

Grado en Psicología
Trabajo Fin de Grado
Curso 2014/2015

Modalidad: Propuesta de Intervención

Título: Uso excesivo de pornografía por Internet

Autor: Francis William Alfred Sharratt

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Elche, a 4 de Junio, 2015

Índice.

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Método.....	6
3.1. Población Diana.....	6
3.2. Evaluación.....	6
3.3. Propuesta de Intervención.....	7
4. Discusión.....	12
5. Referencias.....	14
6. Anexo.....	16



1. Resumen

El sexo es una necesidad básica humana. Todos tienen deseo sexual y derivan placer del acto, que sea en solitario o con pareja. Pero con las nuevas tecnologías, puede que se esté perdiendo el lado más personal del sexo, la gente visita chats, descarga películas pornográficas y lee revistas de la misma categoría. ¿Qué pasa si se deja a un lado el contacto humano en favor de estas aventuras? La pornografía en Internet en la sociedad de hoy es virtualmente sinfín. Algunos expertos estiman que un 15% de la red en su totalidad está compuesto por páginas pornográficas. La colección tan sumamente grande y diversa de las fantasías sexuales y prácticas que se pueden ver tonta fácilmente y, consecuentemente cada vez más la gente consume pornografía en la red. Las relaciones en línea no son peligrosas y a la vez ofrecen el mismo nivel de placer que otras prácticas más arriesgadas para la gente que tiene un consumo excesivo de este material. Esta práctica, aunque no estrictamente insalubre mientras se lleve a cabo con moderación, se podría considerar adictiva, aunque el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) no lo reconoce como tal. Este trabajo es una propuesta de intervención en este problema y se centra en aspectos importantes como la autoeficacia, la motivación para el cambio, las metas del sujeto y la utilidad de la terapia aversiva para ayudar en la rehabilitación de un posible adicto a la pornografía utilizando técnicas como son los autorregistros, la terapia de pareja y el apoyo familiar. Se espera conseguir una disminución importante en cuanto al consumo de pornografía y aumentos en factores como la motivación, la autoeficacia y la identificación de situaciones de riesgo.

Palabras Clave: Pornografía, adicción, Terapia Aversiva, Internet

Abstract

Sex is a basic human necessity. Everybody has sexual desire and they derive pleasure from the sexual act, albeit alone or accompanied. Yet with the introduction of new technologies, it is possible that the most personal side of sex is being lost. People visit erotic chatrooms, download pornographic films and read magazines of the same category. What happens if real human contact is abandoned in the endeavour for these adventures? Pornography on the Internet in today's society is virtually limitless. Some experts estimate that 15% of the entire world wide web is made up of pornographic sites. The un-ending array of sexual fantasies and practices that can be viewed entice easily and, consequently, more and more people are watching more and more pornography online. The sexual relations online are not dangerous and yet they offer the same levels of pleasure as other more risky practices for people who have an excessive consumption of such material. This practice, although not strictly unhealthy in moderation, could be considered addictive, although the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) does not recognize it as such. This paper is an intervention proposal for that same problem and focuses on

important aspects such as autoefficiency, motivation for change, patient goal setting and the usefulness of Aversive Therapy to aid in the recovery of a potential porn addict using techniques such as self registers, relationship therapy and family support. It is expected to achieve a high level of reduction as far as pornography consumption is concerned and increases to factors like motivation, self confidence and situational awareness.

Key Words: Pornography, addiction, Aversive Therapy, Internet.

2. Introducción

El sexo vende. En 2006, la industria pornográfica acumuló una ganancia neta de 97 billones de dólares (Hilton y Watts, 2011), más que Google, eBay, Microsoft, Netflix y Apple combinados. Y cada año, gana más. Esto es fácilmente comprensible si entendemos que los humanos somos seres sexuales a pesar de que no se admite con apertura hoy en día. Aunque sigue siendo tabú hablar de sexo y placer en público, en privado parece que estamos más dispuestos a revelar nuestro lado más sexual. Hilton y Watts (2011) afirmaron que 87% de hombres universitarios admiten ver pornografía, 50% de ellos diariamente, y 36% de mujeres universitarias, 17% de ellas a diario. Cada vez más la gente es más promiscua y consume más pornografía y cibersexo en internet.

Ahora hay que preguntarse; ¿esto es peligroso? ¿Se puede considerar una adicción el consumo tan elevado de pornografía? *Stricto sensu*, no. El DSM-V no reconoce ni la adicción al sexo ni la de pornografía como trastornos mentales dignos de tratamiento. A pesar de esto, hay gran cantidad de artículos de autores como Krueger y Kaplan (Echeburúa, 2012), que cuestionan el criterio de inclusión del manual de diagnóstico y que plantean la adicción al sexo como problema actual. Los sexólogos que ejercen en este ámbito afirman que sí que existe y que es un problema serio, pero los manuales que se utilizan no dan directrices en cuanto a su criterio de diagnóstico ni su tratamiento. Pero si es un problema actual, ¿cómo intervenimos? ¿Qué se puede hacer para tratar un problema que, científicamente hablando, no existe? Se han producido algunos intentos de tratar este problema pero, lamentablemente, en general estos intentos van dirigidos a la adicción a Internet en sí, no al consumo compulsivo de pornografía (Zaldívar y Díez, 2009). Algunos expertos y sus compañeros afirman que hay varias señales que podrían mostrar que un sujeto se ha hecho adicto al sexo en Internet (Young, 2001):

- Habitualmente gastan varias horas en chats eróticos con la única finalidad de encontrar pornografía o cibersexo.

- Tienen ansiedad por encontrar actividades relacionadas con el sexo en línea.
- Participan en fantasías sexuales que no llevan a cabo en su vida real.
- Las sesiones en línea se empiezan por las expectativas de encontrar excitación sexual.
- Hay sentimientos de culpa o vergüenza acerca de su uso de la red. Esto es característico de los trastornos de control de impulsos.
- Se masturban mientras buscan pornografía o chats eróticos.
- Sus actividades en línea son desconocidas por las personas de su alrededor.
- Puede que inviertan menos tiempo en relaciones sexuales directas y reales, es decir, prefieren consumir pornografía. En el caso de que no hayan relaciones directas satisfactorias con la pareja y sólo existe placer con la pornografía, se trataría de un caso de Voyerismo.

Desafortunadamente, el artículo citado no tiene como finalidad sugerir un posible tratamiento de este problema, solamente lo define y expone unos de los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que una persona que consume pornografía o cibersexo en la red se vuelva adicta.

Cooper (1998) afirma que las actividades sexuales online (OSA, *Online Sexual Activities*) parecen estar motivados por el motor "Triple A"; accesibilidad, anonimato y asequibilidad.

Este motor de conductas adictivas es muy importante para entender el origen de tales acciones. En cuanto a la accesibilidad, no cabe ninguna duda de que abriendo Google y haciendo una búsqueda con palabras relacionadas con el sexo, uno se puede encontrar con millones de resultados de páginas pornográficas (Zaldívar y Díez, 2009). El anonimato facilita una comunicación más abierta y franca, lo cual da lugar a relaciones percibidas como más cómodas (Zaldívar y Díez, 2009). Hay gran cantidad de razones por las cuales esto ocurre, una de ellas siendo que la comunicación online elimina la capacidad de percibir expresiones faciales del recipiente que podrían mostrar desaprobación o asco (que en la vida real haría que una persona se avergonzara o que se inhibiera más), otra siendo que al ser anónimo, uno puede trasgresar las normas sociales sin castigo y disfrutar plenamente de actos sin que se le juzgue por llevarlas a cabo (aquí entra la imposibilidad de ciertas fantasías sexuales, las cuales se vuelven posibles al conectarse a la red). Finalmente, la asequibilidad hace referencia a la facilidad de acceso a este tipo de actividad. Las personas pueden pasar horas delante del ordenador en la intimidad de sus casas, participando en fantasías que serían imposibles de realizar en la vida real sin interrupciones ni molestias.

Este trabajo es una propuesta de intervención en el problema de Uso Excesivo de Pornografía en Internet (UEPI) en la sociedad contemporánea en Internet. Sólo hace falta analizar las cifras antes demostradas para darse cuenta de que este problema es de suma importancia y gravedad para el bienestar de las relaciones sexuales humanas, saludables, personales y directas. Aunque el

consumo de pornografía no es insalubre (Martínez, 2009) en sí, que ese mismo consumo sea prioridad ante cualquier obligación o relación íntima personal sí que es un riesgo para la salud mental y sexual del paciente y su vida personal, laboral o social. El UEPI se ve en este trabajo como un problema de control de impulsos, es decir, un trastorno en el cual el sujeto no puede resistirse a la tentación de llevar a cabo ciertas conductas aunque sean peligrosas para él o para los demás y en situaciones peligrosas (Sánchez et al, 2008). Mientras lleva a cabo la acción, el sujeto experimenta sensaciones placenteras pero puede que después se arrepienta o se sienta culpable. Unos ejemplos de trastornos de esta categoría son la cleptomanía, la tricofagia (falta de impulsos de arrancarse el pelo y comérselo) y la piromanía (Galán, 1995). Los tratamientos que se utilizan para este tipo de problema son terapias grupales de control de estímulos, terapia cognitivo-conductual y terapia aversiva (Blaszczynski, 1993). Esta última terapia se ha demostrado muy eficaz en los casos de tabaco y alcohol donde, al consumir, el sujeto recibía una pequeña descarga eléctrica. También es importante en el caso de adicciones trabajar la prevención de recaídas; existen algunos programas cognitivo-conductuales basados en el entrenamiento de habilidades y el PR (Modelo de Prevención de Recaídas) de Marlatt y Gordon que se consideran tratamientos de primera elección ante dicha problemática (Hermida y Villa, 2001). El PR incluye técnicas como la identificación de situaciones de riesgo, entrenamiento de estrategias de afrontamiento y habilidades para afrontar el *craving* (el deseo de consumir).

Una adicción en sí es un patrón de conducta repetitivo que conlleva una pérdida del control y refuerzo negativo a corto plazo (la ansiedad que siente la persona adicta antes de consumir una sustancia se ve mermada al tomarla, el sujeto experimenta sensaciones agradables y por lo tanto el consumo se ve reforzado por esta falta de las anteriores sensaciones negativas). Los efectos negativos que tienen las adicciones son la dependencia (estado de necesidad física o psicológica que tiene el sujeto de consumir una sustancia) y el riesgo que conlleva la conducta compulsiva en su vida laboral, social y personal. La persona adicta muchas veces llevará a cabo conductas de riesgo en situaciones de riesgo a favor del consumo de la sustancia adictiva. También pueden causar el llamado síndrome de abstinencia. Este síndrome consiste en el conjunto de reacciones que ocurren a una persona adicta cuando deja de consumir la sustancia adictiva. Se caracteriza por muchos síntomas como son por ejemplo las náuseas, los temblores, la sudoración y, predominantemente, el deseo de volver a consumir la sustancia de la cual es adicto el sujeto. Por último, la adicción a una sustancia puede causar el fenómeno conocido como la tolerancia. Es decir, el sujeto se habitúa a los efectos de la droga y requiere dosis más altas para conseguir el mismo efecto que antes recibía con cantidades pequeñas. Es preciso mencionar que estos fenómenos pueden o no ser posibles en el problema de consumo excesivo de pornografía (Echeburúa, 1999).

Como ya se ha mencionado, no hay investigaciones anteriores focalizadas en este problema, por

lo tanto, el proceso de planificación de la intervención se hará basándose en programas de intervención en problemas de adicción a sustancias. Estas intervenciones utilizan a menudo instrumentos de medición de la ansiedad, la motivación, la depresión y la autoeficacia (Carbonell et al, 2012). Por lo tanto estos son los factores que se han elegido como los influyentes en el UEPI. Además, para mejor entender este problema de control de impulsos, se analizará la historia sexual del paciente y también, su vida sexual actual.

3. Método

3.1. Población Diana

Esta intervención iría dirigida a personas con edades comprendidas entre las 21 y 60 años, que estén casados, con pareja o solteros y que consuman al menos 4 horas de pornografía al día. El rango de edad es tal para mejor abordar el problema en la población general ya que es normal que los jóvenes tengan un mayor consumo. Como sólo se quiere analizar a los adictos, el rango de edad incluye tanto a jóvenes adultos como adultos mayores. Se ha elegido a personas con pareja y personas solteras ya que es de interés analizar la satisfacción sexual con la pareja y como esta satisfacción afecta a la velocidad con que se disminuye el consumo de pornografía en comparación con no tener relaciones directas y personales. Es decir, evaluar si el sujeto solamente experimenta placer con el consumo de pornografía o si también lo experimenta con su pareja actual y cómo afecta el estado civil a la dependencia de pornografía para conseguir placer sexual. Al sólo experimentar placer con el pornografía exclusivamente, tanto con pareja como sin ella, se estaría hablando de un caso de Voyerismo, aunque sea por Internet. Se ha elegido una modalidad individual para la intervención, es decir, se tratará con un paciente solamente en cada sesión. La dificultad de la terapia grupal en este caso ha sido el factor más importante en esta elección. Es decir, en un grupo las metas de los pacientes serían diferentes, lo cual dificultaría el trabajo para el profesional, los niveles de autoeficacia y el tiempo posible para dedicar a cada sujeto se verían afectados también.

3.2. Evaluación

Los sujetos incluidos tendrán un nivel de estudios mixto (se aceptarían pacientes con el título de la E.S.O o superior). Esto es así porque podría ser de interés analizar las diferencias entre los sujetos con niveles de estudio más altos en comparación con los que tienen estudios menores. Se le pasará al sujeto una entrevista para poder analizar su historia sexual (Edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, posibles trastornos, método anticonceptivo, frecuencia sexual, satisfacción, etc.). También se recogería su historial psicopatológico (incluyendo diagnóstico y tratamientos) para observar si hay alguna relación entre cierta

psicopatología y el consumo excesivo de pornografía. En las adicciones es muy frecuente que existan niveles altos de ansiedad y depresión (Urdapilleta-Herrera, 2010) y es de interés analizar la misma relación con un problema de control de impulsos tan novedoso.

El diagnóstico de uso excesivo se hará usando el CERI (Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet) (Beranuy et al, 2009) adaptado para el caso de consumo compulsivo y excesivo de pornografía. Este cuestionario de 20 ítems es una adaptación del PRI (que mide el abuso de sustancias) para el problema de abuso de Internet. El uso del sujeto se clasificará como excesivo e impulsivo si cumple los siguientes tres criterios:

- Que no lo pueda controlar
- Que intente controlarlo
- Y que afecte a su vida de forma notable

Para comprobar esto se utilizará un autorregistro que incluye los siguientes apartados:

- Situación: Dónde está el sujeto cuando lleva a cabo la conducta, qué está haciendo, si es una situación de riesgo o no.
- Pensamiento: Qué se le ocurre al sujeto, le parece normal, seguro, debería hacerlo, etc.
- Emoción: Qué siente en el momento, está nervioso, relajado, feliz, etc.
- Conducta: Lo que hace, las acciones que lleva a cabo, fundamentalmente; si consume pornografía o no lo hace.

Para la primera evaluación (Evaluación 0) y el seguimiento que se hará, se les pasará a los pacientes la Escala de Impulsividad de Barratt, el BIS-11 (Patton et al, 1995), esta escala tiene 30 ítems que miden conducta impulsiva y falta de control de los y se les medirá la ansiedad y depresión, dos factores muy importantes en los casos de adicciones. Para medir la ansiedad se utilizará el STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) de Spielberger (2010) que sigue la escala de 4 puntos de Likert y contiene 40 ítems y para la depresión, el BDI-II (*Beck Depression Inventory*) de Beck y compañeros (1996) que contiene 21 ítems que miden depresión en una escala de 0 a 3 cuya suma dicta el nivel de depresión del sujeto.

Por último, para observar las habilidades del sujeto de identificación de situaciones de riesgo y su autoeficacia, se utilizará durante la prevención de recaídas el SCQ-8 (*Situational Confidence Questionnaire*) de Annis y Martin (1985). Esta escala mide en porcentaje, de 0% a 100% cómo siente de capaz el sujeto en distintas situaciones. Contiene 8 ítems.

3.2. Propuesta de Intervención

Normalmente, en las intervenciones en adicciones, el objetivo final es la abstinencia total del sujeto. No es así para esta presente propuesta. No es razonable intentar hacer que el sujeto nunca vuelva a consumir pornografía, pero si controlar ese consumo dentro de unos límites para que la actividad no ponga en peligro a la vida social/laboral/personal del paciente. El objetivo de esta intervención es bajar el consumo del sujeto en un 70% en comparación con el consumo antes

de iniciar las sesiones.

En cuanto a temporalización de la intervención; las dos sesiones psicoeducativas tendrán una duración de una hora y media cada una para así explicar el material claramente. La tercera sesión tendrá como duración una hora. Las sesiones de Terapia Aversiva serán continuas ya que el software utilizado estará almacenado en el ordenador del paciente. Las tareas llevadas a cabo durante estas sesiones durarán una hora aproximadamente. La última sesión de evaluación y prevención de recaídas durará una hora y media. Es recomendable que estas sesiones se hagan de forma sucesiva, una tras la otra diariamente, de lunes a viernes hasta que se acabe la intervención. La duración total de la intervención puede variar, dependiendo del avance que muestra el sujeto.

Las sesiones de la intervención tendrán como finalidad trabajar cuatro aspectos importantes de los problemas de adicción: la evaluación de pros y contras y así las metas del paciente, la motivación del sujeto, la terapia aversiva y la autoeficacia. Habrá ocho sesiones planificadas de la siguiente forma:

- 1ª Sesión: Primera sesión psicoeducativa.

Objetivo: Educar al sujeto acerca de su problema y hacerle consciente de los peligros que tiene el abuso de pornografía.

Tarea: Se le informará al sujeto acerca del problema de adicción al consumo de pornografía y se expondrán sus consecuencias. Se hará hincapié en la clasificación de su problema como adicción y los problemas que puede causar (pérdida de vida social, laboral, personal en favor a consumir pornografía, dependencia, etc.). A modo de clase teórica, el psicólogo expondrá lo dicho con la ayuda de un PowerPoint y tendrá la opción de utilizar otros programas/instrumentos que vea de utilidad. El PowerPoint incluirá los conceptos básicos de lo que es una adicción, los problemas y daños que puede causar, los fenómenos relacionados con ella (dependencia, abstinencia, etc.), una explicación de recaídas y una breve introducción a lo que se pretende conseguir con la intervención.

Descripción: Durante esta sesión se le pedirá al sujeto que rellene un autorregistro de las actividades que hace en su día a día para analizar así su consumo de pornografía (Véase Anexo). Este autorregistro se utilizará hacia el final de la intervención a modo de comparación "pre-post" para así comprobar la eficacia del programa. También servirá de fuente de motivación para el sujeto. Incluye varios apartados (Fecha, Situación, Emoción, Pensamiento y Conducta).

- 2ª Sesión: Segunda sesión psicoeducativa.

Objetivo: La finalidad de la segunda sesión es trabajar la motivación del sujeto para el cambio.

Tarea: Se repasarán los puntos más importantes de la primera sesión y se trabajará la motivación del sujeto de cambiar. Su motivación se comprobará con el cuestionario Sócrates 8D de adicción a sustancias, adaptada al problema de consumo excesivamente alto de pornografía (Véase Anexo).

Descripción: El sujeto pondrá sus propias metas a conseguir y el psicólogo le ayudará a que sean realistas. Estas metas se pondrán en una "hoja de perfil" del sujeto para que el mismo pueda repasarlas y pensarlas. Es muy importante que el sujeto se ponga unos objetivos realistas y alcanzables al principio de la terapia.

- 3ª Sesión:

Objetivo: Aumentar la autoeficacia y motivación del paciente.

Tarea: Durante la sesión se le asignarán tareas de control emocional y de impulsos (como por ejemplo al sujeto se le deja solo con un ordenador mientras que el psicólogo observa desde fuera y la tarea es no buscar pornografía o no entrar en internet) y al cumplirlas, utilizando la retroalimentación positiva, se aumentarán la autoeficacia y motivación del paciente. Si el sujeto no llega a cumplir la tarea durante el tiempo asignado a ella, se volverá a trabajar el control de impulsos y se volverá a proponer la tarea.

Descripción: Esta sesión durará una hora y media para que haya tiempo suficiente para observar al sujeto varias veces en una tarea. Se utilizará un ordenador y el psicólogo anotará las veces que se ha cumplido la tarea y las veces que no se ha cumplido.

- 4ª Sesión:

- Objetivo: Análisis de pros y contras. Terapia Aversiva

- Tarea: Para la cuarta sesión, y las futuras, se trabajará con Terapia Aversiva. Utilizando un software que haga que salgan una multitud de ventanas en la pantalla del dispositivo o que el mismo se quede bloqueado durante 10 minutos, cuando el sujeto haga clic en cualquier

página web pornográfica de forma periódica (como se ha dicho, el objetivo no es la abstinencia total del paciente, solamente un menor consumo). Se ha decidido que cada 50 clics, el programa dejará que avance el navegador un paso. Lo que se pretende conseguir con estas sesiones es la disminución del consumo propiamente dicha por la frustración del sujeto y también, se espera que con el tiempo que pasa hasta que consiga avanzar una ventana, podrá controlar efectivamente sus impulsos. Para estas sesiones, dicho software se descargará en el ordenador del sujeto para mantener la terapia durante la mayor cantidad de tiempo posible, tanto dentro como fuera del aula. También se desarrollará una aplicación de móvil para así controlar más eficazmente el consumo de pornografía por parte del sujeto. Durante la sesión, además de la descarga del software y su explicación, se pedirá al sujeto que lleve a cabo una lista de pros y contras de consumir pornografía.

Descripción: Esta sesión durará una hora y se utilizará el Microsoft Word para escribir la lista de pros y contras.

- 5ª Sesión:

Objetivo: Trabajar el autocontrol y la identificación de situaciones de riesgo (por ejemplo identificar los momentos no aptos para consumir pornografía, en el ámbito laboral, en público, etc.) por parte del paciente.

Tarea: Esta sesión se puede llevar a cabo dónde el profesional quiera. Si ve que el sujeto se puede controlar y prefiere meterle en situaciones de riesgo, así se hará. Si no se visualizará un vídeo y se le preguntará al sujeto si las situaciones que salen son de riesgo o no.

Descripción: Se evaluará qué situaciones son las más peligrosas para el sujeto y las estrategias más eficaces para poder afrontarlas con éxito. Se espera con esto que el sujeto sea capaz de controlarse cuando se encuentra en una situación de riesgo y sepa identificarla como tal. Tendrá una duración de una hora.

- 6ª Sesión:

Objetivo: Realización del plan de acción.

Tarea: Durante esta sexta sesión se realizará el plan de acción para el sujeto utilizando la

información conseguida de la previa discusión de situaciones de riesgo y autocontrol. Este plan dependerá del nivel de consumo que tiene el sujeto (no consumo, consumo experimental, consumo esporádico, consumo habitual o dependencia) a la hora de realizar esta sesión. Para evaluar el nivel de consumo, se comprobará el autorregistro. Se espera que para esta sesión el sujeto ya dispondrá de las habilidades necesarias para llevar a cabo las conductas expuestas en el plan de acción cuando se encuentre en un estado de ansiedad por consumir.

- 7ª Sesión:

Objetivo: Reforzar la autoeficacia del sujeto haciéndole ver las capacidades y habilidades de afrontamiento que posee.

Tarea: Se trabajará con la retroalimentación positiva del paciente y se le dará un nivel mayor de importancia al autorregistro. Se asignarán tareas para casa simples, para que vea que puede superarlo (por ejemplo cuando siente la necesidad de consumir, que salga de casa, o que lea). Estas tareas se apuntarán en el autorregistro. Se le ofrecerán unas sesiones de terapia de pareja o de apoyo familiar si es preciso. Para las sesiones de terapia de pareja se consultará con el sujeto y su pareja fuera del horario de las sesiones de intervención. Asistirán los dos y se hará una primera entrevista, primero con el sujeto, luego con la pareja y por último, los dos juntos, así se puede recoger información que posiblemente no se quiera anunciar en el primer momento de las dos partes de la relación. Si existe problemática, el psicólogo aconsejará e intentará que la comunicación entre los dos sea abierta y la comprensión, entera. En los casos de apoyo familiar, el procedimiento será parecido. Primero se hará una entrevista con cada miembro por separado y luego con las personas pertenecientes al núcleo del sujeto juntas. Se les explicará la problemática del paciente y se trabajarán la empatía y las estrategias de afrontamiento.

Descripción: La sesión se llevará a cabo con el material necesario para las tareas que asigna el psicólogo. Se podrá utilizar el ordenador durante las tareas que lo requieran y si el sujeto puede controlar el consumo con la tentación que proporciona el mismo ordenador, aumentará su autoeficacia. La tarea de buscar información en Internet podría servirle de estrategia de afrontamiento en situaciones de riesgo, por ejemplo.

- 8ª Sesión:

Objetivo: La finalidad de la última sesión es prevenir las posibles recaídas (lo cual se lleva consiguiendo con todas las tareas de la propuesta) y proporcionar al sujeto el refuerzo

necesario para aumentar su autoeficacia, motivación y control de impulsos y así dificultar la vuelta al consumo excesivo. Esta sesión sirve de resumen de toda la propuesta en sí.

Tarea: Se llevará a cabo la comprobación del autorregistro del sujeto para así analizar su consumo y ver si ha disminuido en la cantidad postulada para la eficacia de la intervención y se recapacitará lo importante de la intervención.

Descripción: Se evaluará la disminución producida en el consumo excesivo del paciente y se esperará ver que ha disminuido al menos un 70%. Al no ser así, se seguirá la intervención acordando la fecha de terminación con el paciente. En el caso de que sí que se consigue la disminución necesaria del consumo se reforzará al paciente para prevenir recaídas, se darán consejos para evitar el consumo, se reforzará la realización de otras actividades y, si el sujeto lo solicita, podrá disponer del software utilizado en la Terapia Aversiva hasta que elija él mismo borrarlo.

Durante todas las sesiones el psicólogo tendrá que hablar con el paciente acerca de sus puntos fuertes y débiles para así moldear la intervención a su favor (por ejemplo si tiene un nivel de motivación muy alto pero no se ve capaz, se centraría más en la autoeficacia).

Terminada la intervención se hará un seguimiento del paciente a los tres meses y a los seis meses para poder evaluar y afrontar las posibles recaídas del sujeto en el problema de adicción a la pornografía. Durante el seguimiento se le volverá a pasar el cuestionario de impulsividad de Barratt, el STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) y el Inventario de Depresión de Beck para evaluar estos tres factores (impulsividad, ansiedad y depresión) y analizar el posible riesgo de futuras recaídas.

4. Discusión

El objetivo de esta intervención es la disminución del consumo de pornografía por internet de un sujeto y que el mismo sea consciente de las habilidades que posee para poder controlar su conducta, es decir, aumentar su autoeficacia, que quiera mantener el cambio producido (motivación) y que sepa controlar sus impulsos (impulsividad). La intervención se evaluará como válida y eficaz si el consumo del sujeto baja en un 70% aproximadamente en comparación con su consumo antes del programa.

Se espera apreciar un notable cambio en la conducta del sujeto y su consumo de pornografía y, aunque sean posibles, la ausencia de recaídas. El sujeto tras el programa poseerá las estrategias

de identificación de situaciones de riesgo y las habilidades de afrontamiento necesarias para evitar dichas situaciones. Estará motivado para mantener el cambio que se habrá producido y controlará mejor las conductas impulsivas. Tendrá un menor nivel de ansiedad y depresión en el caso de poseer niveles altos antes de la intervención. También se hipotetiza que los sujetos entre los 40 y 60 años tendrán una mayor disminución de consumo que los sujetos más jóvenes. Además, se espera ver una diferencia entre los sujetos con estudios bajos y los que poseen un título de Bachillerato o superior. Se cree que los pacientes con un nivel de estudios menor o tardarán más en disminuir su consumo o lo disminuirán menos que los que tienen un nivel medio o alto. Es probable que los sujetos con pareja tengan más facilidad en disminuir su consumo mientras que a los solteros les cueste más dejar de consumir de forma excesiva material pornográfico.

En cuanto a las limitaciones de esta intervención, es preciso mencionar que como es la primera de su categoría, hasta su finalización no se podrá evaluar su eficacia y validez. Por lo tanto existen limitaciones posibles a nivel metodológico y con los resultados. Los tests utilizados podrían ser menos válidos que otros para esta problemática por ejemplo. Si fuera así, los resultados también se verían perjudicados. El criterio de inclusión y evaluación de los sujetos son otros factores que se mejorarían con más conocimiento base de este campo de la psicología. Es decir, hasta que se lleven a cabo más investigaciones de este tipo y se recojan más detalles no se podrán perfeccionar las técnicas requeridas para este tipo de investigación.

Otra limitación que se aprecia es la poca probabilidad de que los sujetos que padezcan este perfil de uso excesivo de pornografía en Internet lleguen a venir a la terapia. Es decir, no es muy probable que uno admita su uso excesivo de Internet (Block, 2008) y mucho menos su consumo de pornografía. De hecho, es muy frecuente que un paciente niegue o intente racionalizar su tiempo gastado en Internet (Zaldívar y Díez, 2009) y por el contenido de sus conductas compulsivas, es normal que no quiera contar sus experiencias.

A medida de que se vaya extendiendo Internet y que el acceso se haga más y más fácil y sin restricciones, habrá más individuos con problemas de este tipo. Por eso es importante que los psicólogos y profesionales de la salud, tanto mental como sexual, se informen, busquen soluciones y lleven a cabo investigaciones en este campo.

Por último, como el rango de edad, el nivel de estudios y el estado civil son tan amplios, abarcan todas las opciones de su variable, los resultados podrían ser confusos. Como primera investigación en esta adicción, con esta intervención se conseguiría un plan general, pero es posible que funcione mejor otro plan más específico para edades distintas, niveles de estudio diferenciados y también, estados civiles opuestos.

La falta de material base es tanto un inconveniente como una ventaja ya que, aunque no hay base fundamental para mejor planificar este tipo de intervención, esta intervención podría abrir el camino a más de su categoría y así avanzar en un terreno poco conocido y de mucha importancia. De ese modo, se podría corregir los posibles errores e inconvenientes de esta propuesta. La aplicación de esta intervención es el primer paso necesario para abrir toda una red de líneas futuras centradas en la adicción al consumo de pornografía por Internet y, posiblemente, para la adicción al sexo en sí.

5. Referencias

Annis, H.M. and Martin, G. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations* (4th ed.). Toronto: *Addiction Research Foundation*

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*.

Beranuy, F. M., Chamarro, L. A., Graner, J. C., & Carbonell, S. X. (2009). Validation of two brief scales for Internet addiction and mobile phone problem use. *Psicothema*, 21(3), 480-485.

Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual*, 1(3), 409-440.

Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165, 306–307.

Carbonell, X., Fúster, H., Lusa, A. C., & Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del psicólogo*, 33(2), 82-89.

Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1(2), 187-193.

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? Does really sex addiction exist? *Adicciones*, 24(4), 281-286.

Galán, I. C. (1995). Trastornos del control de los impulsos: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía y tricotilomanía. In *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 583-618). Siglo XXI de España Editores.

Hermida, J. R. F., & Villa, R. S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.

López, C., García-Rodríguez, J. A., Jover, M. C., & Sánchez, C. (2001). Fundamentos básicos sobre alcohol, tabaco y otras drogas. *INID, Universidad Miguel Hernández. Alicante*.

Martínez, Y. C. (2009). Daños y beneficios de la pornografía.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, (51), 768-74.

Sánchez-Carbonell, X., Fargues, M. B., Rosell, M. C., Lusa, A. C., & Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20(2), 149-159.

Sánchez Zaldívar, S., & Iruarrizaga Díez, I. (2009). Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: la adicción al sexo en internet. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 255-268.

Spielberger, C. D. (2010). *State-Trait Anxiety Inventory*. John Wiley & Sons, Inc.

Urdapilleta-Herrera, E. D. C., Sansores, R. H., Ramírez-Venegas, A., Méndez-Guerra, M., Lara-Rivas, A. G., Guzmán-Barragán, S. A. & Moreno-Coutiño, A. (2010). Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud pública de México*, 52, S120-S128.

Young, K. S. (2008). Internet sex addiction risk factors, stages of development, and treatment. *American Behavioral Scientist*, 52(1), 21-37.

6. Anexo

Cuestionario Sócrates 8D Adaptado:

1: Totalmente en desacuerdo (NO)

2: En desacuerdo (No)

3: Indeciso o inseguro (¿?)

4: De acuerdo (Si)

5: Totalmente de acuerdo (SI)

1.- Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de pornografía 1 2 3 4 5

2.- A veces me pregunto si soy un adicto 1 2 3 4 5

3.- Si no cambio pronto mi consumo de pornografía, mis problemas serían mayores 1 2 3 4 5

4.- Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi consumo de pornografía 1 2 3 4 5

5.- Estuve consumiendo demasiado durante un tiempo, pero he conseguido cambiar eso
1 2 3 4 5

6.- A veces me pregunto si mi consumo de pornografía está hiriendo a otras personas
1 2 3 4 5

7.- Tengo un problema con la pornografía 1 2 3 4 5

8.- No sólo estoy pensando en cambiar mi consumo de pornografía sino que estoy haciendo algo
para cambiarlo 1 2 3 4 5

9.- Ya he cambiado mi consumo de pornografía ya hora estoy buscando formas de no volver a
consumir como lo hacía antes 1 2 3 4 5

10.- Tengo un serio problema con la pornografía 1 2 3 4 5

11.- A veces me pregunto si tengo el control sobre mi consumo de pornografía 1 2 3 4 5

12.- Mi consumo de pornografía está causando mucho daño 1 2 3 4 5

13.- Estoy haciendo cosas para dejar mi consumo de pornografía 1 2 3 4 5

14.- Quiero ayuda para mantenerme alejado de los problemas con las drogas que he tenido 1 2 3
4 5

15.- Sé que tengo un problema con la pornografía 1 2 3 4 5

16.- En ocasiones me pregunto si consumo demasiado 1 2 3 4 5

17.- Soy adicto a la pornografía 1 2 3 4 5

18.- Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de pornografía 1 2 3 4 5

19.- He hecho algunos cambios en mi consumo de pornografía, y necesito ayuda para no volver a
consumir como antes. 1 2 3 4 5

Autorregistro

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS	EMOCIONES	CONDUCTA

