

Terapia de aceptación y compromiso (ACT) para el tratamiento de hipersexualidad y chemsex: protocolo de intervención y resultados de un estudio de caso

Acceptance and commitment therapy (ACT) for the treatment of hypersexuality and chemsex: intervention protocol and results of a case study

Francisco Montesinos
Instituto ACT / Universidad Europea de Madrid

Marta Ortega
Universidad Europea de Madrid

RESUMEN

Se presenta el caso de un varón gay VIH positivo con problemas en el control de impulsos sexuales, con frecuentes conductas sexuales sin protección asociadas al chemsex, que afectan al ámbito social, familiar y laboral. El objetivo fue evaluar la utilidad de un protocolo de 8 semanas basado en ACT para tratar la hipersexualidad y valorar su aplicabilidad. Los cambios fueron medidos mediante autorregistros y cuestionarios estandarizados. El índice de cambio clínicamente significativo de Jacobson-Truax reveló mejoras en hipersexualidad y flexibilidad psicológica. El tratamiento fue seguido de una reducción de hipersexualidad del 90% ($t=-0.9$, $p=0.0$) y una drástica reducción mantenida a los tres meses en tiempo empleado en buscar citas, número de encuentros y parejas y frecuencia de consumo de sustancias. Los resultados aportaron evidencia de que la aplicación de ACT fue seguida de una mejora en la conducta sexual impulsiva y justificaron su uso en futuros ensayos clínicos.

PALABRAS CLAVE

Hipersexualidad; chemsex; adicción al sexo; impulsividad; control de impulsos; compulsividad sexual; Terapia de Aceptación y Compromiso; ACT; psicología clínica, terapia sexual; sexología; VIH; infecciones de transmisión sexual; ITS; adherencia.

ABSTRACT

The case of a 44 years old HIV positive homosexual male, with highly frequent unprotected sexual behaviour associated to drug use, affecting his social, family and work spheres is presented. The aim was to assess the usefulness of an eight session ACT-based protocol to treat hypersexual behaviour. The study also aimed at assessing the feasibility of the protocol to be rolled out to a larger sample. Changes were tracked during the treatment and three months after through self-monitoring and standardized questionnaires. Jacobson-Truax clinically significant change index showed improvements in hypersexuality and psychological flexibility. The treatment has proven to be successful in reducing participant's hypersexuality 90% ($t=-0.9$, $p=0.0$). Time spent looking for sexual intercourses, as well as the number of encounters, different partners, and frequency of drug usage during sex was drastically reduced after intervention. Results provided evidence that ACT contributed to improve compulsive sexual behaviour and therefore justified its use in subsequent clinical trials.

KEYWORDS

Hypersexuality; chemsex; sex addiction; impulsivity; impulse control; sexual compulsivity; Acceptance and Commitment Therapy; ACT; clinical psychology; sexual therapy; sexology; HIV; sexually transmitted infections; STI; adherence.

Recibido: 13/06/2022; aceptado: 20/06/2022

Correspondencia: : Francisco Montesinos. Doctor en Psicología. Universidad Europea de Madrid. C/ Tajo, s/n. Villaviciosa de Odón. 28670 Madrid. E-mail: francisco.montesinos2011@gmail.com

Introducción

La hipersexualidad es la expresión desinhibida de conductas sexuales culturalmente adaptadas que provoca consecuencias adversas importantes (Kafka, 2010), e incluye una combinación de deseo sexual excesivo e incapacidad para controlarlo (Ballester-Arnal et al., 2019). La primera conceptualización de hipersexualidad como una adicción fue propuesta por Orford (1978), quien hizo hincapié en las consecuencias negativas que conlleva, el tiempo que se invierte en pensar en el “consumo”, las dificultades de autocontrol, así como en la conciencia sobre lo inapropiado que resulta. Se han utilizado muchas otras acepciones como compulsividad sexual u obsesión sexual (Levine, 2010). Su prevalencia oscila entre el 3% y el 6% (Derbyshire & Grant, 2015; Karila et al., 2014; Kingston & Firestone, 2008; Castro-Calvo et al., 2017), si bien resulta complicado concluir datos precisos (Brewer & Tidy, 2019; Kraus et al., 2018), siendo más frecuente en personas en torno a los 30 años (Amamou et al., 2020), en varones (Ballester-Arnal et al., 2013; Carnes, 2000; Castro-Calvo et al., 2017; Dodge et al., 2004; Odlaug et al., 2013; Skegg et al., 2010), y específicamente en varones homosexuales (Daneback et al., 2005).

En los últimos años se viene observando el aumento del fenómeno del chemsex asociado a la hipersexualidad. El chemsex es el uso intencionado de drogas (poppers, GHB/GBL, viagra, cocaína, mefedrona, metanfetamina, ketamina, éxtasis/MDMA) mayoritariamente por parte de hombres que tienen sexo con hombres para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (Ministerio de Sani-

dad, 2020a). Su práctica intensiva y continuada puede facilitar la transmisión sexual del VIH y otras infecciones, así como problemas para la salud física, mental y social, y está asociado a la cultura de las tecnologías de sexo casual y las saunas (Soriano, 2017; Ministerio de Sanidad, 2020a; Estudio Homosalud, 2021). La preocupación social por el aumento de este fenómeno y sus consecuencias sobre la salud es creciente (Ministerio de Sanidad, 2020a; El País, 2021). La práctica es mayor entre personas con VIH (González-Baeza, 2018), y el riesgo de infección por VIH entre los gays que practican chemsex se multiplica por 5 y el de VHC (virus de la hepatitis C) por 9 (Pakianathan et al., 2018). Entre sus riesgos se incluyen la sobredosis, la adicción, el deterioro físico, la hipersexualización del ocio y la reducción del rendimiento laboral o académico (Ministerio de Sanidad, 2020a). Su prevalencia en España en población de varones gays y bisexuales alcanza el 14,1% en el último año según la Encuesta EMIS-2017 (Ministerio de Sanidad, 2020b) y asciende hasta el 27,5% según el Estudio Homosalud (2021). Por otro lado, las autoridades sanitarias advierten del incremento de algunas infecciones de transmisión sexual en los años previos a la pandemia en España. Así, la tasa de clamidia pasó del 18% en 2016 al 44% en 2019, la incidencia de sífilis aumentó en un 18,4% entre 2016 y 2018, y la prevalencia de la gonorrea va en aumento desde los años 2000 (Centro Nacional de Epidemiología, 2021).

Las consecuencias sanitarias médicas, psicológicas y sociales ponen de manifiesto la necesidad de disponer de tratamientos psicológicos efectivos para el abordaje de la hiper-

sexualidad y la promoción de una sexualidad más saludable. Las primeras intervenciones adaptaron en este ámbito los programas de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos de doce pasos, y también se han administrado terapias farmacológicas y tratamientos cognitivo-conductuales (Ballester et al., 2020). La revisión de Ballester et al. (2020) destaca las intervenciones psicológicas de Carnes (2000), Penix, Sbraga & O'Donohue (2003), Becker (2015) y Weiss (2015, 2016). Sobre la eficacia de tales programas, cabe destacar que la intervención de Carnes (2000), administrada a lo largo de cinco años, concluyó que durante el primer año, y a pesar de que algunos pacientes refirieron sentirse mejor, no hubo mejoras significativas detectables evaluadas con instrumentos objetivos; en el segundo año, se encontraron mejoras significativas en varias áreas de la vida de los participantes; y ya a partir del tercer año, mejoraron sus relaciones interpersonales. Las sucesivas revisiones coinciden en señalar la insuficiente evidencia disponible hasta el momento de los tratamientos psicológicos para hacer frente a la hipersexualidad (Klontz et al., 2005; Shepherd, 2010; Hall, 2011; Echeburúa, 2012; Efraei & Jamali, 2021), y han sido destacadas las limitaciones metodológicas de muchos de estos estudios (Hook et al., 2014). Si bien algunos ensayos no han obtenido datos concluyentes tras la administración de tratamientos cognitivo-conductuales (Orzack et al., 2006), otros reflejaron mejoras en hipersexualidad (Hardy et al., 2010; Wilson, 2010; Hallberg et al., 2017, 2019). Hallberg et al. (2017) publicaron un primer estudio que mostró la utilidad de una intervención cognitivo-conductual que

incluía algunas estrategias desde el ámbito de las terapias de tercera generación, y posteriormente un ensayo clínico aleatorizado con una muestra de 137 varones mostró la disminución de las conductas problema y mejora del bienestar psicológico (Hallberg et al., 2019).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 2014) es una intervención novedosa que está comenzando a ser utilizada para el tratamiento de problemas sexuales y está específicamente dirigida a promover la flexibilidad psicológica. ACT plantea un cambio en el foco de la terapia, ya que no trata de eliminar, reducir o cambiar los eventos privados que resultan desagradables o problemáticos (como pensamientos, sensaciones, imágenes, recuerdos negativos o impulsos relacionados con el consumo), sino de alterar su función de modo que la reacción frente a ellos sea más flexible y dejen de controlar las acciones de la persona, y que sean los valores personales los que regulen la conducta (Luciano et al., 2006). En el ámbito de la sexualidad, se han publicado trabajos en torno a la aplicación de ACT para la mejora de la satisfacción sexual y el tratamiento de las disfunciones sexuales (Montesinos, 2003; Montesinos & Páez, 2008; Montesinos & Páez, 2012; Blonna, 2012; Honarparvaran et al., 2010; Nezhad & Shameli, 2017). ACT se considera una terapia eficaz en el tratamiento de adicciones químicas (Páez & Montesinos, 2019; Maia, Santos, Castro, Vieira & Silveira, 2021), y también ha sido aplicada con éxito para reducir el tiempo de consumo de pornografía (Crosby, 2011; Crosby & Twohig, 2016) y para disminuir la hipersexualidad (Lantheaume, 2018). Crosby (2011) llevó a cabo

el primer ensayo clínico aleatorizado de ACT para el tratamiento del uso problemático de pornografía. La intervención administrada a lo largo de doce sesiones se centró en aumentar el uso de estrategias para manejar eficazmente los impulsos. El grupo tratado con ACT mostró una disminución del 93% en las horas de visionado de pornografía tras la intervención mientras que la reducción en el grupo control fue del 21%.

El objetivo de este trabajo es ilustrar la utilidad de la aplicación de una intervención breve basada en ACT para tratar un caso de hipersexualidad y mejorar la salud sexual del cliente, recogiendo múltiples datos a lo largo de toda la intervención, así como mostrar algunos elementos clave que pueden facilitar la adaptación de ACT en este ámbito. Se espera con ello sensibilizar sobre esta problemática y contribuir a la reflexión y la flexibilidad de los terapeutas. Además, este caso forma parte de un estudio piloto para poner a prueba y valorar la aplicabilidad de un protocolo de tratamiento de la hipersexualidad que posteriormente se utilizó en un ensayo clínico.

Presentación del caso y análisis funcional

El cliente es un varón gay de 44 años soltero, al que nos referiremos con el nombre ficticio de Martín. Tiene estudios de postgrado y trabaja como comercial. Acude a terapia solicitando ayuda para superar lo que él llama su "adicción al sexo", manifestando que últimamente está "más descontrolado", que piensa en ello constantemente, que se siente dominado ya que "siempre quieres más". Declara que dedica mucho tiempo a usar aplicaciones mó-

viles de citas, a quedar con parejas sexuales y a acudir a locales donde se practica sexo, como bares y saunas. Indica que es paciente de VIH indetectable con buena adherencia al tratamiento con antirretrovirales y que también ha sido diagnosticado anteriormente de sífilis. A pesar de ello, manifiesta que habitualmente no usa preservativo en sus relaciones sexuales y que, hasta hace siete meses, consumía metanfetamina regularmente durante las relaciones, aunque actualmente está intentando reducir el consumo. Dedicaba entre tres y cuatro horas diarias a la búsqueda y mantenimiento de relaciones sexuales y mantiene citas sexuales una media de 4 días por semana que, por temporadas, llegan a ser diarias. Reconoce que interfiere con su trabajo, su vida familiar, el ocio y sus relaciones de amistad. Así, por ejemplo, revisa mensajes de las apps durante su jornada laboral y se distrae, y en alguna ocasión ha llegado a mantener citas sexuales en horario de trabajo. También declara que ha descuidado la relación con sus seres queridos, y que se siente muy solo. Sitúa el inicio del problema hace más de 20 años, cuando empezaron las webs de contactos en Internet, y encontró una manera de practicar sexo con facilidad de forma habitual. Informa de que a los 21 años recuerda, como una de sus experiencias más dolorosas, la noticia de la separación de sus padres, y que consiguió evadirse por completo del dolor que sentía buscando sexo y prolongándolo durante horas. Recientemente, cuando cambió de residencia, el compañero con el que comparte piso le puso como condición que no podría traer parejas sexuales a casa, como una manera de ayudarlo a controlar su dependencia.

Al inicio de la intervención, el sexo ocupa una gran parte del tiempo libre, ocurre casi a diario, asociado a sentimientos negativos como estrés en el trabajo, frustración, soledad y vacío. También está asociado a impulsos relacionados con excitación sexual, ganas de contacto físico, o fantasías. Cuando Martín practica sexo, encuentra parejas con mucha facilidad a través de conocidos, mediante apps o en locales de sexo, y obtiene mucho placer con la planificación, fantaseando y, como él refiere, “calentando la situación” intercambiando mensajes con la persona con la que ha quedado. Además, ha desarrollado la habilidad de prolongar enormemente la duración de la sesión, practicando durante horas sin poner límite, gracias también al consumo de sustancias durante el sexo (chemsex). Ha encontrado muchas vías para disfrutar y mantener la excitación, como practicar sexo en grupo, siendo observado, sintiéndose deseado, proporcionando placer al otro o usando juguetes sexuales. No suele llegar al orgasmo, sino que disfruta alargando la excitación durante la penetración a voluntad.

En la tabla 1 se describen tres situaciones tipo que ejemplifican el patrón de inflexibilidad psicológica e ilustran el análisis funcional. En el primer ejemplo, la secuencia comienza cuando Martín se siente estresado en el trabajo porque llega el final de mes y se agobia al constatar que no alcanza los objetivos de venta, y alberga sentimientos de culpa y dudas acerca de si lo está haciendo suficientemente bien en el trabajo. A este malestar se suma el sentimiento de soledad y frustración con la vida. En ese contexto, planificar y mantener

citass sexuales va seguido de enorme placer y excitación gracias a las habilidades y prácticas antes mencionadas, lo que supondría una potente contingencia de reforzamiento positivo (R+); también consigue, según sus palabras, “acallar voces”, “tapar” o “pausar el sufrimiento”, lo que implica una contingencia de reforzamiento negativo (R-) asociada a la reducción del malestar emocional. Dicha reducción sería temporal, ya que, al perder horas de sueño, llega cansado al trabajo al día siguiente, le cuesta rendir y se siente culpable, y más a largo plazo, Martín alberga el sentimiento de no estar haciendo las cosas bien. En concreto, se siente mal y en lucha consigo mismo cuando constata que no está cuidando su salud y que al emplear todo su tiempo libre en el sexo pierde tiempo para estar con amigos. También se siente insatisfecho al ver que está posponiendo llamar a su madre, que cada vez se siente más solo y que siempre quiere más sexo y se ve cada vez más dependiente. El segundo ejemplo ocurre cuando empieza el fin de semana. El viernes, al terminar su jornada laboral, se siente solo y vacío; también nota el impulso y las ganas de diversión y sexo. Pien-sa en muchas opciones de sexo y, finalmente, acude a un local donde practica sexo en grupo mientras consume sustancias. Manifiesta que se relaciona con sus parejas sexuales a nivel físico, sin hablar ni conocer a nadie. A corto plazo consigue evadirse por completo de la soledad y el vacío (R-) y potenciar notablemente su excitación al consumir sustancias y según sus palabras “dar rienda suelta al deseo y vivir experiencias intensas y de riesgo” (R+). Al final, vuelve a casa a las 3 de la madrugada, aunque

sigue con ganas, con la sensación de que no es suficiente, y se siente solo nuevamente. En el tercer ejemplo, es domingo por la mañana y tiene planes con amigos, ha quedado para comer y después está invitado a una celebración de cumpleaños, pero recibe un mensaje de un conocido que le invita a una sesión de sexo en grupo. Inmediatamente siente las ganas, la excitación y el temor a que no vuelvan a invitarle si dice que no. Da vueltas a la decisión, por un lado se siente deseado, tiene muchas ganas de hacer algo “prohibido” y por otro piensa que no debería. Finalmente acude a la comida, pero se va muy pronto y pone excusas para faltar al cumpleaños. Además de disfrute físico (R+), también reduce las ganas y el temor a que no vuelvan a invitarle y además se evade nuevamente del estrés de la semana (R-). Pasado un tiempo, se siente mal consigo mismo

y culpable al darse cuenta de que ha invertido más tiempo con los conocidos del sexo que con los verdaderos amigos, y por haber mentido y faltado al cumpleaños.

Los tres ejemplos nos revelan un patrón de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica que se repite. Martín ha convertido el sexo en su principal fuente de gratificación y lo utiliza tanto para premiarse tras un esfuerzo en el trabajo como para evadirse de todo el malestar que tiene en su vida: estrés e insatisfacción con el trabajo, soledad, frustración, culpa y vacío. A lo largo de muchos años, ha aprendido a emplear su energía durante su tiempo libre, y a veces también durante su tiempo de trabajo, en planificar y mantener encuentros sexuales que le proporcionan un gran placer y le permiten alejarse temporalmente del sufrimiento. Sin embargo, a largo plazo, va des-

Tabla 1

Análisis funcional

Situación y eventos privados	Conductas de evitación	Consecuencias a corto plazo	Efectos a largo plazo
Estrés laboral, agobio, frustración, culpa, soledad. Piensa “¿Y qué tal si te vas a un bar y te distraes?”	Consulta la app, envía y responde mensajes. Planifica e imagina situaciones excitantes y arriesgadas, como conocer desconocidos o exhibicionismo en un local de sexo. Acude a bares de sexo. Consume sustancias.	Placer y excitación al imaginar, escoger con quién quedar y planear situaciones (R+). Disfrute y sensación de saciedad (R+). Olvidar problemas, apaciguar el estrés, desaparecen agobio, soledad y preocupación por el trabajo (R-).	Cansancio, culpa. Pérdida de horas de sueño, llega cansado al trabajo al día siguiente. Descuida su salud, a sus amigos, a su madre. Aumenta la soledad. Se siente dependiente.
Es viernes. Excitación. Ganas de diversión y contacto físico. Soledad. Vacío.	Acude a un local de sexo, practicar sexo en grupo. Se relaciona a nivel físico, sin hablar.	Evasión de la soledad y el vacío (R-). Excitación, experiencias intensas y de riesgo (R+).	Se marcha, pero sigue con ganas, siente que no es suficiente. Se siente solo nuevamente.
Recibe un mensaje de un conocido que le invita a una sesión de sexo en grupo. Ganas. Temor a que no vuelvan a invitarle si dice que no.	Da vueltas a la decisión y finalmente acude. Se marcha pronto de reunión con amigos y pone excusas para faltar a un cumpleaños.	Placer, disfrute (R+). Disminuyen las ganas y el temor a no ser invitado de nuevo (R-). Se evade de la tensión de la semana (R-).	Se siente mal consigo mismo y culpable tras mentir y descuidar a los amigos.

cuidando las relaciones con las personas más importantes en su vida, su madre y sus amigos, y no se plantea la posibilidad de iniciar una relación de pareja estable. Incluso reconoce que cuando viaja a su ciudad de origen para visitar a su familia y seres queridos, pierde gran parte del tiempo que podría dedicarles buscando citas y quedando con desconocidos. Cambia continuamente las parejas sexuales y no está abierto a interactuar con sus amantes a un nivel que le permita conocerlos más allá de una relación puramente física. También ha perjudicado su salud física, infectándose con el VIH y la sífilis a través del contacto sexual. Cuando se confronta a Martín con este patrón de inflexibilidad, identifica otras conductas de evitación del malestar, como llenar su agenda de actividades que le mantienen distraído, comer compulsivamente por las noches para reducir su ansiedad (ha engordado 6 kilos), quedar a la vez con varias personas porque no es capaz de decir no, siendo frecuentes las conductas impulsivas y la ausencia de planificación. Cuando Martín se para a mirar cómo está su vida, tiene la sensación de que, a pesar de todo, cuando practica sexo no acaba de disfrutar, que pocas veces sucede cómo imagina, que está cansado de “tapar”, y que siente una soledad y un vacío profundos.

Instrumentos

Para la evaluación se utilizaron autoinformes, autorregistros y escalas subjetivas. Los autoinformes fueron el *Inventario de hipersexualidad (HBI)* (Ballester-Arnal et al., 2019), versión española del cuestionario Hypersexual Behavior Inventory (Reid et al., 2011) con diecinueve

ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos y que mide las tres dimensiones de la hipersexualidad: afrontamiento (manifestación de conductas eróticas en respuesta a estados de ánimo disfóricos), control (dificultad para manejar los impulsos y otras conductas eróticas) y consecuencias (persistencia de conductas eróticas a pesar de los riesgos que conllevan); el *Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)* (Ruiz et al., 2013), versión española del Acceptance and Action Questionnaire II (Bond et al., 2011) con siete ítems y una escala de respuesta tipo Likert de siete puntos, cuyas puntuaciones más elevadas indican mayores niveles de inflexibilidad psicológica (IP); el *Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)* (Romero-Moreno et al., 2014), versión española del Cognitive Fusion Questionnaire (Gillanders et al., 2014) que consta de siete ítems con una escala de respuesta tipo Likert de siete opciones y evalúa la fusión cognitiva o tendencia a creer el contenido literal de los eventos privados; la *Escala de conexión corporal (SBC)* (Quezada-Berumen et al., 2014), versión española del Scale of Body Connection (Price & Thompson, 2007) con veinte ítems y una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos para evaluar la conciencia corporal (CC) (capacidad de percibir los estados, procesos y acciones corporales) y disociación corporal (DC), (evitación de las experiencias corporales); *Escala de atención plena (MAAS)* (Soler et al., 2012), versión española del Mindful Attention Awareness Scale (Brown & Ryan, 2003) con quince ítems y una escala de respuesta de seis opciones, que evalúa las habilidades relacionadas con el mindfulness; *Versión reducida de la Nueva Escala de*

Satisfacción Sexual (NSSS-S; Strizzi et al., 2016), versión española de The New Sexual Satisfaction Scale-short form (Štulhofer et al., 2010) con doce ítems y una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos.

Los autorregistros utilizados semanalmente para medir el cambio conductual recogieron la frecuencia de ocasiones en que el cliente notó el ansia de practicar sexo, pero controló el impulso y se dedicó a cultivar alguna faceta importante, el número de horas dedicadas a planificar, buscar y/o practicar sexo, la frecuencia de encuentros sexuales presenciales, de masturbación y de encuentros virtuales, la frecuencia de consumo de sustancias en el contexto de la práctica sexual, y el número de parejas sexuales diferentes. Asimismo, se utilizó un autorregistro que recogía los eventos privados relacionados con malestar o las ganas de sexo (y su intensidad, de 0 a 10), las conductas sexuales que seguían a dichos eventos privados, las consecuencias a corto plazo y los efectos a largo plazo en relación con su estado de ánimo, el estrés y la cercanía a lo importante. Por último, las escalas subjetivas permitieron registrar de 1 a 10 la intensidad e interferencia medias durante la semana del impulso o ganas de tener sexo.

Análisis estadísticos

Se estimó la significación clínica de los cambios obtenidos como resultado de la aplicación del protocolo a partir del método propuesto por Jacobson & Truax (1991) sobre cada una de las variables consideradas. Estos autores propusieron un índice de cambio fiable (Reliable Change Index; RCI) a través del cual concluir si

el paciente ha mejorado, empeorado o no ha tenido cambios por la intervención llevada a cabo. Asimismo, se calculó la TAU-U para analizar la magnitud o efectividad del tratamiento; es decir, cuánto ha mejorado o empeorado el paciente. Por último, se calculó y aplicó el porcentaje de datos no solapados (PND) para evaluar la magnitud del cambio terapéutico en un diseño de caso único, el porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM) (es decir, el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que supera por encima en las medidas funcionales o por debajo en las medidas disfuncionales a la mediana de los datos de la fase pretratamiento) y el no solapamiento de todos los pares (NAP), que resume el no solapamiento de datos entre las fases pre y postratamiento, es decir, el porcentaje de datos que muestran una mejoría.

Intervención

Tras una sesión de evaluación, la intervención se administró por parte del primer autor mediante videoconferencia a lo largo de 8 sesiones con una periodicidad semanal. Se informó al cliente de que la intervención tendría una duración preestablecida y de que el objetivo era que aprovechara al máximo las sesiones ya que el tratamiento no podría extenderse más. La sesión 1 se centró en la clarificación de valores y para ello se utilizaron el ejercicio del funeral (Hayes et al., 2014, p.446) y la metáfora del jardín (Hayes et al., 2014, p.483), y se preguntó por la importancia y la consistencia para cada área. Se identificaron las áreas más importantes: la relación con su familia (madre, hermana y sobrina), el ocio y la amistad, segui-

das del trabajo y la relación consigo mismo. Las áreas que valoró como más descuidadas, con una puntuación en consistencia por debajo de 5, resultaron ser el ocio y la relación consigo mismo. Para ayudarle a conectar con sus valores en cada faceta, se le planteó la pregunta *"Si tuvieras un catalejo con el que pudieras verte dentro de 10 años, ¿cómo te gustaría verte a ti mismo cuidando el jardín?"*. Así, en las relaciones de amistad valoró la transparencia y estar presente cultivando la conexión y el vínculo con el otro. En el ocio destacó como valioso que fuera compartido con personas queridas y que se orientara al autocuidado. Al explorar qué valoraba en la relación consigo mismo identificó la importancia de ser él mismo, el autocuidado *"sin auto-sabotaje"* ni consumir drogas, y vinculó esta área con las relaciones sociales, la salud y la espiritualidad. Se ofreció el espacio de la terapia como un lugar donde aprender a trabajar para *"ser el mejor jardinero posible y conseguir que sus plantas dieran fruto"*, de manera que el foco de la terapia no estaría sólo en reducir la frecuencia de sus encuentros sexuales, es decir, no se centraría únicamente en *quitar* sino también en *construir* una vida plena *"abonando las plantas que ahora estaban un poco descuidadas"*. La sesión finalizó validando su dolor tras *"hurgar en su herida"* y haber reconocido *"el abandono de su jardín"*, agradeciendo su apertura y sinceridad.

La sesión 2 incluyó, en primer lugar, la revisión de situaciones recientes (ver tabla 1) para establecer la desesperanza creativa y que el paciente discriminara la relación entre eventos privados antecedentes, conductas inflexibles o de evitación, y consecuencias a corto y largo

plazo, para ayudar a identificar, a partir de la propia experiencia, el patrón de inflexibilidad psicológica, haciendo hincapié en la discriminación de aquellas emociones o sensaciones físicas de las que estaba huyendo o que intentaba controlar. Además de los ejemplos recogidos en el autorregistro, se exploró el patrón de forma amplia, como una clase de conductas más allá de las topografías específicas, no restringiéndose únicamente a la topografía del sexo compulsivo. Asimismo, se formularon preguntas para que conectara con el coste de la evitación y la inflexibilidad, como *"¿Qué pasó con el estrés o la soledad después de pasar varias horas disfrutando del sexo, cuando estabas regresando a casa? ¿Conseguiste que desaparecieran definitivamente? ¿Cómo está tu vida cuando dedicas 20 horas semanales a planificar y practicar el sexo? ¿Dirías que estás dedicando tu día a día a dejar tu huella en las personas que te importan, a estar ahí, a cuidar de ellos...?"*. Posteriormente, el terapeuta se centró en ayudar a identificar y poner nombre al *"denominador común"* de todo lo que el paciente hacía cuando aparecía el estrés, el vacío, la soledad, o las ganas de sexo. Se confrontó al paciente con la posibilidad de que todo lo que hacía para *"tapar"* su malestar no sólo no funcionara, sino que formara parte del problema, contribuyendo a estar cada vez más atrapado, y alejándole cada día de tener una vida más plena. Después, se hizo ver el control de los eventos privados como problema, con la ayuda de la metáfora del *"tigre hambriento"* (Eifert & Forsyth, 2005) y el ejercicio para mostrar el resultado de los intentos de control de los pensamientos (tarea del pastel de chocolate,

Hayes et al., 2014, p.278). La sesión concluyó con la reformulación del problema ("*Si tapar el sufrimiento y huir de las ganas no funciona... ¿y si fuera posible aprender a destapar el sufrimiento y sostener las ganas, mientras nos dedicamos a cuidar tu jardín? ¿Estarías dispuesto a trabajar en ello con nosotros?*"), y con la invitación durante la próxima semana a elegir hacer algo distinto cuando aparecieran las ganas poniendo el foco en una acción valiosa conectada con "*cuidar el jardín*".

La sesión 3 se centró en aumentar la conciencia de los eventos privados y de las consecuencias de las conductas de evitación mediante la práctica de la defusión. Tras revisar el autorregistro, se trató de poner en relación los episodios de la semana con el análisis funcional del patrón mostrado durante la semana anterior, mediante preguntas del tipo "*Esta semana, cuando practicabas sexo, ¿te has visto dando de comer al tigre o cuidando tu jardín?*". En esta sesión se introdujo la metáfora de "elegir qué tren tomar" con fórmulas como: "*¿Y si hubiera que aprender a elegir entre dos trenes? El tren que va por el camino fácil y rápido, el de disfrutar y tapar el malestar, cuyo billete es muy barato, o el tren que te lleva al destino con el que sueñas pero para el que hay que pagar un billete más caro a corto plazo y que tarda más en llegar? ¿Estás dispuesto a aprender a elegir cómo pagar ese billete más caro y abrirte al malestar para mantener la dirección de lo que importa y regar el jardín? ¿Y si sostener el malestar fuera la llave, el precio que hay que pagar para llegar al destino al que quieres llegar?*". Este planteamiento permitió crear un contexto para introducir el ejercicio de defu-

sión que combinó la fisicalización de emociones y sensaciones (Hayes et al., 2014, p.417) y poner los pensamientos "disparadores" en carteles (adaptación del ejercicio "Soldados desfilando", Hayes et al., 2014, p.374) para practicar tomar distancia de todos los pensamientos y emociones que venían, en primer lugar cuando notaba las ganas de sexo y se veía dejándose llevar por ellas, y en segundo lugar cuando elegía no dejarse arrastrar. El ejercicio incluyó claves de jerarquía para establecer la diferenciación entre "yo contexto" y "yo contenido", así como claves de distancia para promover la toma de perspectiva frente a los eventos privados. La sesión finalizó, como la anterior y las siguientes, con la invitación a elegir y compartir con el terapeuta compromisos concretos de acciones valiosas para la próxima semana, en especial en los momentos en que aparecieran las ganas de sexo, eligiendo si quería dar rienda suelta a los impulsos o "*cuidar el jardín*".

La sesión 4 comenzó explorando y reforzando los cambios mostrados por el paciente, poniéndolos en relación con las metáforas y práctica de las semanas anteriores. Para entrenar la habilidad de estar más presente y ser más consciente de las sensaciones corporales y los impulsos sin dejarse arrastrar, se trabajó con él el ejercicio de "escáner corporal" (ver, por ejemplo, Segal et al., 2015, p.67), enfocado desde ACT, incluyendo claves para establecer la perspectiva del yo contexto, y se grabó en audio para que practicara en casa. A continuación, se invitó al paciente a establecer un compromiso concreto de reducción de la frecuencia de encuentros sexuales durante la semana, como una elección. Posteriormente, se realizó

un ejercicio de defusión donde se expuso al cliente a los eventos privados que vendrían, imaginándose a sí mismo mientras mantenía su compromiso y notando el malestar y las ganas, sin dejarse llevar por ellas, y notando finalmente la satisfacción al conseguir mantener su propósito.

La sesión 5 se centró en la defusión con los pensamientos. Para mostrar la habilidad de escuchar los pensamientos “como mensajes de nuestra mente” se introdujo la metáfora de “las calles con tiendas” (adaptado de Wilson & Luciano, 2002, p.115), orientada a que el paciente derivara la importancia de aprender a “*pasar de largo de los vendedores*” y mantener el foco en lo importante, y se introdujo la idea de que “*tu mente no es tu amiga y con frecuencia te vende pensamientos-trampa*” (es decir, les otorgas mucha credibilidad) que te apartan de la dirección valiosa. A continuación, se realizó un ejercicio de defusión, una variación de “el otoño y las hojas” (Wilson & Luciano, 2002, p.216), imaginando los pensamientos que le venían cuando se imaginaba caminando por la calle donde estaban los locales de sexo que frecuentaba (“no te lo pierdas”, “entra”, “experimenta la aventura” ...) como palabras escritas en carteles publicitarios. La sesión incluyó una invitación a una nueva reducción de la frecuencia de encuentros sexuales y práctica adicional de defusión con las emociones y pensamientos que se desplegaban al actuar en la dirección valiosa.

La sesión 6 comenzó retomando la experiencia del paciente durante la semana y conectándola con las metáforas de sesiones anteriores. Se continuó profundizando en la defusión a través de la conciencia de sensaciones

físicas y emociones con un nuevo ejercicio de escáner corporal que, al final, incluyó también una evocación de cualesquiera emociones difíciles que estuvieran presentes en este momento del proceso terapéutico (culpa, miedo a fallar, ganas de sexo...), cuando conectaba experiencialmente con el motivo por el que estaba en terapia, con su intención de “*cuidar el jardín*”, después de dos semanas de reducción. Se enfatizó la importancia de practicar el tratar a todas las emociones por igual, fueran agradables o desagradables. La sesión finalizó ofreciendo la posibilidad de explorar verse a sí mismo durante una semana sin sexo y, al mismo tiempo, con una invitación a un nuevo compromiso de seguir construyendo una vida más plena y “*regando sus plantas*”, estableciendo la diferenciación entre valores, metas, acciones y barreras, de manera que identificara metas y acciones valiosas, concretando cómo, dónde y cuándo serían realizadas.

La sesión 7 incluyó como novedad un ejercicio orientado a lo que se denominó “*elegir pagar el peaje para tener una vida más plena*”, que consistió en un ejercicio de exposición para aprender a abrirse y sostener los eventos privados más aversivos, al dolor más profundo que llevaba tiempo evitando mediante el sexo (el paciente identificó el vacío, la soledad y el miedo a no ser querido). El ejercicio de defusión finalizó con claves orientadas a promover una relación más amable consigo mismo desde la autocompasión y el agradecimiento. La sesión concluyó estableciendo nuevas metas y acciones para la semana, invitando a establecer límites precisos en los encuentros sexuales.

La última sesión se centró en la prevención de recaídas, e incluyó la metáfora de “caerse de la bici” para destacar la importancia de aprender a levantarse y retomar el rumbo lo antes posible después de una caída (adaptación de la metáfora del jinete, Hayes et al., 2014), enfatizando la importancia de mantener un compromiso, no con el resultado, sino con el proceso: *“El resultado no lo podemos garantizar, no podemos garantizar si el ciclista llegará el primero o el último, si va a llegar a la meta o se va a desmayar por el camino, o va a tropezar con una piedra... pero el ciclista puede comprometerse consigo mismo a estar dispuesto, en caso de que tropiece, a levantarse y seguir pedaleando”*. A continuación, se trabajó en la identificación de posibles situaciones de riesgo para el descontrol de impulsos en el futuro, y se introdujo un ejercicio de exposición a situaciones de riesgo mediante la defusión, donde el paciente se imaginó viviendo una “mala racha” en el futuro, tras un cambio en su vida que le llevara a sentirse triste y solo, y observaba qué otras emociones y pensamientos le venían, ponía en marcha alguna estrategia de afrontamiento que le ayudara a mantener la dirección valiosa, y notaba cómo se sentía cuando era capaz de mantener el rumbo. La sesión finalizó con el terapeuta valorando los esfuerzos del paciente a

lo largo de la terapia, agradeciendo su confianza, y poniendo sobre la mesa qué consideraba que faltaba, dónde debería seguir trabajando, ya sin el apoyo del profesional.

Resultados

La intervención fue seguida de un cambio en la frecuencia de las conductas sexuales, el establecimiento de límites, y una mayor implicación del cliente en su vida laboral y socioafectiva. En concreto, los autorregistros mostraron que la intervención fue seguida de un descenso de un 90% en el tiempo dedicado a la planificación y práctica de sexo (tanto al comparar el pre-post como el pre-seguimiento), un 83% en el número de encuentros sexuales (y del 100% en el seguimiento), un 90% en la frecuencia de consumo de sustancias asociadas al sexo (descenso del 100% en el seguimiento) y un 92% en el número de parejas diferentes (del 100% en el seguimiento). Asimismo, la intensidad del impulso disminuyó en un 87% (tanto en el pre-post como en la comparación pre-seguimiento) y la interferencia en un 89% (llegando al 100% en el seguimiento) (ver tabla 2).

En la tabla 3 se pueden apreciar los cambios en las medidas de autoinforme y cuáles de ellos resultaron significativos considerando el índice de cambio fiable de Jacobson &

Tabla 2

Evolución de indicadores de cambio conductual y escalas subjetivas a lo largo de la intervención

Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S
Horas planificación y práctica de sexo	20	20	20	14	5	0	0	5	2	2
Nº encuentros sexuales	6	5	3	4	1	0	0	3	1	0
Frecuencia chemsex	10	7	3	2	0	0	0	1	1	0
Nº parejas diferentes	12	8	5	4	1	0	0	3	1	0
Intensidad media del impulso	8	6	7	5	3	3	3	2	1	1
Interferencia media del impulso	9	7	7	6	1	0	1	2	1	0

*S: seguimiento

Tabla 3.
Puntuaciones cuestionarios pre, post y seguimiento

	Pre	Post	Seguimiento
Hipersexualidad (HBI)	67	39*	19*
Satisfacción sexual (NSSS-S)	36	45*	16
Inflexibilidad psicológica (AAQ-II)	18	11	8*
Fusión cognitiva (CFQ)	21	12*	19
Conexión corporal (SBC_CC)	24	34*	22
Disociación corporal (SBC_DC)	9	2	1
Mindfulness (MAAS)	4,3	2,5*	5

Nota: las puntuaciones con * reflejan cambios significativos según el índice de Jacobson & Truax

Truax (1991). En concreto, este índice reflejó una disminución en la hipersexualidad de casi 4 puntos en la comparación pre-post ($RCI=-3,702$), y un descenso de más de 6 puntos en el seguimiento ($RCI=-6,347$). La satisfacción sexual mejoró casi 3 puntos tras la intervención ($RCI=2,765$), siendo este cambio significativo, aunque empeoró en el seguimiento ($RCI=-6,146$). El índice de cambio fiable muestra que la IP ha disminuido tras el tratamiento 1,5 puntos, siendo éste un cambio no significativo, sin embargo, la disminución sí resulta significativa en el seguimiento ($RCI=-2,167$). Respecto a la FC y la conciencia corporal ha habido mejoras, en estos casos significativas (RCI de la FC= $-2,113$; RCI de la conciencia corporal= $3,27$) en la comparación pre-post, aunque no significativas en la pre-seguimiento. En cuanto a la disociación corporal, si bien disminuyó, el índice de cambio fiable muestra descensos no significativos ($RCI=-1,565$ en el pre-post y $-1,788$ en el pre-seguimiento). Por último, se observa una disminución significativa ($RCI=-3,522$) en las habilidades de atención plena en la comparación pre-post que no se mantiene en el seguimiento.

La intervención ha resultado eficiente en un 90% ($\tau=-0,9$, $p=0,0$) atendiendo al descenso en hipersexualidad tras la intervención y en un 92% ($\tau=-0,9238$, $p=0,0$) en el seguimiento. Se incluyen a continuación los cálculos obtenidos de PND, PEM y NAP. Según el PND, algo más del 50% de los datos en la fase de tratamiento-seguimiento han mejorado respecto a la fase pre-tratamiento, lo que indica efectividad cuestionable. Según el PEM, el tratamiento ha resultado muy efectivo, ya que el 100% de las puntuaciones de hipersexualidad se sitúa por debajo de la mediana del pre-tratamiento. Según el NAP hay un tamaño del efecto grande del tratamiento sobre la hipersexualidad del paciente, en concreto, hay un 97,2% de probabilidades de que se produzca una mejora en las puntuaciones porque descienden respecto al dato más bajo de la fase pre-tratamiento.

Desde un punto de vista más cualitativo atendiendo a los informes del paciente, este indicó que la terapia le fue útil “para ser más consciente de lo que se le pasaba por la cabeza y decidir si seguía sus impulsos”, y para dejar de utilizar el sexo como una evasión del estrés del trabajo y la frustración. Consideró que había aprendido “a poner nombre y apelli-

dos a sentimientos y situaciones y a entender su sexualidad". Señaló también que le sirvió para enfocarse más en las tareas y estar más en sintonía consigo mismo, tomando el control sobre su vida sexual en particular y sobre su vida en general, comportándose más en función de lo que había planificado y menos impulsivamente. Así, por ejemplo, aumentó el tiempo dedicado a "regar el jardín" y según él, "estar en lo que tengo que estar", compartiendo más tiempo en encuentros presenciales con sus amigos, o estando más presente y menos distraído cuando visitaba a su madre, sin estar pendiente de la app. También se implicó en la búsqueda de un nuevo empleo más satisfactorio. En este sentido, indicó que la terapia le sirvió para centrarse en lo que sí quería en su vida, para "sentirse más lleno y sumar". Con respecto al sexo, aprendió a detenerse más, a preguntarse si realmente lo deseaba y si le iba a compensar, mientras miraba "qué está pasando dentro de mí", sin perder el foco, planificando más los encuentros y poniendo límites como decidir la hora a la que se marcharía, "midiendo los riesgos y tiempos". En una ocasión en que tuvo una situación de crisis en el trabajo, asociada al estrés y episodios de vértigo, buscó otras maneras de hacerle frente en lugar del sexo anónimo. En las últimas dos sesiones, reconoció que había empezado a ser consciente del proceso y más responsable, aunque reconocía que el control de sus impulsos "aún no le salía natural" y que necesitaba "seguir ejercitando cada día el ser consciente de dónde estoy y a qué me voy a dedicar". Igualmente, al finalizar la intervención indicó que el deseo de tener sexo seguía ahí, pero su forma de re-

lacionarse con el deseo había cambiado (en sus palabras, "no es que no haya ganas, pero estoy más enfocado en ser consciente de en qué ocupo mi tiempo"). En el seguimiento a los tres meses comunicó que no hubo recaídas y que había conseguido cambiar a un trabajo mejor en otra ciudad, lo que había contribuido a reducir enormemente "su adicción", y manifestó "lo gratificante que es saber que yo conscientemente puedo regular y sopesar qué es lo mejor para mí... Sé que dar rienda suelta a los impulsos no me lleva a nada bueno, pero no desde un juicio entre lo bueno y lo malo sino desde la elección acerca de qué deseo hacer y en qué deseo enfocarme". También indicó que estaba muy centrado en su nuevo trabajo, "aunque en otros momentos de mucho estrés hubiese recurrido al sexo como vía de escape, pero esta vez es diferente y tengo la fuerza para centrarme en mis prioridades". Asimismo, dejó claro que aunque en el momento del seguimiento estaba abstinentes, no descartaba seguir practicando sexo pero de manera controlada, y también se planteaba buscar una relación estable ("cuando esté con la cabeza más tranquila, y las cosas de trabajo serenas, podré comenzar a sembrar en una pareja también habiendo experimentado tener sexo aquí en mi nueva ciudad y haber visto que puedo volver a tener una vida sexual bajo control").

Las áreas valiosas que mejoraron la puntuación en consistencia en el seguimiento fueron la relación consigo mismo (que pasó de 3,5 en el pre a 7) y el trabajo (aumentó de 7 a 10). El resto de áreas no experimentaron cambios, salvo el ocio (que disminuyó de 3,5 a 2), descenso que atribuyó al momento que vivía de

cambio de trabajo y de residencia. En cuanto a los métodos terapéuticos que valoró como más útiles, destacaron la metáfora del jardín (10/10), la práctica del escáner corporal (9/10), y la cumplimentación semanal de los autorregistros (9/10). La utilidad media de las sesiones de intervención fue muy elevada (9,7/10) y la dificultad media fue baja (3/10). Su satisfacción global con el tratamiento fue muy alta (10/10).

Discusión

La intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso fue seguida de una disminución muy significativa en la hipersexualidad medida tanto a través de autoinformes como de autorregistros (descenso elevado en número de horas de planificación, encuentros sexuales, parejas y frecuencia de consumo de sustancias asociado al sexo) y escalas subjetivas (intensidad e interferencia del impulso sexual). Los índices calculados (coeficiente τ de Kendall, índice de cambio fiable, PND, PEM y NAP) apoyan la efectividad de la intervención medida a través de la variable hipersexualidad. El tratamiento también contribuyó a la mejora del funcionamiento del paciente en su vida, el enriquecimiento de su ocio, su vida afectiva y sus relaciones personales, su satisfacción con su trabajo y con la relación consigo mismo. Asimismo, promovió el crecimiento personal ligado a decisiones y cambios vitales como la búsqueda y consecución de un nuevo empleo.

Como en estudios previos (Crosby & Twohig, 2016), la mejora no implicó necesariamente el cese total de la conducta sexual. En la intervención descrita el objetivo no fue la supresión total de las conductas de búsqueda y práctica de

sexo y consumo de sustancias, sino en que el cliente aprendiera a relacionarse de una manera más flexible y consciente con el impulso o el deseo de sexo, teniendo presentes sus valores, estableciendo límites, aprendiendo a elegir y priorizar otras facetas valiosas, de manera que el sexo no ocupara todo el tiempo libre y no invadiera el espacio de sus relaciones. En este sentido, tener en consideración la salud del paciente como un área valiosa de su vida, pudo permitir que el paciente realizara sus propias elecciones en relación con el autocuidado, y de esta manera se estaba contribuyendo a la reducción de riesgos, tanto relacionados con el consumo de sustancias, como con el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS). Así, se ponía el acento en construir, en adquirir repertorio, en aprender a hacer algo diferente en presencia de las ganas, en sintonía con los valores personales, más que en dejar de practicar sexo. No era un objetivo que no hubiera encuentros sexuales, sino desarrollar la flexibilidad psicológica aprendiendo a poner límites, a disfrutar del sexo con medida, siendo más consciente de los riesgos, y mejorar así la autorregulación, de manera que el paciente dejara de estar todo el tiempo funcionando a merced de sus impulsos sexuales, y que aprendiera “a llevar él las ganas de sexo en lugar de que las ganas de sexo lo llevaran a él”. De esta manera, aumentaba la probabilidad de conseguir que se responsabilizara más de su propia salud y se implicara más en el autocuidado y en sus relaciones interpersonales. Así, son los valores del paciente los que guían la intervención, como es habitual en ACT, y es el propio cliente quien es invitado a elegir conscientemente cómo

situarse nuevamente cada día en la dirección valiosa para, paso a paso, ir construyendo una vida más plena. En este sentido, cabe destacar el papel jugado por la disminución de la IP, la cual resulta significativa en el seguimiento. La magnitud de este descenso aumenta con el paso del tiempo, como habitualmente queda reflejado en los estudios clínicos sobre ACT que muestran que los pacientes típicamente mejoran en el seguimiento (Ruiz, 2010). Este descenso en IP podría explicar la disminución en la hipersexualidad, y resultaría coherente con el objetivo habitual en ACT de un cambio en la forma de relacionarse con los eventos privados y no su reducción o eliminación. A diferencia de las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales, la intervención no se orienta al control de síntomas ni al cambio directo de emociones o cogniciones, lo cual puede alumbrar una nueva perspectiva en el ámbito del tratamiento de la adicción al sexo, que permita a los clientes elegir con más responsabilidad qué límites establecen en su vida sexual y su tiempo de ocio, reconociendo la presencia de los impulsos fruto de la historia de aprendizaje directa y derivada, y poniendo la respuesta ante dichos impulsos bajo control de los valores del cliente.

Un resultado no esperado fue el no mantenimiento de los descensos en el seguimiento en satisfacción sexual, fusión cognitiva, conexión corporal y ausencia de mejoras en mindfulness, por lo que no se puede sostener que la mejora en estas variables haya acompañado el cambio terapéutico. El descenso notable en satisfacción sexual en el seguimiento, después de haber mejorado en el postratamiento, pue-

de estar ligado al hecho de que como consecuencia del cambio de domicilio y trabajo, unido a la mejora en el control de impulsos sexuales, el paciente redujo muy significativamente el tiempo y la frecuencia de encuentros sexuales, por tanto tiene sentido que valore que no está satisfecho con su sexualidad en ese momento, lo cual sería coherente con la notable reducción de hipersexualidad y el aumento de la satisfacción en otras áreas.

En cuanto a los elementos de la intervención que pueden haber sido más útiles, la clarificación de valores desde el inicio de la intervención (y sin que el terapeuta juzgara en absoluto el comportamiento del cliente) puede haber contribuido a conformar un contexto de valor para la terapia que ha impregnado todo el trabajo clínico, revelando para el cliente la importancia de ámbitos de la vida que estaban descuidados como el trabajo (claramente insatisfactorio y fuente de estrés que era evitado a través del sexo compulsivo), las relaciones interpersonales o el autocuidado y la relación consigo mismo. El uso semanal de autorregistros puede haber permitido que el paciente aumente la discriminación de su propio comportamiento y tenga más oportunidades de elegir actuar en sintonía con sus valores. El entrenamiento sistemático en defusión y la introducción de metáforas que fueron retomadas sesión a sesión han podido contribuir también a la mejora de la flexibilidad psicológica, y específicamente a la discriminación de los eventos privados y al cambio contextual (enmarcando eventos privados como las ganas de sexo no satisfechas o los sentimientos de vacío y soledad en coordinación con los valores, y

enmarcando jerárquicamente el yo-contexto y los eventos privados).

En línea con lo anterior, se considera importante que los juicios de valor del terapeuta (que en un ámbito como el de la sexualidad pueden dificultar sensiblemente la intervención) no controlen en absoluto el proceso terapéutico, y que el/la profesional se haga más consciente de sus actitudes y posibles sesgos, como ya se ha propuesto en otras ocasiones (Montesinos, 2003; Montesinos & Castilla, 2021). Aunque el/la psicólogo/a derive sus propias valoraciones de forma encubierta, como es natural dada su historia personal y sus conocimientos como profesional sanitario, puede resultarle útil realizar un trabajo personal encaminado a que su conducta terapéutica esté guiada por sus valores en relación con el tipo de terapeuta que desea ser (en el caso de los autores de este trabajo, útil, abierto, respetuoso, cercano, generoso, comprensivo, al servicio de la eficacia a largo plazo). Ello implica asumir que el trabajo de psicólogo/a incluye en ocasiones reconocer la presencia en uno/a mismo/a del impulso a expresar determinados comentarios dirigidos a forzar un cambio a corto plazo (consejos, juicios de valor) y el compromiso de no dejarse arrastrar por dicho impulso.

Por otro lado, a la hora de comprender el mantenimiento del patrón, no hay que desdeñar las potentes e inmediatas consecuencias de reforzamiento positivo y negativo del sexo cuando existe la posibilidad de acceso rápido a mantener relaciones sexuales por un periodo prolongado de tiempo gracias a las aplicaciones móviles de contactos y cuando se asocia este al consumo de sustancias (chemsex). Se

trata de un patrón que, como se ha mencionado, empieza a extenderse y que puede estar aumentando el riesgo de transmisión de ITS y de complicaciones para la salud física, psicológica y social (Ministerio de Sanidad, 2020). Entre dichas contingencias de reforzamiento positivo cabe citar la forma en que el chemsex permite acentuar la intensidad del deseo, de la excitación y el orgasmo, mejora el rendimiento sexual al potenciar la erección, retardar la eyaculación, permitir recuperarse muy rápidamente para poder continuar y disminuir el cansancio. Asimismo, el chemsex puede potenciar la intensidad de las emociones y sensaciones, la desinhibición, los sentimientos de conexión e intimidad emocional, la autoestima y la confianza sexual, contribuir a sentirse físicamente más atractivo, e incluso una vía para desarrollar un fuerte sentimiento de pertenencia y de aceptación por parte del colectivo gay (Fernández-Dávila, 2017; Weatherburn et al., 2017; Hickson, 2018; Estudio Homosalud, 2021). Por otro lado, se ha destacado el papel del chemsex como liberación y olvido de problemas personales y preocupaciones (Estudio Homosalud, 2021), y como una estrategia (poco útil a la larga) para lidiar con la adversidad psicológica y un alivio temporal frente a las amenazas a la propia identidad (Jaspal, 2020). En el mismo sentido, este caso pone de manifiesto que, junto a las contingencias de reforzamiento positivo señaladas, este patrón de práctica de sexo puede estar mantenido por el reforzamiento negativo asociado a la autorregulación emocional y en concreto la evasión del estrés laboral, la insatisfacción, la soledad o el vacío. En este sentido, otros autores (Howard,

2007; Crosby & Twohig, 2016) han destacado ya cómo la conducta sexual puede utilizarse como estrategia de evitación de eventos privados aversivos relacionados con las emociones difíciles. Por tanto, este trabajo apoya la utilidad de considerar el papel que puede jugar el comportamiento sexual problemático como parte de un patrón más amplio de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica que aleja al cliente del proyecto de vida que anhela y de una sexualidad más saludable.

Este trabajo ilustra la necesidad de aportar tratamientos psicológicos eficaces para hacer frente a la realidad de una parte de la población de personas con VIH que muestra frecuentes prácticas sexuales de riesgo y que reincide en diversas ITS. Este estudio también respalda la necesidad ya señalada anteriormente (Pakianathan et al., 2016; Estudio Homosalud, 2021) de ofrecer una atención integral, personalizada, centrada en la persona y de tomar en consideración la vulnerabilidad de ciertos colectivos como el de los varones gays y bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSM) para el consumo de sustancias en interacción con la salud mental, física y sexual. También es urgente señalar los riesgos asociados a que esta población inicie su socialización y aprendizaje sexual en un contexto fuertemente mediado por las apps y el chemsex, y la importancia de promover contextos, mensajes y una educación sexual que contribuyan a promover una vida afectivo-sexual más sana y a la prevención de ITS, y que permitan la construcción saludable de la identidad y la integración social de las personas que sufren la homofobia, alumbrando alternativas a una sexualidad

inflexible centrada en la evitación experiencial, donde lo excepcional no sea establecer conexiones interpersonales significativas y estables que contribuyan a un desarrollo integral del ser humano.

Entre las limitaciones de este estudio hay que mencionar la posibilidad de sesgo en las medidas de autoinforme debido a la deseabilidad social y la influencia de la memoria y el estado de ánimo en las respuestas, la brevedad del seguimiento y la ausencia de datos provenientes de observadores externos, así como el posible sesgo positivo en la motivación relacionado con el conocimiento del paciente de que su participación en la terapia formaba parte de un estudio piloto. Futuros estudios deberían incluir más participantes y mayor grado de control, y continuar aportando evidencia de la eficacia de intervenciones basadas en ACT en el ámbito de la sexualidad. El presente estudio de caso recoge una intervención útil y con muy buena aceptación por parte del paciente que revela un camino prometedor en la aplicación de ACT en adicciones conductuales y específicamente en hipersexualidad, y en personas con VIH u otras ITS con práctica problemática de chemsex, y justifica la continuación de su estudio en futuros ensayos clínicos.

Referencias

- Amamou, B., Missaoui, C., Haouala, A. Ben, Mhalla, A., Zaafrane, F., & Gaha, L. (2020). Sexual addiction, self-esteem and personality dimensions. *Journal of Addiction Therapy and Research*, 4(1), 6–12. <https://doi.org/10.29328/journal.jatr.1001011>
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Julia, B., Giménez-García, C., & Gil-Llario, M. D. (2019). A Validation Study of the Spanish Version

- of the Hypersexual Behavior Inventory (HBI): Paper-and-Pencil Versus Online Administration. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 45(4), 283–302. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1518886>
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M.D., & Giménez-García, C. (2020). *Adicción al cibersexo: teoría, evaluación y tratamiento*. Alianza Editorial, Madrid.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Llario, M. D., & Salmerón-Sánchez, P. (2013). Sexual compulsivity scale: Adaptation and validation in the spanish population. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39(6), 526–540. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.665816>
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505–515.
- Blonna, R. (2012). Sex ACT. *Unleash the power of your sexual mind with Acceptance and Commitment Therapy*. Createspace.
- Blümel M, J. E., Binfa E, L., Cataldo A, P., Carrasco V, A., Izaguirre L, H., & Sarrá C, S. (2004). Índice De Función Sexual Femenina: Un Test Para Evaluar La Sexualidad De La Mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(2), 118–125. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262004000200006>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bóthe, B., Kovács, M., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Orosz, G., & Demetrovics, Z. (2019). The Psychometric Properties of the Hypersexual Behavior Inventory Using a Large-Scale Nonclinical Sample. *Journal of Sex Research*, 56(2), 180–190. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1494262>
- Brewer, G., & Tidy, P. (2019). Sex addiction: therapist perspectives. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(1), 40–53. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1347618>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Carnes, P. J. (2000). Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment & recovery. *CNS Spectrums*, 5(10), 63–72. <https://doi.org/10.1017/S1092852900007689>
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., & Gil-Llario, M. D. (2017). Validación preliminar del inventario de hipersexualidad en jóvenes. *Agora De Salut*, 4(6), 53–64. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2017.4.6>
- Centro nacional de epidemiología (2021). Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_ITS_1995_2019.pdf
- Crosby, J. M. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Compulsive Pornography Use: A Randomized Clinical Trial* [Thesis, Utah State]. <https://digitalcommons.usu.edu/etd/999>
- Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355–366. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.001>
- Daneback, K., Cooper, A., & Månsson, S. A. (2005). An internet study of cybersex participants. *Archives of Sexual Behavior*, 34(3), 321–328. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-3120-z>
- Derbyshire, K. L., & Grant, J. E. (2015). Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 37–43. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.003>
- Dodge, B., Reece, M., Cole, S. L., & Sandfort, T. G. M. (2004). Sexual Compulsivity among heterosexual College Students. *The Journal of Sex Research*, 41(4), 343–350. <https://doi.org/10.1080/00224490409552241>

- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24(4), 281–286. <https://doi.org/10.20882/adicciones.77>
- Eifert, G.H. & Forsyth J.P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders*, New Harbinger
- El País (2021). 'Chemsex' al alza: la práctica sexual que eleva el riesgo de infección, adicciones y mala salud mental. 31/10/2021 <https://elpais.com/sociedad/2021-10-31/chemsex-al-alza-la-practica-sexual-que-eleva-el-riesgo-de-infeccion-adicciones-y-mala-salud-mental.html>
- Elrafei, H., & Jamali, Q. (2021). Assessment and treatment of hypersexuality: a review. *BJPsych Advances*, 1-8.
- EstudioHomosalud(2021).Consumorecreativo de drogas y su uso sexualizado (Chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España. https://stopsida.org/wp-content/uploads/2021/05/HOMOSALUD_Informe_13052021-1.pdf
- Fernández-Dávila, P. (2017). Consumo de drogas y su relación con el sexo: Escuchando las voces de un grupo de hombres gais y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex. Barcelona: Stop Sida, CEEISCAT y Subdirecció General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya. Disponible en: <http://stopsida.org/wp-content/uploads/2017/11/Informe-estudio-cualitativo-ChemSex.pdf>
- García-Barba, M., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Castro-Calvo, J., & Nebot-García, J. E. (2020). El papel de los problemas emocionales en la hipersexualidad. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 443–452. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1806>
- Gerber, J. (2008). Treatment of Sexually Compulsive Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 657–669. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.06.006>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gold, S. N., & Heffner, C. L. (1998). Sexual addiction: many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 18(3), 367–381.
- González-Baeza, A., Dolengevich-Segal, H., Pérez-Valero, I., Cabello, A., Téllez, M.J., Sanz, J., Pérez-Latorre, L., Bernardino, J.I., Troya, J., De La Fuente, S., Bisbal, O., Santos, I., Arponen, S., Hontañón, V., Casado, J.L., & Ryan, P. (2018). Sexualized Drug Use (Chemsex) Is Associated with High-Risk Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Infections in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *AIDS Patient Care STDS*, 32(3), 112–118. doi: 10.1089/apc.2017.0263. PMID: 29620925. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29620925/>
- Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., Jokinen, J., & Öberg, K. G. (2019). A randomized controlled study of group-administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder in men. *The journal of sexual medicine*, 16(5), 733–745.
- Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., & Öberg, K. G. (2017). A cognitive-behavioral therapy group intervention for hypersexual disorder: A feasibility study. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(7), 950–958.
- Hall, P. (2011). A biopsychosocial view of sex addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3), 217–228. <https://doi.org/10.1080/14681994.2011.628310>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclee de Brower.
- Hardy, S. A., Ruchty, J., Hull, T. D., & Hyde, R. (2010). A preliminary study of an online psychoeducational program for hypersexuality. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 17, 247–269.

- Hickson F. (2018). Chemsex as edgework: towards a sociological understanding. *Sex Health*, 15(2), 102-7.
- Honarparvaran, N., Tabrizy, M., Navabinejad, S., Shafiabady, A., & Moradi, M. (2010). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) training with regard to reducing sexual dissatisfaction among couples. *European Journal of Social Sciences*, 15(1), 166-172.
- Hook, J. N., Reid, R. C., Penberthy, J. K., Davis, D. E., & Jennings, D. J. (2014). Methodological review of treatments for nonparaphilic hypersexual behavior. *Journal of sex & marital therapy*, 40(4), 294-308.
- Howard, M. D. (2007) Escaping the pain: examining the use of sexually compulsive behavior to avoid the traumatic memories of combat. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14, 77-94.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://doi.org/10.1037/10109-042>
- Jaspal, R. (2020). Chemsex among men who have sex with men: a social psychological approach. En M. Croston & S. Rutter (eds.), *Psychological perspectives in HIV care*. London: Routledge.
- 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>
- Karila, L., Wery, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of the Literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4012-4020. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Kingston, D. A., & Firestone, P. (2008). Problematic hypersexuality: A review of conceptualization and diagnosis. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 15(4), 284-310. <https://doi.org/10.1080/10720160802289249>
- Klontz, B. T., Garos, S., & Klontz, P. T. (2005). The effectiveness of brief multimodal experiential therapy in the treatment of sexual addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 12(4), 275-294. <https://doi.org/10.1080/10720160500362488>
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H. N., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109-110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>
- Lantheaume, S. (2018). Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et addiction sexuelle. *Encephale*, 44(4), 387-391. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.06.001>
- Levine, S. B. (2010). What is sexual addiction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(3), 261-275. <https://doi.org/10.1080/00926231003719681>
- Luciano, C. M., Valdivia, S., Gutiérrez, O., & Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 173-202.
- Maia, M. F. C., Santos, B. F. D., Castro, L. C. D., Vieira, N. S. T., & Silveira, P. S. D. (2021). Terapia de Aceptación y Compromiso y Uso de Drogas: Una Revisión Sistemática. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 31.
- Ministerio de Sanidad (2020a). Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. https://www.sanidad.gob.es/fr////ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf
- Ministerio de Sanidad (2020b). *Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España*. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/Encuesta_Europea_On-line_para_hombres_que_tienen sexo_con_otros_hombres._Acces.pdf
- Montesinos, F. (2003). ACT, Orientación del Deseo Sexual y Trastornos de la Erección. Un Estudio de Caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 124, 291-320.

- Montesinos, F., & Castilla, C. (2021). Claves para la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en identidad sexual y expresión de género: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 175 (47), 3-19
- Montesinos, F., & Páez, M. (2008). Sexualidad y cáncer de mama: aportaciones desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Sexología Integral*, 5 (1), 39-46.
- Montesinos, F., & Páez, M. (2012). La aplicación de ACT en la superación de barreras psicológicas en la sexualidad. En M. Páez y O. Gutiérrez, *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Madrid: Ed. Pirámide (pp. 183-199)
- Nezhad, M. S., & Shameli, L. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction of couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(1), 58-65.
- Odlaug, B. L., Lust, K., Schreiber, L. R. N., Christenson, G., Derbyshire, K., Harvanko, A., Golden, D., & Grant, J. E. (2013). Compulsive sexual behavior in young adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(3), 193-200.
- O'Leary, M. P., Fowler, F. J., Lenderking, W. R., Barber, B., Sagnier, P. P., Guess, H. A., & Barry, M. J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*, 46(5), 697-706. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(99\)80304-5](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(99)80304-5)
- Orford, J. (1978). Hypersexuality: Implications for a Theory of Dependence. *British Journal of Addiction*, 73(3), 299-310. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1978.tb00157.x>
- Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 348-360.
- Páez, M., & Montesinos, F. (2019). Claves y evidencias en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las adicciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 171-172 (45), 1-24. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v45i171-2.3682>
- Pakianathan, M. R., Lee, M. J., Kelly, B., & Hegazi, A. (2016). How to assess gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. *Sexually transmitted infections*, 92(8), 568-570.
- Pakianathan, M., Whittaker, W., Lee, M. J., Avery, J., Green, S., Nathan, B., & Hegazi, A. (2018). Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV medicine*, 19(7), 485-490.
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: Body awareness and bodily dissociation. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 945-953. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0537>
- Quezada-Berumen, L. D. C., González-Ramírez, M. T., Cebolla, A., Soler, J., & Garcla-Campayo, J. (2014). Body awareness and mindfulness: Validation of the Spanish version of the Scale of Body Connection. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(2), 57-67.
- Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the hypersexual behavior inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 18(1), 30-51. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.555709>
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., & Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 117-132.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II.

- Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2015). *El camino del mindfulness: Un plan de 8 semanas para liberarse de la depresión y el estrés emocional*. Paidós.
- Shepherd, L. (2010). Cognitive behavior therapy for sexually addictive behavior. *Clinical Case Studies*, 9(1), 18–27. <https://doi.org/10.1177/1534650109348582>
- Kegg, 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>
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Sol, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Alvarez, E., & Perez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 18–25. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=73981849&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Soriano, R. (2017). El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual. *Rev Multidiscip Sida*, 5(11), 8-20. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/elchemsex-y-sus-vinculos-con-el-uso-de-aplicaciones-de-geolocalizacion-entre-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres-en-espana-un-analisis-etnografico-virtual/>
- Strizzi, J., Fernández-Agís, I., Alarcón-Rodríguez, R., & Parrón-Carreño, T. (2016). Adaptation of the New Sexual Satisfaction Scale-Short Form Into Spanish. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 42(7), 579–588. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113580>
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>
- Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A., & Sierra, J. C. (2009). Análisis psicométrico de la versión española del Brief Sexual Function Inventory (BSFI) en una muestra de hombres con historia de abuso de drogas. *Adicciones*, 21(3), 221–228. <https://doi.org/10.20882/adicciones.232>
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S., & Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs (‘chemsex’) among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually transmitted infections*, 93(3), 203–206.
- Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- Wilson, M. D. (2010). *A comparative study of art therapy and cognitive behavioral therapy in the treatment of sexually addictive behaviors and an investigation into the relationship between shame and sexually addicted behaviors in adults* (Unpublished doctoral dissertation). Minneapolis, MN: Capella University.

