

Caso clínico: Adolescente con riesgo sexual

A. Villena-Moya^(1,2), N. Paniagua Aguayo⁽¹⁾, G. Mestre-Bach⁽²⁾. ⁽¹⁾Unidad de Sexología Clínica y Salud Sexual. Consulta Dr. Carlos Chiclana (Madrid-Sevilla). ⁽²⁾Universidad Internacional de La Rioja, La Rioja, España.

Adolescere 2023; XI (2): 64-70

Resumen

El consumo de pornografía en adolescentes se ha convertido en una práctica común en los últimos años y se ha considerado un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales. Se presenta un caso clínico de un varón de 16 años, con consumo de pornografía y posibles conductas sexuales de riesgo que derivan en consecuencias perjudiciales en diferentes áreas de su vida. Tras la evaluación clínica, se establece un diagnóstico de Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), habiendo realizado previamente un diagnóstico diferencial con Trastornos de Ansiedad, Trastorno del Control de Impulsos, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno del Espectro Autista. Se establece un plan de tratamiento combinado e integrador, que incluye psicoterapia cognitivo-conductual y tratamiento psiquiátrico para el TDAH. Se observa una buena evolución y gran avance en la sintomatología tras 20 sesiones de psicoterapia e intervención farmacológica.

Palabras clave: *Conducta Sexual de Riesgo; Uso de pornografía; Impulsividad; Adicción; Salud sexual.*

Abstract

Pornography consumption in adolescents has become a common practice in recent years and has been considered a risk factor for the development of mental disorders. We present a clinical case of a 16-year-old male, with pornography consumption and possible risky sexual behaviors that lead to detrimental consequences in different areas of his life. After the clinical evaluation, a diagnosis of Compulsive Sexual Behavior Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is established, having previously made a differential diagnosis with Anxiety Disorders, Impulse Control Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and Autism Spectrum Disorder. A combined and integrative treatment plan is established, including cognitive-behavioral psychotherapy and psychiatric treatment for ADHD. A positive outcome and significant improvement in symptomatology was observed after 20 sessions of psychotherapy and pharmacological intervention.

Key words: *Sexual Risk Behavior; Pornography use; Impulsivity; Addiction; Sexual Health.*

Anamnesis

Varón de 16 años, heterosexual y soltero. Residente y natural de Madrid. Estudiante de 4º de la E.S.O en un instituto público. Es el menor de 3 hermanos, ambos varones de 20 y 18 años. Vive con sus padres.

Exploración

El paciente acudió a la Unidad de Sexología de nuestra consulta acompañado de sus padres para valorar posibles comportamientos sexuales de riesgo. Recientemente sus padres descubrieron páginas web de contenido pornográfico y conversaciones en línea de contenido erótico. El historial de su ordenador mostró una frecuencia de 3 horas diarias de estas conductas en diversos espacios web.

El paciente se mostró consciente y orientado en la primera entrevista. Tenía un discurso lógico y coherente. Era consciente del problema que le traía a consulta y fue honesto con relación a las preguntas que se le hicieron sobre sus conductas sexuales. Durante la entrevista clínica se mostró inquieto y titubeó. Mantuvo de forma inconstante el contacto ocular. El paciente refería sentirse arrepentido por lo ocurrido, con elevados niveles de culpabilidad. Presentaba pensamientos rumiativos respecto a sus comportamientos sexuales y a lo que él considera “errores en su conducta”. Refirió ser una persona impulsiva, inquieta y nerviosa. El paciente presentó una reducida tolerancia a la frustración y cierta tendencia a estar en “su mundo de fantasía”.

Conforme fue avanzando la entrevista, el contacto ocular y la interacción social mejoró. Su rendimiento académico nunca ha terminado de ser bueno, teniendo que acudir a clases de refuerzo en varias asignaturas. En ocasiones, se aísla jugando a videojuegos o con el ordenador, lo cual le quita tiempo de estudio, aunque principalmente han sido sus conductas sexuales las que han interferido en su rendimiento académico. Muestra ansiedad, inseguridad y necesidad de control. Presenta dificultades para conciliar el sueño. No realiza deporte ni tiene hábitos de alimentación saludables.

Refirió sentirse más cómodo con el ordenador que con las personas, aunque tiene algunos amigos de la urbanización en la que reside con los que socializa todas las semanas, ya que tienen intereses similares a los suyos. En clase tiene dos o tres amistades aunque con dificultades para mantenerlas, debido a que sufre enfados constantes y le dicen que “es muy insistente”. Eso le hace sentirse triste y suele ser muy crítico consigo mismo, mostrando una autoestima baja. Tuvo una relación de pareja con una chica hace unos meses, pero el paciente refirió que “no salió muy bien, ella me dejó”. Además, el paciente refirió no haber tenido relaciones sexuales con penetración, pero sí haber tenido ciertos “acercamientos y tocamientos” con su expareja. Respecto a su historia psico-sexual, relató haber recibido varias propuestas para realizar conductas sexuales a través de internet y, aunque no solía participar en estas peticiones, admitió haber intercambiado fotos de contenido explícito con una chica de su colegio. En este intercambio existió el consentimiento de ambas partes y no hubo una relación abusiva o asimétrica.

Al final de la entrevista, el paciente relató una experiencia que sufrió con 8 años. El recuerdo es ligeramente borroso y hace referencia a una experiencia sexual con un amigo de su padre en la infancia, el cual intentó seducirle y realizar algún tipo de tocamientos. El paciente se rebeló y nunca terminó de ocurrir nada. No parece presentar sintomatología post-traumática. Nunca mencionó este tema en casa, es algo que llevaba ocultando desde hace tiempo y le daba cierta vergüenza hablar de ello.

En la entrevista con los padres se pudo intuir que la relación entre los padres es buena y de confianza. Se contrastaron los síntomas con la familia. La estructura familiar parece sólida y el funcionamiento entre los hermanos, saludable. Sin embargo, la madre muestra rasgos controladores y obsesivos con respecto al paciente. La madre está constantemente preocupada por su hijo, llegando a exigirle y agobiarle mucho, principalmente en el área académica. Esta relación parece haber favorecido un estilo de apego inseguro de tipo ansioso en el paciente. El padre no parece estar muy presente en la educación familiar debido a sus ocupaciones laborales, pero refiere tener una relación de confianza con el paciente.

El paciente no presentó antecedentes médicos de interés. Sin embargo, tiene antecedentes familiares de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) por parte de dos tías, una materna y otra paterna. No existen otras patologías orgánicas. No hay consumo de tóxicos, ni otras adicciones comportamentales.

Pruebas complementarias

Escala del Uso Problemático de Pornografía (PPCS-18)

Explicación: esta escala está adaptada a adolescentes y permite diagnosticar el UPP, además de establecer categorías dentro de esta clasificación en 6 escalas.

Puntuación global: 90 (supera el punto de corte).

Puntuación escalas: tolerancia (15), saliencia (12), conflicto (18), abstinencia (8), modificación del humor (22), recaídas (15).

Interpretación: sospecha de posible UPP con prevalencia de componente de regulación emocional.

La escala del uso problemático de pornografía (PPCS-18) permite diagnosticar el UPP además de establecer categorías dentro de esta clasificación con 6 escalas

Escala del Uso Problemático de Pornografía adaptada a adolescentes (PPCS-A-6)

Explicación: esta escala está validada al español para adolescentes y presenta un posible punto de corte para establecer el uso problemático de pornografía.

Puntuación: 25 (supera el punto de corte).

Interpretación: sospecha de posible UPP.

ADHD Rating Scale-IV, validada al español para niños y adolescentes, es una escala de cribado y evaluación del TDAH

ADHD Rating Scale-IV

Explicación: esta escala está validada al español para niños y adolescentes y es una escala de cribado y evaluación del TDAH. Ha sido cumplimentada por los padres.

Puntuación: criterios de inatención (frecuencia de síntomas: 6/9; puntuación: 15/27), criterios de hiperactividad-impulsividad (frecuencia de síntomas: 8/9; puntuación: 23/27),

Interpretación: sospecha de TDAH subtipo combinado, con predominio en Hiperactividad-Impulsividad.

Cuestionario de evaluación para el apego versión reducida (CaMir-R)

Explicación: esta escala está validada al español y evalúa el posible tipo de apego en niños y adolescentes.

Puntuación: seguridad (15,4), preocupación familiar (66,6), interferencia de los padres (78,3), valor de la autoridad de los padres (65,2), permisividad parental (48), autosuficiencia y rencor hacia los padres (42,6), traumatismo infantil (57,2). Superan el punto de corte las superiores a 50.

Interpretación: sospecha de posible apego inseguro preocupado.

Autoinforme para desórdenes relacionados con la ansiedad en la infancia (SCARED)

Explicación: este instrumento está validado al español para niños y adolescentes y evalúa diferentes trastornos de ansiedad.

Puntuación total: 25 (igual al punto de corte).

Puntuación de escalas: síntomas de crisis de angustia (3), ansiedad generalizada (3), ansiedad por separación (4), ansiedad social (10) y ansiedad escolar (5).

Interpretación: sospecha de síntomas de ansiedad social y ansiedad escolar, sin llegar a considerarse significativa la ansiedad, como indica la puntuación total.

Diagnóstico

Se estableció el siguiente diagnóstico inicial:

- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad presentación combinada (CIE-11: 6A05.2).
- Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo (CIE-11: 6C72).
- Abuso Sexual (CIE-11: PJ21).

Diagnóstico diferencial

Se plantearon los posibles diagnósticos diferenciales de:

- Trastorno de Ansiedad.
- Trastorno del Control de Impulsos.
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
- Trastorno del Espectro Autista.

Discusión del caso

Exploración del área sexual

La evaluación de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes es compleja debido al momento evolutivo en el que se encuentran. En esta etapa aparece el despertar sexual y la revolución hormonal, que se conjugan con elevados niveles de impulsividad y un reducido autocontrol⁽¹⁾. Respecto al diagnóstico clínico, los manuales internacionales de enfermedades mentales no cuentan con diagnósticos específicos en el área de la sexualidad en adolescentes y el diagnóstico de psicopatología debe realizarse con cautela, debido a la posible evolución de la sintomatología en la vida adulta. Además, en el área sexual, los adolescentes pueden tener motivaciones sexuales que son propias de su edad que dificultan establecer un límite claro entre lo esperable y lo patológico (ej.: curiosidad, placer o información práctica sobre la sexualidad)⁽²⁾.

La evaluación de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes es compleja debido al momento evolutivo en el que se encuentran

Debido al fácil acceso a internet, la pornografía se ha vuelto una práctica habitual entre los más jóvenes, con los posibles riesgos que ello implica⁽³⁾. Según diversas investigaciones, el uso repetido de pornografía puede interferir de forma perjudicial en el desarrollo de la vida afectivo-sexual del adolescente: fomentando la agresividad sexual, favoreciendo los estereotipos de género, generando expectativas sexuales irreales y favoreciendo la insatisfacción sexual y la soledad⁽⁴⁾ a pesar de que no todos los adolescentes sufren por igual estas consecuencias. Además, estos efectos se combinan con variables mediadoras como estilos de apego, personalidad, religiosidad, estructura familiar o psicopatología previa, entre otras⁽⁵⁾.

El uso repetido de pornografía puede interferir de forma perjudicial en el desarrollo de la vida afectivo-sexual del adolescente: fomentando la agresividad sexual, favoreciendo los estereotipos de género, generando expectativas sexuales irreales y favoreciendo la insatisfacción sexual y la soledad

Centrándonos en nuestro paciente, podemos observar cómo el consumo de pornografía se ha convertido en un problema en su vida y es el motivo principal de consulta. Para establecer un diagnóstico a este respecto, podemos apoyarnos en el Uso Problemático de Pornografía (UPP), aceptado ampliamente por la comunidad científica⁽⁵⁾, cuyos criterios diagnósticos son: a) uso altamente frecuente, excesivo y compulsivo; b) urgencia para involucrarse en el comportamiento para mantener un estado emocional positivo o para escapar de un estado emocional negativo; c) disminución de control sobre la conducta; d) repetición de la conducta, a pesar de las consecuencias adversas, que derivan en malestar personal y dificultades funcionales⁽⁶⁾.

Además del UPP, en nuestro paciente se dan otras conductas sexuales que pueden ser problemáticas como: el contacto en línea con personas, el acoso *online* o el *sexting*. Debido a la limitación del diagnóstico de UPP (que se centra exclusivamente en el uso de pornografía), podemos apoyarnos en el diagnóstico del Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo (TCSC), que aparece en 2018 por primera vez en la CIE-11⁽⁷⁾. El TCSC no hace distinción entre adultos o adolescentes y está categorizado como trastorno por control de los impulsos y se compone de los siguientes criterios: a) repetitivas conductas sexuales que se vuelven el foco principal de la persona, hasta ser negligente con su salud u otros intereses o responsabilidades; b) esfuerzos infructuosos para controlar o reducir la conducta sexual; c) continúa realizando la conducta a pesar de las consecuencias adversas; d) continúa a pesar de no obtener placer de la conducta y e) el juicio moral sobre la conducta no es suficiente para el diagnóstico.

Nuestro paciente cumpliría criterios para ambos diagnósticos, pero sería preferible utilizar el diagnóstico clínico de TCSC, debido a que existen otras conductas sexuales problemáticas además del uso de pornografía. Para confirmarlo de forma objetiva, se utilizaron dos escalas que sí están adaptadas al español y para adolescentes: la PPCS-18 y la PPCS-A-6⁽⁸⁾. Los resultados de las pruebas y la entrevista clínica nos confirmaron este posible UPP y TCSC en nuestro paciente. Existen otros instrumentos que miden específicamente el TCSC, pero ninguno está disponible en español ni para adolescentes a día de hoy. El TCSC se ha visto relacionado con diferentes patologías clínicas, por lo que será de interés continuar indagando en la psicopatología que presenta nuestro paciente cuando acude a consulta.

Exploración del Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

En un inicio se podría sospechar la presencia de un Trastorno del Espectro Autista (TEA), por sus dificultades en la interacción social y la falta de contacto ocular. Sin embargo, esta interacción

Sesión IV Actualización: Conductas de riesgo en la adolescencia

Caso clínico: Adolescente con riesgo sexual

social se fue normalizando conforme avanzaba la entrevista. Esto demuestra que estos déficits eran fruto de la ansiedad y el nerviosismo de la primera entrevista más que de una incapacidad per se, para establecer contacto social. Además, las dificultades que tiene para la socialización se explican por los posibles rasgos de hiperactividad.

Descartar el TEA nos hizo seguir avanzando en el diagnóstico de la posible hiperactividad que mencionaron los padres. El nerviosismo, la impulsividad, la inquietud y las dificultades académicas, así como el resto de los síntomas que mostró en consulta podrían relacionarse con los criterios del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) subtipo combinado.

El UPP se ha relacionado con el TDAH en jóvenes

Además, el UPP se ha relacionado con el TDAH en jóvenes⁽⁹⁾. La entrevista clínica junto con la escala de TDAH nos confirmó la presencia de estos síntomas que se corroboraron con la entrevista a familiares. Posteriormente, para afinar en este diagnóstico, se derivó a neuropsicología para hacer un diagnóstico más preciso. La neuropsicóloga confirmó el diagnóstico de TDAH subtipo combinado, aunque con mayor predominio de hiperactividad-impulsividad. Tras la evaluación, se derivó a psiquiatría para valorar la medicación.

Exploración de la ansiedad y obsesividad

Respecto a los síntomas de ansiedad, las puntuaciones en los cuestionarios mostraron una puntuación no muy significativa. Estos síntomas parecían tener más que ver con la situación actual y la problemática sexual que con un Trastorno de Ansiedad. También estos síntomas se podrían explicar como consecuencia del TDAH. Además, los pensamientos rumiativos y la preocupación parecen relacionarse con una personalidad de tipo obsesivo, sin que existan suficientes síntomas para hacer un diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en la infancia. Además, la personalidad controladora materna parece haber favorecido un apego inseguro de tipo ansioso-preocupado que explicaría mejor toda esta sintomatología. Aunque será necesario tener presente los antecedentes y observar cómo evoluciona el caso.

Exploración del Abuso Sexual Infantil

Por último, se indagó en la experiencia del posible abuso sexual. A pesar de haber sido una experiencia abusiva e indeseada, el paciente confirmó que fue algo puntual que no llegó a haber relaciones sexuales completas, solo algún tocamiento en los genitales, y que duró poco. Lo relató como una experiencia desagradable, pero sin sintomatología de Trastorno de Estrés Post-Traumático. Aunque este contacto disruptivo y temprano con la sexualidad ha podido interferir en un desarrollo psico-sexual saludable⁽¹⁰⁾.

Se realizó un diagnóstico definitivo de TCSC combinado con el TDAH, con las variables de apego inseguro, los rasgos obsesivos y la experiencia de abuso sexual infantil implicadas en la sintomatología del paciente.

Tratamiento y evolución

Dado los datos y el diagnóstico definitivo del TCSC y de TDAH, se diseñó una propuesta de tratamiento integradora, basada en la Terapia Cognitivo-Conductual, que es aquella que ha demostrado una mayor eficacia en la intervención del consumo problemático de pornografía, pero incluyendo elementos integradores que potencian el tratamiento. Además, se realizó una intervención específica para el TDAH, derivando a psiquiatría para valorar una posible medicación, y se pautó Concerta de 54mg, 1-0-0.

La Terapia Cognitivo-Conductual, ha demostrado una mayor eficacia en la intervención del consumo problemático de pornografía, pero incluyendo elementos integradores que potencian el tratamiento

Se desarrolló un plan de tratamiento combinado (psiquiatría y psicología) que incluyó:

- Establecimiento de **vínculo y alianza** con el paciente.
- **Motivación y conciencia de enfermedad:** en primera instancia, se trabajó la motivación al cambio del paciente. Además, se realizó psicoeducación sobre ambos diagnósticos, para incrementar el conocimiento sobre la propia enfermedad.
- **Estructura, orden de vida y hábitos saludables:** se planteó establecer una rutina adecuada que incluyó un horario concreto para ir a dormir, una dieta equilibrada y sana, límite de tiempo de uso de nuevas tecnologías y redes sociales y la realización de ejercicio físico semanalmente. Con respecto a esto último, se planteó que pudiera apuntarse a un deporte

de equipo, que permitiera potenciar relaciones sociales saludables con personas de su edad. Se solicitó la colaboración de los padres para el establecimiento de la dieta (hacer comidas saludables y equilibradas, hacer comidas en común, etc.) y para el límite de uso de nuevas tecnologías (fijar un tiempo de uso diario).

- **Detonantes y desencadenantes:** se trabajó la identificación de aquellos detonantes y desencadenantes del comportamiento sexual compulsivo, para poder poner en práctica estrategias que le permitan actuar para prevenir la realización de la conducta.
- **Estrategias para el TDAH:** se propusieron estrategias para mejorar la atención y concentración en el estudio (horario estructurado de estudio, planificación del estudio, utilización de esquemas, uso de agenda, realización de breves descansos, retirada del móvil y otros aparatos electrónicos de la zona de estudio, etc.).
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** se trabajaron la asertividad y tomar la iniciativa en las conversaciones con otros, así como estrategias para mejorar el lenguaje no verbal.
- **Entrenamiento en regulación de las emociones:** se entrenó en la identificación de las propias emociones y se propusieron técnicas de regulación emocional a través de los sentidos, así como técnicas de respiración y relajación.
- **Entrenamiento en auto-control e impulsividad:** se entrenó en la identificación de señales internas y externas, se propusieron estrategias como el uso del tiempo fuera, realización de técnicas de respiración para la regulación de la emoción y uso de auto-instrucciones.
- **Herramientas basadas en *Mindfulness Based Stress Reduction*:** se ofrecieron estrategias basadas en la atención plena que complementaron al entrenamiento en regulación de emociones y auto-control en el área sexual.
- **Gestión de pensamientos rumiativos y errores cognitivos:** se entrenó en la identificación de los pensamientos rumiativos, se enseñaron técnicas de defusión cognitiva y se realizó reestructuración cognitiva.
- **Coordinación con la familia:** se establecieron sesiones para proporcionar pautas para la familia cada mes y medio.
- **Exploración de experiencia traumática de la infancia:** se evaluó la gravedad de los hechos y se permitió la ventilación emocional y expresar lo ocurrido.
- **Seguimiento de la medicación con psiquiatría:** coordinación con citas psiquiátricas.

Tras 20 sesiones quincenales de psicoterapia el paciente mostró un gran avance en la sintomatología:

- Ha reducido de forma casi completa el consumo de pornografía, siendo este recreativo o esporádico a día de hoy. Actualmente no recurre a conversaciones eróticas en línea.
- Muestra una vivencia de la sexualidad más adaptativa, con conductas apropiadas a su edad y a su desarrollo evolutivo.
- Ha mejorado sus habilidades de interacción social: ha mejorado en su capacidad de escucha, es capaz de tomar la iniciativa y se ha integrado con los miembros del equipo de fútbol en el que juega.
- Ha ganado en auto-control: es menos insistente en sus interacciones con los demás, se toma un tiempo antes de contestar.
- Ha incorporado herramientas de regulación emocional: conoce e identifica sus propias emociones y es capaz de utilizar estrategias de regulación emocional adaptativas, como ir a dar un paseo, realizar ejercicio físico o hacer *mindfulness*.
- Ha mantenido de forma pautada la medicación con psiquiatría. Se ha notado una mejoría en el rendimiento académico.
- Ha aumentado su autoestima: es menos crítico consigo mismo, se ve a sí mismo como más capaz, lo cual se observa en sus interacciones sociales con los demás, mostrando mayor seguridad y autoconfianza.
- Ha desarrollado estrategias de orden y planificación. Actualmente tiene una rutina estructurada, con horarios adecuados de sueño, alimentación y estudio.

Bibliografía

1. Irwin CE, Shafer MA (2021). Adolescent sexuality: Negative outcomes of a normative behavior. *Adolescents at risk*, 35-79.
2. Bóthe B, Vaillancourt-Morel MP, Dion J, Paquette MM, Massé-Pfister M, Tóth-Király I, et al. (2022). A longitudinal study of adolescents' pornography use frequency, motivations, and problematic use before and during the COVID-19 pandemic. *Archives of sexual behavior*, 51(1), 139-15.
3. Farré JM, Montejo AL, Agulló M, Granero R, Chiclana Actis C, Villena A, et al. (2020). Pornography use in adolescents and its clinical implications. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3625.
4. Mestre-Bach G, Chiclana-Actis C. (2022). Factors associated with adolescent pornography use: a narrative review. *Psicosomática y Psiquiatría*, (21).
5. Villena A, Mestre-Bach G, Chiclana C. (2020). Uso y uso problemático de pornografía en adolescentes: un debate no resuelto. *Adolescere*, 8(2), 32-41.
6. Kor A, Zilcha-Mano S, Fogel Y, Mikulincer M, Reid RC, Potenza M, (2014). Psychometric development of the problematic pornography use scale. *Addictive behaviors*, 39(5), 861-868.
7. Kraus SW, Krueger RB, Briken P, First MB, Stein DJ, Kaplan MS, et al. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD 11. *World Psychiatry*, 17(1), 109.
8. Villena-Moya A, Granero R, Chiclana-Actis C, Potenza MN, Blycker GR, Demetrovics Z, et al. (2023). Spanish validation of the long and short versions of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS and PPCS-6) in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, [Manuscript Submitted].
9. Niaozof D, Weizman A, Weinstein A. (2019). The contribution of ADHD and attachment difficulties to online pornography use among students. *Comprehensive psychiatry*, 93, 56-60.
10. Efrati Y, Goldman K, Levin K, Rosca P. (2022). Early-life trauma, negative and positive life events, compulsive sexual behavior disorder and risky sexual action tendencies among young women with substance use disorder. *Addictive Behaviors*, 133, 107379.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. **¿La pornografía es siempre un problema en adolescentes?**
 - a) Sí, la adolescencia es la única etapa en la que se consume pornografía, al haber un mayor impulso sexual.
 - b) Sí, solo se da en la adolescencia, ya que todos los adultos tienen la capacidad de controlar adecuadamente sus impulsos, al ser algo que incrementa con la edad.
 - c) No, la pornografía se comienza a consumir generalmente al principio de la vida adulta, siendo la edad media de inicio de consumo los 20 años.
 - d) No, el consumo de pornografía puede darse en todas las edades y géneros, aunque suele tener su inicio en la adolescencia y es más prevalente en varones.
 - e) No, el consumo de pornografía puede darse en todas las edades y géneros, aunque suele tener su inicio en la adolescencia y actualmente es más prevalente en mujeres.
2. **¿Existe relación entre el consumo de pornografía y el TDAH?**
 - a) No, no hay estudios que relacionen el consumo de pornografía y el TDAH.
 - b) No, el consumo de pornografía está más asociado a otras patologías como la depresión y el trastorno bipolar.
 - c) Sí, hay estudios que demuestran que existe una relación entre el consumo de pornografía y el TDAH, ya que en el TDAH se da una mayor impulsividad.
 - d) Sí, todas las personas que consumen pornografía tienen, además, TDAH.
 - e) Sí, el TDAH está asociado al consumo de pornografía, porque las personas con TDAH pasan más tiempo con pantallas.
3. **¿Qué relación hay entre el estilo de apego y la pornografía?**
 - a) El estilo de apego seguro está más relacionado con el consumo de pornografía, ya que la seguridad en sí mismo se asocia con una mayor búsqueda y ampliación de los contactos sociales, también a través de la pornografía *online* y *offline*.
 - b) El estilo de apego inseguro, tanto ansioso como evitativo, está más relacionado con el consumo de pornografía, ya que también está relacionado con varias disfunciones sociales, mayor angustia y desregulación emocional.
 - c) Únicamente el estilo de apego ansioso está relacionado con el consumo de pornografía, ya que se presenta más ansiedad y la pornografía es una forma de regularla.
 - d) El estilo de apego evitativo es el único que se asocia con el consumo de pornografía, ya que es una manera de buscar intimidad evitando el contacto social.
 - e) No se ha observado que exista una relación entre el estilo de apego y el consumo de pornografía.

Respuestas en la página 86