargo, bajo la argumentación principalmente de que había una escasa evidencia científica y de que podría hacerse un uso indebido del trastorno en entornos legales no llegó a incluirse como trastorno en el DSM-5 (Kafka, 2014). Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (2018) ha reconocido el comportamiento sexual compulsivo como trastorno al incluirlo en la 11ª edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales -CIE.

La prevalencia de la adicción al sexo varía enormemente de unos estudios a otros en función de los instrumentos empleados (más aun no habiendo existido consenso en los criterios diagnósticos), del tipo de población que se estudie, de sus características culturales, de la edad, del género, de la orientación sexual, de la existencia de otras patologías comórbidas, y de un largo etcétera. En población general: en EE.UU. se estimó entre un 3% a un 6% (Black, 1998; Kuzma y Black, 2008), en Suiza un 12.1% de hombres y un 6.8% de mujeres (Lanström y Hansom, 2006), en Nueva Zelanda un 13% y 7% respectivamente (Skegg, Nada-Raja, Dickson y Paul, 2010), en Noruega un 1% de los hombres se

masturbaba dos o más veces al día mientras consumía pornografía (Traeen, Spitznogle y Beverfjord, 2004). En población clínica: en EE.UU. un 7.6% de varones homosexuales entre la adolescencia y los 30 años (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948), y en España de entre 638 pacientes evaluados el 14.10% presentaban excesiva conducta sexual ego-distónica, el 12.53% cumplían criterios diagnósticos (de ellos el 11.28% eran varones y el 1.25% mujeres), el 3.6% cumplían criterios de hipersexualidad primaria y el 8.9% presentaban comorbilidad con patologías del Eje I, (TDAH el 44%, TOC el 23%, trastorno depresivo el 12%, trastornos de ansiedad el 9%, trastorno bipolar el 7%, y otros trastornos el 5%) y además la edad de inicio de la actividad sexual compulsiva fue a los 15.2 años y cinco años más tarde, a los 20.2 años, cuando los sujetos sentían subjetivamente que habían perdido el control de la actividad sexual (Chiclana, Contreras, Carriles y Rama, 2015).

Sus manifestaciones pueden ser de muy diversa índole, desde uso de líneas eróticas, frecuentación de prostíbulos o encuentros sexuales con personas desconocidas, clubs de "striptease", uso de pornografía (vídeos, revistas o ciberporno), relaciones promiscuas heterosexuales u homosexuales, masturbación compulsiva (Echeburúa, 2012), siendo las más frecuentes la dependencia de la pornografía -53%, la promiscuidad prolongada -70% y la masturbación -73% (Verdura, Ponce y Rubio, 2011). Al hilo de estos datos, en un estudio epidemiológico realizado en población general se puso de manifiesto que altas tasas de relaciones sexuales coitales se asocian con mayor satisfacción en la vida sexual y en la vida en general así como con mayores índices de salud física y mental, mientras que altas tasas de masturbación se



asocian con menor satisfacción sexual y en general, e incluso que las mayores tasas de conducta sexual impersonal se relacionan con mayores índices de inestabilidad emocional, enfermedades de transmisión sexual, consumo de tabaco y abuso de sustancias, separación de los padres durante la infancia, e insatisfacción vital (Langström y Hanson, 2006) y es que, como señalan Echeburúa y Corral (2010), en la adicción al sexo, a diferencia de lo que ocurre en la hipersexualidad normal, la búsqueda de la conducta sexual está más relacionada con el alivio del malestar que con la búsqueda de bienestar y se busca un tipo de relación sexual que no posee connotaciones afectivas, y que no implica un componente de afecto o ternura.

En los últimos años ha surgido particular interés por el estudio de la regulación emocional de las personas con adicción al sexo o comportamiento sexual compulsivo (Craparo, 2014; Garofalo, et al., 2016; Pachankis et al., 2015; Parsons et al., 2017; Prause, Staley y Fong, 2013; Reid, Carpenter, Spackman y Willes, 2008; Reid, Garos, Carpenter y Coleman, 2011; Rizzor, Callands, Desrosiers y Kershaw, 2017). La regulación emocional se refiere a los procesos que emplean las personas para influir sobre las emociones que sienten, cuándo las sienten y cómo las experimentan o expresan (Gross, 1998), supone la combinación exitosa de la conciencia y comprensión de las emociones propias, su aceptación, ser capaz de controlar la conducta impulsiva y de comportarse de manera concordante con los objetivos propuestos cuando surgen emociones negativas, y de utilizar estrategias de regulación emocional pertinentes para superar con éxito las demandas situacionales y los objetivos propios (Gratz y Roemer, 2004). Las estrategias de regulación emocio-

nal que posee una persona muchas veces se activan de forma automática ante determinados sucesos o experiencias que activan el estado de ánimo (Hervás y Vázquez, 2006), en sí mismas pueden no ser ni adaptativas ni desadaptativas, su adaptabilidad o no adaptabilidad dependerá de si son exitosas en una determinada situación (Balzarotti, Biassoni, Villani, Prunas y Velotti, 2016) y, dado que en las diferentes fases del ciclo vital las personas se enfrentan con diferentes necesidades y demandas, se modifican a lo largo de la vida (Consedine y Magai, 2006). Las disfunciones en la regulación emocional pueden sobrevenir por defecto o por exceso, así una regulación emocional insuficiente se caracteriza por la incapacidad para diferenciar la respuesta conductual a una emoción de la propia emoción lo que afectará negativamente a la consecución de logro (Gratz y Tull, 2010), mientras que una regulación emocional excesiva se manifiesta por el esfuerzo en evitar que se dé la experiencia emocional (Greenberg y Bolger, 2001). Se ha puesto de manifiesto que las personas con comportamiento sexual compulsivo experimentan mayores dificultades en la regulación del afecto y del afecto negativo, incluyendo alexitimia, depresión y vulnerabilidad al estrés (Reid et al., 2008), aunque las dificultades en la impulsividad, la rigidez cognitiva y las conductas de riesgo no son extrapolables a otros dominios de la vida de los adictos al sexo (Reid et al., 2011); poseen sentimientos de vergüenza, culpa y autodesprecio que, junto con la desregulación emocional y la incapacidad de controlar sus impulsos sexuales, mantienen a la persona en el ciclo compulsivo dificultando además el establecimiento de relaciones afectivas exitosas (Adams y Robinson, 2001); muestran creencias negativas y sesgos interpretativos negativos sobre sus fantasías, impulsos y conductas



sexuales que por ejemplo en varones homosexuales y bisexuales pueden manifestarse en forma de una homofobia internalizada, dicha homofobia internalizada junto a la desregulación emocional predicen la compulsividad sexual a través de la ansiedad y la depresión (Pachankis et al., 2015); o pueden emplear un mecanismo disociativo para regular emociones no moduladas que no fueron mentalizadas (traumáticas) en las primeras relaciones con los cuidadores primarios (Craparo, 2014), llegando a emplear sus relaciones sexuales como una forma de llamar la atención y una herramienta para manipular y explotar a los otros (Harding, Burns y Jackson, 2012).

La capacidad de expresar y regular las emociones, se adquiere a través de la relación con las figuras de apego en la infancia, siendo crucial la estimulación y el buen trato para desarrollar una buena regulación emocional. Las primeras experiencias afectivas tempranas con las figuras de apego también establecen los esquemas sobre uno mismo y los demás, definiéndose como pautas interiorizadas de las interacciones que se han llevado a cabo con los demás (Estévez, 2013). Son patrones que sesgan las interpretaciones de acontecimientos posteriores (Young, Klosko y Weishaar, 2003), generan conocimientos y expectativas sobre el propio valor personal y sobre la forma en que los demás se comportan y responden a sus necesidades (Soares y Dias, 2007), influyen en la forma de sentir, pensar y actuar de las personas y en la forma de relacionarse con los demás, y cuanto más tempranas, dañinas y prolongadas en el tiempo sean las circunstancias dolorosas vividas más posibilidades existirán de que las consecuencias sean más duraderas y profundas (Wills y Sanders, 1997), y cuya influencia es más intensa du-

rante la primera infancia ya que declina progresivamente a medida que aumenta la influencia de la relación con los iguales y de la escuela (Young y Klosko, 2001). Los esquemas cognitivos se encuentran organizados en 5 grandes dominios: (1) desconexión y rechazo, que incluye esquemas que implican la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás; (2) autonomía deteriorada relacionados con una visión negativa de uno/a la mismo/a y del ambiente en cuanto a la capacidad para poder éxito o para funcionar independientemente de los demás; (3) límites deteriorados con las dificultades a la hora de establecer límites internos y de responsabilizarse respecto a los demás; (4) orientación a los demás relacionados con la satisfacción y el énfasis excesivo en los deseos y sentimientos de los demás; y (5) vigilancia excesiva e inhibición incluye esquemas relacionados con la necesidad de ser perfecto y evitar la desaprobación de los demás (Estévez y Calvete, 2007). En población universitaria, Bakhshi Bojed y Nikmanesh (2013) estudiaron la relación entre los esquemas inadaptados tempranos y el potencial adictivo. Esquemas inadaptados de los 5 dominios se mostraron relacionados con el potencial adictivo, los esquemas de los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada, y orientación a los demás fueron los predictores más importantes del potencial adictivo, y los análisis de regresión encumbraron a los esquemas cognitivos del dominio de desconexión y rechazo como los más potentes predictores de la adicción. En muestra clínica con adicción al sexo, los esquemas inadaptados tempranos que se manifiestan como mayores predictores de este trastorno son dependencia/



incompetencia, abuso/desconfianza, subyugación, vulnerabilidad al peligro y privación emocional (Soltani Azemat, Mohammadian, Heydari Dolat Abadi, y Mohammadkhani, 2016), pudiendo las personas emplear su conducta sexual a modo de sobrecompensación de su incapacidad para afrontar sus responsabilidades cotidianas de una manera competente sin la ayuda de su familia o de otras personas (Young et al., 2003), de su percepción del mundo como un lugar lleno de crueldad e injusticia en el que las personas necesitan dañar a otros y explotarlos para satisfacer sus intereses y necesidades (Polaschek y Ward, 2002), de la subyugación al control de los demás y renuncia a los propios derechos, de su miedo exagerado a un peligro, y de su creencia a que sus necesidades emocionales no sean satisfechas por otras personas (Noferey, 2013).

Con todo ello, el uso de internet ha supuesto una revolución en el desarrollo de todas las adicciones comportamentales, desde la propia adicción a internet a la compra compulsiva, al trastorno de juego de azar o a la adicción al sexo. Ocurre que, cada vez a edades más jóvenes, existe un acceso a material de contenido cibersexual caracterizado por la accesibilidad, el anonimato y la asequibilidad (Sánchez Zaldívar e Iruarrizaga, 2009), generándose una nueva generación de adicción al sexo que Riemersma y Sytsma (2013) describen como la de las tres “ces” y cuyos elementos característicos son: la cronicidad, el contenido y la cultura. En relación a la cronicidad, resulta de particular importancia la edad de inicio a la actividad sexual compulsiva. La adolescencia es una etapa en la que la impulsividad y la asunción de riesgos en la toma de decisiones han sido asociadas a una mayor maduración del

estriado ventral en el procesamiento de la recompensa frente al desarrollo del control ejecutivo de la actividad cortical prefrontal (que sigue madurando hasta la segunda mitad de la década de los veinte años). Pues bien, se ha puesto de manifiesto que las personas más jóvenes en general, y más aún en particular las que presentan adicción al sexo, muestran una mayor actividad del estriado ventral a las señales sexuales (sugiriendo un papel modulador de la edad) así como sesgos atencionales en función del tiempo de exposición al documento gráfico similares a los que se encuentran en adictos a la cocaína (Voon et al., 2017). En relación al contenido, Riemersma y Sytsma (2013) señalan que el acceso a cualquier tipo de pornografía, violencia, sadismo, masoquismo o chats de cibersexo, promueve la visualización prolongada de imágenes con alta capacidad adictiva, caracterizada por la despersonalización y la deshumanización con baja conciencia de adicción; y en relación a la cultura que nos encontramos ante una sociedad altamente sexualizada en la que las relaciones cibersexuales con personas desconocidas, las páginas de contactos, el sexting, el tweetsex, etcétera, han derivado en relaciones casuales y anónimas que se consideran la normalización de la sexualidad pero que, a su vez, han despojado la sexualidad de la estabilidad en las relaciones. Como señala Echeburúa (2012), el problema de los sexoadictos no reside tanto en la intensidad de sus impulsos como en la dificultad para controlarlos o en la presencia de motivos no sexuales (soledad, alivio del malestar emocional, dependencia emocional, etcétera) en su conducta sexual. Las personas dependientes emocionalmente muestran muchas características de las patologías adictivas y presentan pérdida en el control de impulsos (Castelló, 2005;



Villegas y Sánchez, 2013), mala regulación emocional (Momeñe, Jauregui y Estévez, 2017) o comorbilidad con sintomatología ansioso-depresiva (Castelló, 2005). En este sentido, la adolescencia es un periodo evolutivo especialmente vulnerable para el establecimiento de relaciones interpersonales con el grupo de iguales (Chávez-Vera et al., 2018; Estévez et al., 2018; Estévez, Urbiola, Iruarrizaga, Onaindia y Jáuregui, 2017; Urbiola y Estévez, 2015), los adolescentes a través de sus primeras relaciones de pareja descubren quienes son, cómo de atractivos resultan, aprenden a interactuar con el otro y ganan estatus con su grupo de referencia (Domínguez, 2008), y cabe preguntarse si los adolescentes con adicción al sexo manifiestan mayores dificultades en su regulación emocional, poseen más esquemas inadaptados tempranos y son más dependientes emocionalmente. Creemos que realmente en la práctica clínica se detectan adolescentes y jóvenes con conductas sexuales compulsivas (frecuentes, puntuales, sin búsqueda de afecto, anónimas por internet o con contacto físico), que en innumerables ocasiones manifiestan sentimientos de soledad y de aislamiento al tiempo que, paradójicamente, no asocian el empleo de estrategias inadecuadas a la no consecución de relaciones de pareja saludables y que muestran creencias irracionales sobre el amor idílico o utópico así como una necesidad extrema de afecto hacia una pareja real o deseada. En la presente investigación trabajamos bajo la hipótesis de que aquellos adolescentes con una mayor habilidad para regular sus emociones, menos dependientes emocionalmente y con menores esquemas inadaptados tempranos serán aquellos que mejor integrarán sus relaciones con el sexo.

MATERIALES Y MÉTODO

Método

Es un estudio de diseño no experimental, correlacional de corte transversal. Se empleó un método de muestreo probabilístico con un tipo de muestreo aleatorio estratificado-unietápico con afijación proporcional, la distribución se realizó de acuerdo con el peso o tamaño dentro de la población. Para estratificar se tomó en cuenta: el número de unidades educativas, el número de adolescentes por clase, las parroquias urbanas y rurales, y la distribución de curso por sexo. La población de referencia está constituida por adolescentes escolarizados de las Unidades Educativas Fiscales de las Parroquias Urbanas y Rurales del Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí de la República de Ecuador que engloban diferentes sectores sociodemográficos que tienen características en común y constituyen el objeto de estudio. Los análisis de datos se llevaron a cabo con el programa estadístico IBM SPSS versión 20.

Muestra

La muestra objeto de estudio está compuesta por 1.519 adolescentes escolarizados de ambos sexos, siendo el 54% hombres ($n = 820$) y el 46% mujeres ($n = 699$), en su mayoría con edades comprendidas entre 14 y 18 años ($M = 15.77$, $DT = 1.22$). Los 1.519 adolescentes son pertenecientes a doce Unidades Educativas Fiscales de los diferentes sectores sociodemográficos urbanos (63.7%; $n = 968$) y rurales (36.3%; $n = 551$) del Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí de la República de Ecuador. Para la obtención de la muestra se consideró a los organismos oficiales de Ecu-



dor (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas, 2005), denominación que hoy se conoce como Secretaría Técnica de Drogas (SETED). El diseño de la muestra y la determinación de su tamaño se definieron y calcularon siguiendo los mismos criterios que los empleados en el Informe de la Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Educación Media sobre Consumo de Drogas (2005) de la República de Ecuador realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas. Estos parámetros utilizados para el cálculo, como refiere el Consejo en dicho Informe, son los aplicados a todos los estudios que se desarrollan en el continente.

La población objetivo fue las unidades educativas fiscales de los adolescentes escolarizados en décimo de básica, primero, segundo y tercero de bachillerato. La selección de las unidades educativas se obtuvo de la base de datos del Ministerio de Educación Coordinación Zonal 4 distrito I3D01, las unidades educativas pertenecen al cantón, parroquia establecida, zona de institución (urbana y rural), sostenimiento relacionado a las Unidades Educativas Fiscales y representativos de distintas zonas sociodemográficas del Cantón Portoviejo. Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideraron el nivel de confianza de la muestra y la relación con el margen de error o variación que siempre existe entre los resultados obtenidos en una muestra y su inferencia hacia la población. El nivel de confianza empleado es de 0.95 con un criterio de margen de error de 0.015. Debido a las características de muestreo se considera un factor de corrección por efecto del diseño para ampliar el tamaño de la muestra y disminuir la variabilidad de las observaciones, este factor se estimó en 2. Finalmente, se incremen-

tó este tamaño de muestra para compensar un 10% de posible falta de respuesta. Cada unidad educativa tenía la probabilidad de selección directamente proporcional al número de clases de Décimo de Educación General Básica EGB y Bachillerato General Unificado (BGU) (primero, segundo y tercero de Bachillerato). En las unidades educativas con un número de aulas mayor al intervalo de muestreo pudieron ser seleccionadas varias clases. El criterio para la selección de los estratos fueron los criterios de representatividad que corresponden a la capital de Manabí de la República de Ecuador, este estudio representa a las dos parroquias (urbanas y rurales) de las diferentes unidades educativas. La muestra quedó conformada por: (a) La capital de Manabí Portoviejo con dos parroquias: urbana y rural, y (b) 12 unidades educativas pertenecientes a las dos parroquias, suponiendo un total de 1.533 adolescentes pertenecientes a las 12 unidades educativas y parroquias.

Procedimiento

La realización del estudio fue precedida por la entrega de consentimientos informados a los padres y/o tutores de los adolescentes que cumplimentaron los cuestionarios. Así mismo se les informó acerca de las normas de cumplimentación, duración y aspectos a evaluar, voluntariedad de la realización del estudio, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos y teléfono y mails de los investigadores de referencia para poder contactar. Dado que la recogida de los datos fue en formato papel, durante la administración de los cuestionarios la investigadora permaneció en el aula con los alumnos hasta que se le devolvieron todos cumplimentados. Fue opcional que los profesores permanecieran en el aula. Los estudiantes colaboradores en



la investigación recibieron un lápiz y certificado de participación como muestra de agradecimiento. Este estudio ha sido realizado siguiendo los criterios de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

Instrumentos

MULTICAGE CAD 4 (Pedrero Pérez et al., 2007). Es un instrumento válido para personas con edades comprendidas entre los 14 y 90 años. Consta de 32 ítems que se agrupan en ocho factores (con cuatro ítems cada uno): abuso/dependencia del alcohol (ítems 1-4), trastorno de juego de azar (ítems 5-8), adicción a sustancias (ítems 9-12), (d) trastornos de la alimentación (ítems 13-16), adicción a internet (ítems 17-20), (f) adicción a videojuegos (ítems 21-24), gasto compulsivo (ítems 25-28) y adicción al sexo (29-32), siendo esta última la variable empleada en este estudio. Es un instrumento de cribado que explora cada uno de estos problemas mediante cuatro preguntas que reproducen el esquema del CAGE (Ewing, 1984): la autopercepción del problema, la percepción por parte de convivientes, los sentimientos de culpa y los signos de abstinencia o incapacidad para controlar la conducta. El cuestionario es auto-administrado, se responde en una escala dicotómica sí/no y se estima que ninguna o una respuesta afirmativa indican inexistencia de ese problema; dos respuestas afirmativas indican posible existencia de ese problema; tres respuestas afirmativas sugieren una muy probable existencia de ese problema; y la respuesta afirmativa a las cuatro sugiere la segura existencia de ese problema. Atendiendo a la literatura disponible, los autores asumieron como criterio de comportamiento problema dos o más respuestas afirmativas por escala. Los valores de consistencia interna son satisfactorios (alfa de Cronbach de

la escala total= 0.86; alfa de Cronbach para la adicción al sexo= 0.73). Los ítems relacionados con la adicción al sexo son: autopercepción del problema (¿Alguna vez has considerado que tu actividad sexual es excesiva?), percepción por parte de parejas (¿Se han quejado tus parejas de tu excesiva actividad sexual?), sentimientos de culpa asociados (¿Tu actividad sexual te ha impedido realizar tareas habituales en su vida, como trabajo u obligaciones familiares?) y signos de abstinencia o incapacidad para controlar la conducta (¿Has intentado alguna vez sin éxito moderar tu actividad sexual?). La fiabilidad test-retest a los 20 días fue de $r = 0.89$. La validez de criterio también es adecuada (permite detectar entre el 90 y el 100% de los casos ya diagnosticados), así como la validez de constructo (el análisis factorial exploratorio identifica como independientes las 8 escalas propuestas, que explican en conjunto el 63.8% de la varianza total).

Escala de dificultades en la regulación emocional –DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale -DERS; Gratz y Roemer, 2004). Se empleó la adaptación española realizada por Gómez-Simón, Penelo y de la Osa (2014) en adolescentes españoles. La DERS está formada por 36 ítems a los que se responde en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta desde 0 (casi nunca) a 5 (casi siempre) y evalúa seis déficits de regulación emocional: falta de conciencia emocional (6 ítems), dificultades en el control de impulsos (6 ítems), falta de aceptación emocional (6 ítems), interferencia en conductas dirigidas a metas (5 ítems), falta de claridad emocional (5 ítems) y acceso limitado a estrategias de regulación emocional (8 ítems). En su mayoría los ítems están redactados de manera que una mayor puntuación indica que la persona muestra mayores déficits en el componente regulatorio evaluado, a



excepción de 11 ítems redactados de manera inversa. Tras la recodificación de los ítems inversos, la puntuación de cada subescala se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los ítems correspondientes, y la puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 36 ítems. A mayor puntuación, mayor será la dificultad en la regulación emocional. Muestra una buena consistencia interna y posee un alfa de Cronbach de 0.88, todas las escalas presentan una elevada consistencia interna (desde 0.71 a 0.84) a excepción de falta de conciencia emocional (0.62).

Cuestionario de Esquemas – Forma reducida (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF; Young y Brown, 1994). Este cuestionario evalúa esquemas inadaptados tempranos propuestos por Young que deben ser contestados de acuerdo con una escala Likert de seis puntos (1= totalmente falso, 2= la mayoría de las veces falso, 3= más verdadero que falso, 4= en ocasiones verdadero, 5= la mayoría de las veces verdadero y 6= me describe perfectamente). En esta investigación se utilizaron sólo 60 ítems, para evaluar 18 esquemas de los 5 dominios: desconexión y rechazo (privación emocional, abandono, abuso/desconfianza, aislamiento social, imperfección), autonomía deteriorada (fracaso, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al peligro, apego/enredo), orientación a los demás (subyugación, autosacrificio, búsqueda de reconocimiento), límites deteriorados (grandiosidad, autocontrol insuficiente), vigilancia excesiva e inhibición (inhibición emocional, metas inalcanzables, negatividad y autopunitivo). La versión en español del SQ-SF presenta buenas propiedades psicométricas, con confirmación de su estructura factorial y con consistencia interna buena para los factores (Calvete, Estévez, López de Arroyabe

y Ruiz, 2005). Los estudios anteriores con el SQ-SF han mostrado unos coeficientes alfa adecuados para las subescalas, excepto en el estudio de Stopa, Thorne, Waters y Preston (2001) donde el alfa era muy baja para la vulnerabilidad al peligro (alfa= 0.07). La versión corta utilizada en este estudio estuvo desarrollada utilizando los ítems de la versión larga del SQ que han sido traducidos al español por Cid y Torrubia en colaboración con Young. El SQ español ha mostrado buena fiabilidad y correlación con depresión, afectividad positiva y negativa, y autoestima (Cid y Torrubia, 2002). En el presente estudio el alfa de Cronbach ha sido de 0.97.

Escala de dependencia emocional en el noviazgo de jóvenes y adolescentes –DEN (Urbiola, Estévez e Iraurgi, 2014). Esta escala consta de 12 ítems estructurados en 4 subescalas: evitar estar solo, hace referencia a las acciones que lleva a cabo la persona dependiente para evitar estar solo, necesidad de exclusividad, alude a la necesidad de la persona dependiente de saber en todo momento que su pareja está disponible sólo para ella, necesidad de agradar, hace referencia a la necesidad de complacer a la pareja hasta el punto de ignorar sus propias necesidades, y relación asimétrica, se refiere al carácter subordinado y asimétrico de la relación. Ofrece también una puntuación total de dependencia. Se responde a través de una escala tipo Likert de 6 puntos, desde 0 (nunca) hasta 5 (siempre), señalando con cual se identifican en sus relaciones de pareja. Para completar el cuestionario es necesario haber tenido al menos una relación de noviazgo. En relación con la consistencia interna del DEN, obtuvo un alfa de Cronbach de 0.82 en el estudio de validación, siendo un valor de fiabilidad considerado como alto. En el presente estudio el valor del alfa de Cronbach es de 0.87.



RESULTADOS

Diferencias en la adicción al sexo en función del sexo

En primer lugar, se calcularon los porcentajes de la muestra en función de su posición en relación a la adicción al sexo. De los 1.519 adolescentes, el 77.6% ($n = 1.119$) se situaron en *inexistente adicción al sexo* (37.1% hombres, $n = 564$ y 40.5% mujeres, $n = 615$); el 15.2% ($n = 231$) lo hicieron en *posible adicción al sexo* (11.5% hombres, $n = 175$ y 3.7% mujeres, $n = 56$); el 4.5% ($n = 68$) se situó en *muy probable adicción al sexo* (3.4% hombres, $n = 51$ y 1.1% mujeres, $n = 17$); y el 2.7% ($n = 41$) lo hizo en *segura adicción al sexo* (2% hombres, $n = 30$ y 0.7% mujeres, $n = 11$). Posteriormente, se analizaron las diferencias en la adicción al sexo en función del sexo. Los resultados obtenidos evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la adicción al sexo en función del sexo. Por un lado, las mujeres reportaron puntuaciones significativamente más altas en comparación con los hombres en la *inexistente adicción al sexo*. Por otro lado, los hombres reportaron mayores puntuaciones que las mujeres en la *posible adicción al sexo*, *muy probable adicción al sexo* y *segura adicción al sexo*. El tamaño del efecto se determinó mediante la d de Cohen (1992), obteniendo diferencias pequeñas en todas ellas (*inexistente adicción al sexo*: $d = 0.24$; *posible adicción al sexo*: $d = 0.20$; *muy probable adicción al sexo*: $d = 0.10$; *segura adicción al sexo*: $d = 0.07$).

Correlaciones entre la adicción al sexo, las dificultades en la regulación emocional, los esquemas disfuncionales tempranos y la dependencia emocional

En segundo lugar, se analizaron las relaciones entre la adicción al sexo y la dependencia emocional, los esquemas disfuncionales

tempranos y las dificultades en la regulación emocional (tabla 1). El grado de relación se determinó según Cohen (1992), de tal manera que valores por debajo de 0.20 se consideraran pequeños, en torno a 0.50 medios y por encima de 0.80 se consideraran grandes.

En referencia a la *inexistente adicción al sexo* y a la *posible adicción al sexo*, cabe señalar cómo ambas se vincularon de manera significativa con las mismas variables, sin embargo, la primera lo hizo en sentido negativo y la segunda en sentido positivo. En relación a la regulación emocional, ambas se relacionaron con las dificultades en el control de impulsos, falta de aceptación emocional, falta de claridad emocional y acceso limitado a estrategias de regulación sexual. En relación a la dependencia emocional, se relacionaron con la dependencia emocional total y sus 4 subescalas. Finalmente, en cuanto a los esquemas disfuncionales tempranos, se asociaron con la privación emocional, abuso/desconfianza, aislamiento social, imperfección, dependencia, vulnerabilidad al peligro, apego/enredo, autosacrificio, metas inalcanzables, insuficiente autocontrol y autopunitivo. En cuanto a la *muy probable adicción al sexo* y en relación a la regulación emocional, se relacionó en sentido positivo y de manera significativa con las dificultades en el control de impulsos, falta de aceptación emocional, falta de claridad emocional y acceso limitado a estrategias de regulación sexual; en relación a los esquemas inadaptados tempranos solamente correlacionó con dependencia. Por último, la *segura adicción al sexo* correlacionó de manera significativa y negativa con el esquema disfuncional temprano de negatividad; a mayor adicción al sexo, menor será el esquema disfuncional temprano de negatividad.

En tercer lugar, se analizaron las relaciones entre los esquemas disfuncionales tempranos y la dependencia emocional y las dificultades en la regulación emocional (tabla 2).



Tabla 1. Correlaciones entre la adicción al sexo y la dependencia emocional, los esquemas disfuncionales tempranos y las dificultades en la regulación emocional

	Inexistente adicción al sexo	Posible adicción al sexo	Muy probable adicción al sexo	Segura adicción al sexo
Dificultades en la regulación emocional				
Falta de conciencia emocional	-0.04	0.04	0.01	0.01
Dificultades en el control de impulsos	-0.10**	0.08**	0.06*	0.02
Falta de aceptación emocional	-0.07**	0.05*	0.05*	0.01
Interferencia en conductas dirigidas a metas	-0.02	0.01	0.02	-0.00
Falta de claridad emocional	-0.13**	0.10**	0.07**	0.03
Acceso limitado a estrategias de RE	-0.10**	0.07**	0.06*	0.03
Esquemas disfuncionales tempranos				
<i>Dominio: Desconexión y rechazo</i>				
Privación emocional	-0.08**	0.07**	0.03	-0.00
Abandono	-0.03	0.03	0.01	-0.00
Abuso/desconfianza	-0.09**	0.07**	0.05	0.00
Aislamiento social	-0.07**	0.06*	0.02	0.02
Imperfección	-0.08**	0.10**	0.01	-0.02
<i>Dominio: Autonomía deteriorada</i>				
Fracaso	-0.01	0.02	0.01	-0.02
Dependencia/incompetencia	-0.15**	0.13**	0.06*	0.01
Vulnerabilidad al peligro	-0.05*	0.06*	0.02	-0.01
Apego/enredo	-0.08**	0.07**	0.04	-0.01
<i>Dominio: Orientación a los demás</i>				
Subyugación	-0.05	0.06*	0.01	-0.02
Autosacrificio	-0.08**	0.08**	0.02	0.01
Búsqueda de reconocimiento	0.02	0.01	-0.02	-0.05
<i>Dominio: Límites alterados</i>				
Grandiosidad	-0.03	0.03	0.03	-0.03
Autocontrol insuficiente	-0.07**	0.06*	0.05	-0.01
<i>Dominio: Vigilancia excesiva e inhibición</i>				
Inhibición emocional	-0.05	0.05*	0.03	-0.03
Metas inalcanzables	-0.09**	0.10**	0.02	-0.02
Negatividad	0.01	0.02	-0.01	-0.05*
Autopunitivo	-0.09**	0.08**	0.05	-0.01
Dependencia emocional				
Evitar estar solo	-0.15**	0.18**	0.02	-0.02
Necesidad de exclusividad	-0.12**	0.13**	0.02	-0.00
Necesidad de agradar	-0.12**	0.13**	0.01	0.01
Relación asimétrica	-0.15**	0.16**	0.02	0.02
Dependencia emocional total	-0.16**	0.17**	0.02	0.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$



Tabla 2. Correlaciones entre los esquemas disfuncionales tempranos y la dependencia emocional y las dificultades en la regulación emocional

	Evitar estar solo	Necesidad de exclusividad	agradar	Relación asimétrica	Dependencia emocional total	Falta de conciencia emocional	Dificultades en el control de impulsos	Falta de aceptación emocional	Interferencia en conductas dirigidas a metas	Falta de claridad emocional	Acceso limitado a estrategias de RE	
<i>Dominio: Desconexión y rechazo</i>												
Privación emocional	0.16**	0.09**	0.12**	0.18**	0.16**	-0.24**	0.32**	0.34**	0.32**	0.21**	0.37**	
Abandono	0.12**	0.07**	0.10**	0.14**	0.13**	-0.25**	0.28**	0.31**	0.31**	0.19**	0.34**	
Ab./desconfianza	0.15**	0.10**	0.12**	0.16**	0.15**	-0.25**	0.29**	0.32**	0.32**	0.20**	0.33**	
Aislamiento social	0.15**	0.10**	0.11**	0.16**	0.15**	-0.24**	0.25**	0.28**	0.28**	0.14**	0.30**	
Imperfección	0.18**	0.13**	0.14**	0.19**	0.19**	-0.28**	0.29**	0.35**	0.33**	0.17**	0.35**	
<i>Dominio: Autonomía deteriorada</i>												
Fracaso	0.14**	0.10**	0.13**	0.14**	0.15**	-0.28**	0.26**	0.30**	0.33**	0.11**	0.30**	
Dependencia/incom.	0.22**	0.12**	0.16**	0.20**	0.20**	-0.20**	0.30**	0.32**	0.31**	0.22**	0.36**	
Vulnerabilidad al p.	0.16**	0.10**	0.12**	0.15**	0.15**	-0.22**	0.29**	0.33**	0.34**	0.20**	0.34**	
Apego/enredo	0.19**	0.12**	0.13**	0.18**	0.18**	-0.24**	0.32**	0.34**	0.35**	0.20**	0.35**	
<i>Dominio: Orientación a los demás</i>												
Subyugación	0.15**	0.09**	0.12**	0.12**	0.14**	-0.27**	0.27**	0.31**	0.31**	0.16**	0.32**	
Autosacrificio	0.19**	0.13**	0.16**	0.19**	0.19**	-0.22**	0.31**	0.31**	0.33**	0.23**	0.35**	
Búsqueda de recon.	0.12**	0.10**	0.10**	0.12**	0.13**	-0.26**	0.23**	0.30**	0.30**	0.14**	0.28**	
<i>Dominio: Límites alterados</i>												
Grandiosidad	0.11**	0.10**	0.11**	0.13**	0.13**	-0.29**	0.30**	0.29**	0.33**	0.17**	0.33**	
Autocontrol insuf.	0.16**	0.11**	0.13**	0.16**	0.16**	-0.23**	0.33**	0.32**	0.34**	0.19**	0.37**	
<i>Dominio: Vigilancia excesiva e inhibición</i>												
Inhib emocional	0.19**	0.18**	0.16**	0.20**	0.22**	-0.30**	0.29**	0.33**	0.34**	0.16**	0.33**	
Metas inalcanzables	0.19**	0.16**	0.15**	0.20**	0.21**	-0.25**	0.30**	0.35**	0.34**	0.20**	0.35**	
Negatividad	0.14**	0.11**	0.10**	0.15**	0.15**	-0.30**	0.24**	0.28**	0.31**	0.11**	0.27**	
Autopunitivo	0.20**	0.17**	0.18**	0.21**	0.22**	-0.24**	0.29**	0.33**	0.33**	0.22**	0.36**	

*p < 0.05, **p < 0.001



Los resultados obtenidos (tabla 2) mostraron cómo todos los esquemas disfuncionales tempranos se relacionaron de manera estadísticamente significativa y en sentido positivo con la dependencia emocional y sus 4 subescalas. De forma semejante, los esquemas disfuncionales tempranos se vincularon positivamente con las dificultades en la regulación emocional del control de impulsos, falta de aceptación emocional, interferencia en conductas dirigidas a metas, falta de claridad emocional y acceso limitado a estrategias de regulación sexual y, negativamente, con la falta de conciencia emocional. A medida que aumentan los esquemas disfuncionales tempranos, la dependencia emocional y los déficits en la regulación emocional también irán en aumento, exceptuando la falta de conciencia emocional, la cual disminuirá.

En cuarto lugar, se analizaron las relaciones entre la dependencia emocional y las dificultades en la regulación emocional (tabla 3).

La dependencia emocional al igual que sus 4 subescalas, mantuvieron relaciones positivas y estadísticamente significativas con las dificultades en la regulación emocional del control

de impulsos, falta de aceptación emocional, interferencia en conductas dirigidas a metas, falta de claridad emocional y acceso limitado a estrategias de regulación sexual, así como de nuevo, relaciones negativas con la falta de conciencia emocional. A mayor dependencia emocional, mayores serán las dificultades en la regulación emocional a excepción de la falta de conciencia emocional, que será menor.

El papel predictivo de la dependencia emocional, los esquemas disfuncionales tempranos y las dificultades en la regulación emocional sobre la adicción al sexo

En quinto lugar, se comprobó el carácter predictivo de la dependencia emocional, los esquemas disfuncionales tempranos y las dificultades en la regulación emocional sobre la adicción al sexo. A continuación, se muestran los resultados obtenidos de manera estadísticamente significativa (tabla 4).

Las variables que predijeron la *inexistente adicción al sexo* en sentido positivo fueron las dificultades de regulación emocional interferencia en conductas dirigidas a metas,

Tabla 3. Correlaciones entre la dependencia emocional y las dificultades en la regulación emocional

	Falta de conciencia emocional	Dificultades en el control de impulsos	Falta de aceptación emocional	Interferencia en conductas dirigidas a metas	Falta de claridad emocional	Acceso limitado a estrategias de RE
Evitar estar solo	-0.06*	0.13**	0.15**	0.09**	0.13**	0.14**
Necesidad de exclusividad	-0.14**	0.16**	0.15**	0.13**	0.08**	0.15**
Necesidad de agradar	-0.10**	0.09**	0.11**	0.10**	0.06*	0.10**
Relación asimétrica	-0.10**	0.17**	0.18**	0.16**	0.13**	0.18**
Dependencia emocional total	-0.12**	0.16**	0.17**	0.14**	0.12**	0.17**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$



los esquemas inadaptados tempranos abandono, fracaso, búsqueda de reconocimiento y negatividad, y en sentido negativo la búsqueda de una relación asimétrica como síntoma de dependencia emocional, y los esquemas inadaptados tempranos de abuso/desconfianza, dependencia y autopunitivo. Las que predijeron una *posible adicción al sexo* en sentido positivo fueron las variables de dependencia emocional evitar estar solo y búsqueda de una relación asimétrica,

y los esquemas inadaptados tempranos de imperfección, dependencia y metas inalcanzables y, en sentido negativo, fracaso. Las variables que predijeron la *muy probable adicción al sexo* fueron los esquemas inadaptados tempranos abuso/desconfianza en sentido positivo, y abandono y búsqueda de reconocimiento en sentido negativo. Finalmente, la variable que la *segura adicción al sexo* en sentido positivo fue el esquema inadaptado de aislamiento social.

Tabla 4. El papel predictivo de la dependencia emocional, los esquemas disfuncionales tempranos y las dificultades en la regulación emocional sobre la adicción al sexo

Variable predictor	B	β	T	Sig.	Variable criterio
Dificultades en la regulación emocional					
Interferencia en conductas dirigidas a metas	0.01	0.07	2.13	0.03*	Inexistente adicción al sexo
Dependencia emocional					
Relación asimétrica	-0.01	-0.07	-2.10	0.04*	Inexistente adicción al sexo
Esquemas disfuncionales tempranos					
Abandono (D. Desconexión y rechazo)	0.01	0.11	2.41	0.02*	Inexistente adicción al sexo
Abuso/desconfianza (D. Desconexión y rechazo)	-0.01	-0.10	-2.24	0.02*	Inexistente adicción al sexo
Fracaso (D. Autonomía deteriorada)	0.01	0.12	2.87	0.00**	Inexistente adicción al sexo
Dependencia (D. Autonomía deteriorada)	-0.01	-0.17	-4.00	0.00**	Inexistente adicción al sexo
Búsqueda de reconocimiento (D. Orientación a los demás)	0.01	0.15	3.28	0.00**	Inexistente adicción al sexo
Negatividad (D. Vigilancia exces. e inhib.)	0.01	0.11	2.39	0.02*	Inexistente adicción al sexo
Autopunitivo (D. Vigilancia exces. e inhib.)	-0.01	-0.10	-2.28	0.02*	Inexistente adicción al sexo
Dependencia emocional					
Evitar estar solo	0.01	0.09	2.48	0.01*	Posible adicción al sexo
Relación asimétrica	0.01	0.06	1.99	0.04*	Posible adicción al sexo
Esquemas disfuncionales tempranos					
Imperfección (D. Desconexión y rechazo)	0.01	0.13	2.71	0.01*	Posible adicción al sexo
Fracaso (D. Autonomía deteriorada)	-0.01	-0.11	-2.70	0.01*	Posible adicción al sexo
Dependencia (D. Autonomía deteriorada)	0.01	0.14	3.20	0.00**	Posible adicción al sexo
Metas inalcanzables (D. Vigilancia exces. e inhib.)	0.01	0.11	2.23	0.03*	Posible adicción al sexo
Esquemas disfuncionales tempranos					
Abandono (D. Desconexión y rechazo)	-0.00	-0.01	-2.04	0.04*	Muy probable adicción al sexo
Abuso/desconfianza (D. Desconexión y rechazo)	0.00	0.11	2.40	0.02*	Muy probable adicción al sexo
Búsqueda de reconocimiento (D. Orientación a los demás)	-0.00	-0.12	-2.48	0.01*	Muy probable adicción al sexo
Esquemas disfuncionales tempranos					
Aislamiento social (D. Desconexión y rechazo)	0.00	0.10	2.35	0.02*	Segura adicción al sexo

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$



Correlaciones entre los ítems de la escala de adicción al sexo, las dificultades en la regulación emocional, los esquemas disfuncionales tempranos y la dependencia emocional

A continuación, se analizaron las relaciones entre los ítems que componen la escala de adicción al sexo y las dificultades en regulación emocional, los esquemas disfuncionales tempranos y la dependencia emocional (tabla 5).

En cuanto a las dificultades en la regulación emocional, los datos señalaron relaciones positivas y estadísticamente significativas entre los 4 ítems que componen la escala de adicción al sexo y las dificultades en la regulación emocional del control de impulsos y falta de claridad emocional. Del mismo modo, las dificultades en la regulación emocional de acceso limitado a estrategias de regulación se relacionaron positivamente con 3 de los ítems de la escala de adicción al sexo exceptuando el ítem 3, referido a la consideración de la propia actividad sexual como excesiva. Además, los impedimentos a la hora de realizar tareas habituales debido a la actividad sexual y los intentos sin éxito por moderar la propia actividad sexual se relacionaron de manera estadísticamente significativa y en sentido positivo con las dificultades en la regulación emocional por falta de aceptación emocional.

En referencia a los esquemas disfuncionales tempranos, el ítem 1 (impedimentos a la hora de realizar tareas habituales en su vida, como trabajo u obligaciones familiares debido a la actividad sexual), se relacionó positivamente con los esquemas disfuncionales tempranos de privación emocional, abuso/desconfianza, aislamiento social, imperfección, vulnerabili-

dad al peligro, apego/enredo, autosacrificio, metas inalcanzables, insuficiente autocontrol y autopunitivo. El ítem 2 (quejas de sus parejas sobre su excesiva actividad sexual), se relacionó de manera estadísticamente significativa y en sentido positivo con los esquemas disfuncionales tempranos de privación emocional, abuso/desconfianza, apego/enredo y autopunitivo. El ítem 3 (considerar la propia actividad sexual como excesiva) solamente se relacionó positivamente con el esquema disfuncional temprano de dependencia. Finalmente, el ítem 4 (intentos sin éxito por moderar la propia actividad sexual), obtuvo relaciones positivas con los esquemas disfuncionales tempranos de privación emocional, abuso/desconfianza, imperfección, vulnerabilidad al peligro, apego/enredo, autosacrificio, inhibición emocional, metas inalcanzables, insuficiente autocontrol y autopunitivo.

Por último, los 4 ítems que componen la escala de adicción al sexo reflejaron relaciones positivas y estadísticamente significativas con la dependencia emocional total y sus 4 subescalas (evitar estar solo, necesidad de exclusividad, necesidad de agrandar y relación asimétrica), a excepción del ítem 3 que no correlacionó con la necesidad de agrandar. Asimismo, los 4 ítems que forman la escala de adicción al sexo se relacionaron en sentido positivo y de manera significativa con el esquema disfuncional temprano de dependencia. A medida que aumentan los impedimentos a la hora de realizar tareas habituales debido a la actividad sexual, las quejas de la pareja hacia la excesiva actividad sexual, la consideración de la propia actividad sexual como excesiva, los intentos sin éxito por moderar la actividad sexual, el esquema disfuncional temprano de dependencia y la dependencia emocional hacia la pareja también irá en aumento.



Tabla 5. Correlaciones entre los 4 ítems que conforman la escala de la adicción al sexo y la dependencia emocional, las dificultades en regulación emocional y los esquemas disfuncionales tempranos

	Ítem 1 Impedimentos a la hora de realizar tareas habituales en su vida, como trabajo u obligaciones familiares debido a la actividad sexual	Ítem 2 Quejas de sus parejas sobre su excesiva actividad sexual	Ítem 3 Considerar la propia actividad sexual como excesiva	Ítem 4 Intentos sin éxito por moderar la propia actividad sexual
Dificultades en la regulación emocional				
Falta de conciencia emocional	0.03	0.04	0.04	0.00
Dificultades en el control de impulsos	0.10**	0.06*	0.05*	0.09**
Falta de aceptación emocional	0.09**	0.03	0.01	0.09**
Interferencia en conductas dirigidas a metas	0.02	-0.01	0.01	0.04
Falta de claridad emocional	0.10**	0.09**	0.07**	0.10**
Acceso limitado a estrategias de RE	0.09**	0.09**	0.04	0.11**
Esquemas disfuncionales tempranos				
<i>Dominio: Desconexión y rechazo</i>				
Privación emocional	0.07**	0.05*	0.04	0.06*
Abandono	0.04	0.01	-0.00	0.03
Abuso/desconfianza	0.08**	0.06*	0.04	0.07**
Aislamiento social	0.09**	0.04	0.03	0.04
Imperfección	0.06*	0.03	0.04	0.06*
<i>Dominio: Autonomía deteriorada</i>				
Fracaso	0.01	-0.02	-0.00	0.04
Dependencia	0.12**	0.10**	0.09**	0.11**
Vulnerabilidad al peligro	0.05*	0.03	0.01	0.05*
Apego/enredo	0.06*	0.05*	0.03	0.09**
<i>Dominio: Orientación a los demás</i>				
Subyugación	0.04	0.01	-0.01	0.05
Autosacrificio	0.07**	0.05	0.03	0.07**
Búsqueda de reconocimiento	-0.02	-0.02	-0.04	-0.01
<i>Dominio: Límites alterados</i>				
Grandiosidad	0.04	-0.00	0.00	0.03
Autocontrol insuficiente	0.07*	0.05	0.03	0.06*
<i>Dominio: Vigilancia excesiva e inhibición</i>				
Inhibición emocional	0.03	0.02	0.02	0.05*
Metas inalcanzables	0.07**	0.05	0.03	0.06*
Negatividad	-0.01	-0.00	-0.04	-0.01
Autopunitivo	0.08**	0.07**	0.04	0.06*
Dependencia emocional				
Evitar estar solo	0.12**	0.10**	0.07**	0.11**
Necesidad de exclusividad	0.10**	0.10**	0.09**	0.07**
Necesidad de agrandar	0.10**	0.09**	0.05	0.09**
Relación asimétrica	0.12**	0.13**	0.07**	0.10**
Dependencia emocional total	0.13**	0.12**	0.08**	0.11**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$



Análisis de frecuencias de los 4 ítems

A continuación, se llevó a cabo un análisis de frecuencias sobre los 4 ítems que componen la escala de adicción al sexo. Se analizó si los participantes con inexistente adicción al sexo, posible adicción al sexo, muy probable adicción al sexo y segura adicción al sexo puntuaron con mayor frecuencia en alguno de los 4 ítems que conforman la escala.

Los resultados obtenidos muestran cómo los participantes con una *inexistente adicción al sexo* ($n= 1.179$, 3.9%) puntuaron con mayor frecuencia al ítem 1 (¿Tu actividad sexual te ha impedido realizar tareas habituales en su vida, como trabajo u obligaciones familiares?), los participantes con una *muy probable adicción al sexo* ($n= 68$; 4.5%) puntuaron con mayor frecuencia al ítem 3 (¿Alguna vez has considerado que tu actividad sexual es excesiva?) en comparación con los otros 3 ítems; los participantes con una *posible adicción al sexo* ($n = 231$; 15.2%), puntuaron con mayor frecuencia al ítem 4 (¿Has intentado alguna vez sin éxito moderar tu actividad sexual?) y los participantes con una *segura adicción al sexo* ($n = 41$; 2.7%) puntuaron de manera equitativa a los 4 ítems. De los 1.519 participantes, en el ítem 1 (¿su actividad sexual le ha impedido realizar tareas habituales en su vida, como trabajo u obligaciones familiares?) han contestado “sí” 262 (17.2%) y “no” 1.257 (82.8%). En el ítem 2 (¿se han quejado sus parejas de su excesiva actividad sexual?) han respondido “sí” 221 (14.5%) y “no” 1.298 (85.5%). En el ítem 3 (¿alguna vez ha considerado que su actividad sexual es excesiva?), han respondido “sí” 248 (16.3%) y que “no” 1.271 (83.7%). El ítem 4 (¿ha intentado alguna vez sin éxito moderar su actividad sexual?), lo han respondido “sí” 276 (18.2%) y “no” 1.243 (81.8%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la temprana edad de los sujetos que conforman nuestra muestra, la prevalencia de la adicción al sexo auto-informada ha sido baja frente a la aportada en otros trabajos realizados en población general y con adultos (Lanström y Hansom, 2006; Skegg, et al., 2010). Como señala la literatura, existe mayor prevalencia en varones que en mujeres pero en este caso las diferencias son muy significativas, siendo mayor la proporción de varones frente a mujeres tanto en posible, en muy probable, como en segura adicción al sexo.

Los resultados de este estudio aportan evidencias sobre las relaciones existentes entre las dificultades en la regulación emocional, los esquemas inadaptados tempranos, la dependencia emocional y la inexistente, posible, muy probable o segura adicción al sexo. Se pone de manifiesto que la *inexistente adicción al sexo* en los adolescentes evaluados se relaciona con una mayor regulación emocional, una mejor estructura psicológica auto-informada y menor dependencia en sus relaciones de pareja. Son personas que perciben tener un mayor control de sus impulsos, aceptar sus respuestas emocionales, clarificar sus emociones poniendo en práctica adecuadas estrategias de regulación emocional, apoyarse y confiar en los demás, sentirse integrados, valorados y capaces de afrontar sus responsabilidades, que no perciben miedos irracionales sobre el futuro ni que comprometen su identidad personal en su relación con los demás, que no controlan la expresión de sus impulsos ni el malestar o la responsabilidad, y que no denotan que sientan la necesidad de ser



perfectos o de que lo sean los otros, por lo que no se creen intolerantes ni consigo mismos ni con los demás. Por contra, la *posible adicción al sexo* se relaciona con un patrón exactamente inverso. En una *muy probable adicción al sexo* existen las mismas dificultades en la regulación emocional pero solamente en el esquema inadaptado temprano de dependencia. Y a medida que avanzamos en el gradiente de adicción al sexo, en *segura adicción al sexo*, solo se muestra correlación significativa en el esquema inadaptado de negatividad, siendo de carácter inverso. En este punto hemos de realizar varias consideraciones: En primer lugar, que en nuestra muestra la prevalencia de la *muy probable adicción al sexo* es baja, un 4.5% (68 adolescentes), y mucho más baja la de la *segura adicción al sexo*, un 2.7% (41 adolescentes), lo que dificulta la presencia de niveles más elevados de significación en estas dos condiciones; prueba de ello es que en la *muy probable adicción al sexo*, a pesar de que no se presentan correlaciones significativas con la dependencia emocional y sus diferentes variables, sí que se mantiene la significación para el esquema inadaptado temprano de dependencia/incompetencia lo que puede significar que muchos de ellos no hayan todavía establecido una relación de pareja o practicado una relación coital, e incluso más, que sean los adolescentes con mayores dificultades con respecto a la adicción al sexo los que a su vez tengan más dificultades en establecer relaciones de pareja (Sánchez Zaldívar e Iruarrizaga, 2009). En segundo lugar, la ausencia de correlaciones positivas entre la falta de conciencia emocional y las diferentes condiciones relacionadas con la adicción al sexo puede estar relacionada con una mayor necesidad de incentivo junto con una menor actividad cortical prefrontal

(Voon et al., 2017) al tiempo que las dificultades en el control de impulsos (la sensación de desbordamiento debida a la intensidad emocional) junto con el acceso limitado a estrategias de regulación (sensación de persistencia de los estados emocionales negativos, más relacionado con implicaciones internas que con consecuencias externas) y la no aceptación de emociones genera un mayor descontrol emocional (Hervás y Vázquez, 2006). Por último, la correlación negativa entre la *segura adicción al sexo* y el esquema inadaptado de negatividad sugiere los adolescentes con adicción al sexo focalizan su atención en aspectos negativos de la vida y creen de manera generalizada que las cosas irán mal, pudiendo, como señala Echeburúa (2012), entender el sexo como un alivio de su malestar.

A medida que se incrementan los esquemas cognitivos disfuncionales también lo harán la dependencia emocional y las dificultades en regulación emocional, a excepción de la falta de conciencia emocional. Como señalan Hervás y Vázquez (2006), la falta de conciencia o desatención puede ser funcional o disfuncional y, a nuestro juicio, lo que parecen señalar los resultados es que a medida que se incrementan los esquemas inadaptados tempranos es probable que se experimenten múltiples emociones y se reconozca la incapacidad de tomar conciencia de los propios sentimientos. Resultados idénticos se observan cuando se estudian las relaciones entre la dependencia emocional y las dificultades en la regulación emocional: a mayor dependencia emocional menor falta de conciencia emocional. Observamos que la correlación negativa más elevada se muestra en la necesidad de exclusividad, parece lógico pensar que pensamientos de ca-



rácter celotípico sean reconocibles, máxime cuando puede estar asociados a conductas deliberadas de control del otro a través de, por ejemplo, redes sociales.

Resulta interesante destacar que ninguna de las variables que predicen de manera positiva la *inexistente adicción al sexo* (las dificultades de regulación emocional interfe-rencia en conductas dirigidas a metas, y los esquemas inadaptados tempranos abandono, fracaso, búsqueda de reconocimiento y negatividad) muestran correlaciones significativas con ninguno de los 4 ítems que evalúan la adicción al sexo, pero sí que lo hacen las variables predictoras en sentido negativo (la búsqueda de una relación asimétrica como síntoma de dependencia emocional, y los esquemas inadaptados tempranos de abuso/desconfianza, dependencia y autopunitivo) con, al menos 3 de los ítems; posiblemente los adolescentes de nuestra muestra auto-informan de dificultades propias de su etapa evolutiva o relacionadas con otro tipo de problemas.

Por contra, las variables que predicen de manera positiva la *posible adicción al sexo* (evitar estar sólo y búsqueda de una relación asimétrica como síntomas de dependencia emocional, y los esquemas inadaptados tempranos de imperfección, dependencia y metas inalcanzables) muestran correlaciones significativas con 2 o 4 de los ítems que evalúan la adicción al sexo, y la variable predictora en sentido negativo (el esquema inadaptado de fracaso) no muestra ninguna correlación con ninguno de los ítems que evalúan adicción al sexo. Tanto el esquema inadaptado de imperfección (perteneciente al dominio de desconexión y rechazo y que hace referencia a sentirse no querido, no deseado, o inferior en aspectos de la

vida) como el de metas inalcanzables (perteneciente al dominio de vigilancia excesiva e inhibición y relacionado con las necesidad de actuar de forma perfecta y establecer estándares inflexibles para sí mismo y para los demás) muestran correlaciones significativas con los ítems 1 y 4, relacionados con los sentimientos de culpa asociados y con los signos de abstinencia o incapacidad de controlar la conducta respectivamente. Sin embargo, todas las variables predictoras relacionadas con la dependencia emocional (evitar estar solo y búsqueda de una relación asimétrica) y el esquema disfuncional dependencia (perteneciente al dominio de autonomía deteriorada y relacionado con sentirse incapaz para afrontar las responsabilidades cotidianas sin ayuda de los demás) muestran correlaciones positivas tanto con la culpa, la percepción del problema por parte de parejas, considerar la propia actividad sexual como excesiva, como con la abstinencia o fuera de control. Puede que la *posible adicción al sexo* englobe dos grupos diferenciados de adolescentes. El primero de ellos formado por adolescentes que no tienen pareja o no mantienen relaciones sexuales con otras personas, que utilizan su conducta sexual a modo de sobrecompensación por sentirse no queridos o inferiores e incapaces de ser perfectos y que, como señalan Adams y Robinson (2001), poseen sentimientos de culpa y vergüenza que junto a su incapacidad para regular sus conducta sexual les conduce a mantenerse en el ciclo compulsivo, dificultando el establecimiento de relaciones de pareja o coitales exitosas. El segundo, formado por aquéllos que sí que mantienen relaciones de pareja o sexuales con otras personas, que emplean su conducta sexual a modo de compensar su incapacidad de afrontar las responsabilidades



cotidianas sin la ayuda de los otros o su familia y conseguir diferenciarse de sus padres (Young et al., 2003) pero que, sin embargo, establecen relaciones con dependencia emocional además de sentirse culpables y de permanecer en el ciclo compulsivo.

La *muy probable adicción al sexo* la predicen solamente esquemas inadaptados tempranos; en este caso, en sentido positivo abuso/desconfianza (perteneciente al dominio desconexión y rechazo y que hace referencia a la creencia de que otras personas le herirán, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán, pudiendo ser tanto un daño intencional como una negligencia) y, en sentido negativo, abandono y búsqueda de reconocimiento. En este caso, el esquema cognitivo de abuso/desconfianza muestra correlaciones significativas con 3 de los ítems (sentimientos de culpa asociados, percepción por parte de parejas y signos de abstinencia e incapacidad de control) mientras que abandono y búsqueda de reconocimiento no muestran correlaciones significativas con ninguno de los 4 ítems que evalúan la adicción al sexo. Parece que los adolescentes con *muy probable adicción al sexo* mantienen relaciones interpersonales sexuales al tiempo que perciben el mundo como un lugar lleno de crueldad e injusticia, en el que las personas necesitan dañar a otros y explotarlos para satisfacer sus intereses y necesidades (Polaschek y Ward, 2002) y que pueden sobrecompensar estas creencias empleando sus relaciones sexuales como una forma de llamar la atención y una herramienta para manipular y explotar a los otros (Harding, Burns y Jackson, 2012).

La *segura adicción al sexo* la predice el esquema inadaptado temprano aislamiento social (perteneciente al dominio desco-

nexión y rechazo y que incluye el sentimiento de que uno se encuentra aislado o es diferente del resto del mundo y que no forma parte de ningún grupo). Este esquema cognitivo únicamente muestra correlaciones significativas con los sentimientos de culpa asociados. No podemos concluir si las dificultades de estos adolescentes residen en la presencia de motivos no sexuales como la soledad (Echeburúa, 2012), en el hecho de que el ciclo compulsivo conduzca cada vez a un mayor aislamiento (Adams y Robinson, 2001) o en que, por ejemplo, exista un mayor porcentaje de adolescentes varones con homofobia internalizada (Pachankis et al., 2015), pero sí que se perciben solos y sintiendo mucha culpabilidad ante su conducta sexual.

A pesar de que en muestra clínica Soltani Azemat et al. (2016) señalan como mejores predictores esquemas inadaptados pertenecientes a los dominios de desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y orientación a los demás, en nuestros resultados la *posible adicción al sexo* la predicen determinadas variables de la dependencia emocional y esquemas inadaptados tempranos de los dominios desconexión y rechazo, autonomía deteriorada y vigilancia excesiva e inhibición, y a medida que avanzamos en el gradiente de *muy probable adicción al sexo* y *segura adicción al sexo* las variables predictoras son esquemas inadaptados tempranos que pertenecen al dominio desconexión y rechazo, coincidiendo con Bakhshi et al. (2013) al señalar el dominio de desconexión y rechazo como mejor predictor de la adicción.

Señalar tres datos más. En primer lugar, el ítem I (sobre los sentimientos de culpa asociados) es el que muestra una mayor prevalencia tanto en la *inexistente adicción*



al sexo como en la *posible adicción al sexo*. Es muy probable que el primer grupo la culpa funcione como un factor de protección cara al desarrollo de la compulsión mientras que en el segundo grupo sea consecuencia de la misma. En segundo lugar, el ítem 3 (la autopercepción del problema) muestra menos correlaciones positivas que el resto de los ítems tanto con las variables de dificultades de regulación emocional como con los esquemas inadaptados tempranos y la dependencia emocional, y las que muestra están relacionadas con las dificultades de regulación emocional impulso y claridad, con el esquema inadaptado de dependencia, y con todas las variables de dependencia emocional a excepción de necesidad de agradar. Quizá la baja autopercepción del problema está relacionada con adolescentes que, como señalan Harding et al. (2012), utilizan sus relaciones sexuales como una forma de llamar la atención y una herramienta para manipular y explotar a los otros. Por último, Chiclana et al. (2015) señalan en su muestra de adicción al sexo que la edad media de inicio a la actividad sexual compulsiva es a los 15.2 años y a los 20.2 años cuando se establece como fuera de control. En nuestro trabajo, realizado con adolescentes de la población general (con una edad media de 15.77 años), a pesar de que la prevalencia de la *segura adicción al sexo* es baja (2.7%), el ítem 4 (los signos de abstinencia o incapacidad para controlar la conducta) es el que muestra una mayor prevalencia ($n= 276$, 18.2%), apuntando hacia la peligrosidad de la nueva generación de adicción al sexo que Riemersma y Sytsma (2013) describen como la de las tres “ces” (cronicidad, contenido y cultura).

LIMITACIONES

Este estudio no está exento de limitaciones. Tal y como se ha comentado previamente, la medida utilizada para evaluar la adicción al sexo es de autoinforme y de screening por lo que será necesario en estudios posteriores utilizar medidas más clínicas. Unido a esto, sería también necesario poder comparar con muestras clínicas para analizar las diferencias. Asimismo, se trata de un estudio trasversal en un momento evolutivo, como es la adolescencia, de mayor impulsividad y búsqueda de sensaciones. Por otro lado, podría haber adolescentes que no han iniciado conductas sexuales o haberlas iniciado recientemente. A pesar de las limitaciones, este estudio ayuda a estudiar las conductas previas a la edad adulta de esta temática, que han sido menos estudiadas. Además, muestra diferencias en función de la gravedad de la adicción al sexo en dificultades en el control de impulsos, falta de aceptación emocional, falta de claridad emocional y acceso limitado a estrategias de regulación sexual, dependencia emocional y en esquemas inadaptados tempranos. Destaca que las experiencias tempranas podrían ser las predictoras de la *muy probable adicción al sexo*. Estos resultados van en la línea de estudios que muestran que los comportamientos adictivos pueden ser vistos como problemas de apego (Schimmenti, Guglielmucci, Barbasio y Granieri, 2012). Es necesario seguir haciendo estudios que profundicen en esta problemática que puede tener consecuencias médicas, relacionales, emocionales, entre otras (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Llario, y Salmerón-Sánchez, 2013).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, K.M. y Robinson, D.W. (2001). Shame Reduction, Affect Regulation, and Sexual Boundary Development: Essential Building Blocks of Sexual Addiction Treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 23-44.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gíllario, M. D., y Salmerón-Sánchez, P. (2013). Sexual compulsivity scale: adaptation and validation in the spanish population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(6), 526-40. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.665816>
- Balzarotti S., Biassoni F., Villani D., Prunas A., Velotti P. (2016). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 17(1), 125-143. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9587-3>
- Bakhshi Bojed F, Nikmanesh Z. (2013). Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 2(2):72-76. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.10148>
- Black, D.W. (1998). Compulsive sexual behavior: a review. *Journal of Psychiatric Practice*, 4(4), 219-229.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire Short Form. Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid: Alianza.
- Chávez-Vera, M.D., Estévez, A., Olave, L., Momeñe, J., Vázquez, D. e Iruarrizaga, I. (2018). Estudio de las relaciones entre adicciones comportamentales, impulsividad y consumo de sustancias en adolescentes: Validación del MULTICAGE CAD 4 y del DEN en Ecuador. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(3), 13-38.
- Chiclana Actis, C., Contreras Chicote, M., Carriles Cervera, S. y Rama Víctor, D. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido?. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 115, 19-26.
- Chimmenti, A., Guglielmucci, F., Barbasio, C., Granieri, A. (2012). Attachment disorganization and dissociation in virtual worlds: a study on problematic Internet use among players of online role - playing games. *Clinical Neuropsychiatry*, 9, 195-202.
- Cid, J. y Torrubia, R. (2002, Septiembre). Schema as a construct in cognitive behavioural therapy: a study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. Comunicación presentada en The XXXII European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Maastricht, Países Bajos.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. Cid, J. y Torrubia, R. (2002, Septiembre). Schema as a construct in cognitive behavioural therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. Comunicación presentada en The



- XXXII European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Maastricht, Netherlands.
- Consedine, N.S. y Magai, C. (2006). Emotion development in adulthood: A developmental functionalist review and critique. En C. Hoare (Ed.), *The Oxford handbook of adult development and learning* (pp. 209–244). New York, NY: Oxford University Press.
- Craparo, G. (2014). The role of dissociation, affect dysregulation, and developmental trauma in sexual addiction. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 11(2), 86-90.
- Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 69-76.
- 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 la redes sociales. *Adicciones*, 22, 91-96.
- Estévez, A. (2013). La infancia es para toda la vida. En Martínez-Pampliega, A. e Iriarte, L. (editoras). *Avances en terapia de Pareja y Familia en contexto clínico y comunitario*. Madrid: Editorial CCS.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18(1), 23-43.
- Estévez, A., Chávez-Vera, M.D., Momeñe, J., Olave, L., Vázquez, D. e Iruarrizaga, I. (2018). El papel de la dependencia emocional en la relación entre el apego y la conducta impulsiva. *Anales de Psicología*, 34(3), 438-445. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.13681>
- Estévez, A., Urbiola, I., Iruarrizaga, I., Onaindia, J. y Jauregui, P. (2017). Dependencia emocional en el noviazgo y consecuencias psicológicas del abuso de internet y móvil en jóvenes. *Anales de Psicología*, 33(2), 260-268. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.255111>
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907. doi:10.1001/jama.1984.03350140051025.7
- Faisandier, K.M., Taylor, J.E. y Salisbuty, R.M. (2012). What does attachment have to do with out-of-control sexual behavior?. *New Zealand Journal of Psychology*, 41(1), 19-29.
- Garofalo, C., Velotti, P. y Zavattini, G.C. (2016). Emotion dysregulation and hypersexuality: review and clinical implications, *Sexual and Relationship Therapy*, 31(1), 3-19. <https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1062855>
- Giugliano, J.R. (2009). Sexual Addiction: Diagnostic Problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 283-294. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9195-3>
- Gómez-Simón, I., Penelo, E., & de, I. O. (2014). Factor structure and measurement invariance of the difficulties emotion regulation scale (DERS) in spanish adolescents. *Psicothema*, 26(3),



- 401-408. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.324>
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multi-dimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L. y Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 544-553. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9268-4>
- Greenberg, L.S. y Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 197-211. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2)
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Harding, H. G., Burns, E. E., & Jackson, J. L. (2012). Identification of child sexual abuse survivor subgroups based on early maladaptive schemas: implications for understanding differences in posttraumatic stress disorder symptom severity. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 560-75.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Jerome, R.C., Wood, W.J., Moskowitz, J.T. y Carrico, A.W. (2016). The Psychological Context of Sexual Compulsivity Among Men Who Have Sex With Men. *AIDS and Behavior*, 20, 273-280. <https://doi.org/10.1007/s10641-015-1083-1>
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kafka, M. P. (2014). What happened to hypersexual disorder?. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 1259-1261. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y>
- Kingston, D.A. y Firestone, P. (2008). Problematic Hypersexuality: A Review of Conceptualization and Diagnosis. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15, 284-310. <https://doi.org/10.1080/10720160802289249>
- Kingston, D.A., Graham, F.J. y Knight, R.A. (2017). Relations Between Self-Reported Adverse Events in Childhood and Hypersexuality in Adult Male Sexual Offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 46, 707-720. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0873-5>
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. R., & Martin, C. E. (2003). Sexual behavior in the human male. 1948. *American Journal of Public Health*, 93(6), 894-8.
- Kuzma, J.M. y Black, D.W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior.



- The Psychiatric clinics of North America*, 31(4), 603-611.
- Lagström, N. y Hanson, K.R. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 37-52. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-8993-y>
- Momeñe, J.; Jauregui, P. y Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Psicología Conductual*, 25(1), 65.
- Noferesty, A. A. (2013). Comparison of early maladaptive schemas in sex offenders and non-offenders. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 14(52), 120-29.
- Pachankis, J.E., Rendina, H.J., Restar, A., Ventuneac, A., Grov, C. y Parsons, J.T. (2015). A Minority Stress-Emotion Regulation Model of Sexual Compulsivity Among Highly Sexually Active Gay and Bisexual Men. *Health Psychology*, 34(8), 829-840. <https://doi.org/10.1037/hea0000180>
- Parsons, J. T., Rendina, H. J., Moody, R. L., Gureng, S., Starks, T. J., & Pachankis, J. E. (2017). Feasibility of an emotion regulation intervention to improve mental health and reduce HIV transmission risk behaviors for HIV-positive gay and bisexual men with sexual compulsivity. *AIDS and Behavior*, 21(6), 1540-1549. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1533-4>
- Pedrero Pérez, E.J., Rodríguez Monje, M.T., Gallardo Alonso, F., Fernández Girón, M., Pérez López, M. y Chicharro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 269-278. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.04.004>
- Polaschek, D. L., & Ward, T. (2002). The implicit theories of potential rapists: what our questionnaires tell us. *Aggression and Violent Behavior*, 7(4), 385-406.
- Prause, N., Staley, C. y Fong, T.W. (2013). No Evidence of Emotion Dysregulation in "Hypersexuals" Reporting Their Emotions to a Sexual Film. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 106-126. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.7772874>
- Reid, R.C., Carpenter, B.N., Spackman, M. y Willes, D.L. (2008). Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(2), 133-149. <https://doi.org/10.1080/00926230701636197>
- Reid, R.C., Garos, S., Carpenter, B.N. y Coleman, E. (2011). A surprising finding related to executive control in a patient sample of hypersexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2227-2236. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02314.x>
- Riemersma, J. y Sytsma, M. (2013). A New Generation of Sexual Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20, 306-322. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.843067>
- Rizor, A., Callands, T., Desrosiers, A. y Kershaw, T. (2017). He's gotta have it: Emotion regulation, emotional expression,



- and sexual risk behavior in emerging adult couples. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(3), 203-216. <https://doi.org/10.1080/10720162.2017.1343700>
- Sánchez Zaldívar, S. e Iruarrizaga, I. (2009). Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: la adicción al sexo en internet. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 255-268.
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C. (2010). Perceived "out of control" sexual behavior in a cohort of young adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 968-978. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9504-8>
- Soltani Azemat, E., Mohammadian, A., Heydari Dolat Abadi, N., & Mohammadkhani, P. (2016). A Comparative Examination of Maladaptive Schemas in Sex Addicts and Normal Individuals. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 4(3), 159-166. <https://doi.org/10.15412/J.JPCP.06040303>
- Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., y Preston, J. (2001). Are the Short and Long Forms of the Young Schema Questionnaire Comparable and How Well Does Each Version Predict Psychopathology Scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(3), 253-272.
- Traeen, B., Spitznogle, K. y Beverfjord, A. (2004). Attitudes and use of pornography in the Norwegian population 2002. *The Journal of Sex Research* 41(2):193-200. <https://doi.org/10.1080/00224490409552227>
- Urbiola, I. y Estévez, A. (2015). Dependencia emocional y esquemas desadaptativos tempranos en el noviazgo de jóvenes y adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3), 571-587.
- Urbiola, I., Estévez, A., e Iraurgi, I. (2014). Dependencia emocional en el noviazgo de jóvenes y adolescentes (DEN): Desarrollo y validación de un instrumento. *Ansiedad y Estrés*, 20(2-3), 101-114.
- Verdura, E.J., Ponce, G. y Rubio, G. (2011). Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo. *Medicine*, 10(86), 5810-5816.
- Villegas, M. J. y Sánchez, N. (2013). Dependencia emocional en un grupo de mujeres denunciando de maltrato de pareja. *Revista Textos y Sentidos*, 7, 10-29.
- Voon V, Mole TB, Banca P, Porter L, Morris L, Mitchell S, et al. (2014) Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity in Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours. *PLoS ONE*, 9(7), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102419>
- Young, J.E. y Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (2ª ed.). En J.E. Young (1994), *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (ed. Rev.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J.E. y Klosko, J.S. (2001). Reinventa tu vida. Barcelona: Paidós.



- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Walton, M.T., Cantor, J.M., Bhullar, N. y Lykins, A.D. (2017). Hypersexuality: A Critical Review and Introduction to the "Sexhavior Cycle". *Archives of Sexual Behavior*, 46, 2231-2251. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0991-8>
- Wills, F. y Sanders, D. (1997). *Cognitive therapy: transforming the image*. Londres: Sage.
- World Health Organization (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11)*. Geneva: Author.
- World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>