

LIBRO BLANCO de la Salud Mental Infanto-Juvenil

Volumen 1



EDITORES

José Ramón Fernández Hermida

Susana Villamarín Fernández

EDITA



Consejo General
de la **Psicología**
ESPAÑA

Edita

© Consejo General de la Psicología de España

C/ Conde de Peñalver, 45-3 planta

28006 Madrid - España

Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15

Web: <http://www.cop.es>

E-mail: secop@cop.es

Diseño y maquetación

Juan Antonio Pez

ISBN 978-84-947385-9-3

2021

Se recomienda citar esta obra de la siguiente forma: Fernández-Hermida, J.R. & Villamarín-Fernández, S. (Eds.) (2021) *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil*. Volumen 1. Consejo General de la Psicología de España

Ni el Consejo General de la Psicología ni los editores son responsables de las opiniones vertidas en los diferentes capítulos, que deben entenderse como de la exclusiva responsabilidad de sus autores

El Consejo General de la Psicología ha venido mostrando, desde hace mucho tiempo, una seria preocupación por la atención de la Salud Mental en España. Esta preocupación aún es mayor cuando nos fijamos en la deficitaria atención disponible para prevenir y tratar los problemas psicológicos de niños y adolescentes.

A los males que aquejan a la atención de los adultos, como la escasez de recursos personales y materiales, o la excesiva utilización de la farmacología en detrimento de otras formas de tratamiento psicológico tanto o más efectivos, pero con menos efectos secundarios indeseables, la atención infanto-juvenil debe sumar la carencia de personal especializado y el sistemático olvido de la prevención y la intervención temprana.

La organización colegial de la Psicología quiere comprometerse con el desarrollo de un debate en el que todos los sectores afectados dentro de la sociedad española contribuyan a poner en marcha las medidas que mejoren la prevención y el tratamiento de los problemas psicológicos en los menores. Con este propósito, se ha propuesto desarrollar un Libro Blanco sobre la Salud Mental Infanto-Juvenil que dé cuenta de la diversidad y extensión del problema, y de las mejores respuestas que la ciencia puede dar para su solución.

Este volumen es un primer paso. En sus páginas se muestra lo que dice la investigación científica sobre la naturaleza y extensión de los principales problemas de salud mental que aquejan a los menores, los efectos que tienen tanto sobre ellos como su entorno, y los principales factores que influyen en su desarrollo. Un segundo volumen abordará la situación actual en el campo de la prevención y el tratamiento, así como la falta y formación de especialistas en los ámbitos sanitario, educativo y de los servicios sociales.

Somos conscientes de que los psicólogos no son los únicos actores que tienen un papel en este campo de la salud mental. Los servicios sanitarios, educativos, y sociales junto con las organizaciones políticas, profesionales y sociales con relación con la salud mental son actores de primera fila. De hecho, la atención a los menores requiere una visión interdisciplinar en la que intervienen otros profesionales, que desarrollan su trabajo en los servicios antes mencionados, y en los que los psicólogos son un miembro más. Nuestra perspectiva profesional goza, sin embargo, de una visión privilegiada ya que analiza el problema desde los diversos ángulos donde se sitúa la profesión. Es una perspectiva que ve al menor como persona, desde una perspectiva global, y no tanto como enfermo, alumno o beneficiario de prestaciones.

La actual situación ocasionada por la pandemia de la Covid-19 ha acentuado los problemas de salud mental, y también ha puesto de manifiesto aún más las carencias existentes. Urge que se defina una Estrategia de Salud Mental que dé una especial relevancia a la Salud Mental de los menores. Urge, también, que se ponga en marcha la especialidad de Psicología Clínica Infanto-Juvenil, que el sistema educativo tome conciencia de su responsabilidad en este campo y promueva el desarrollo de la Psicología Educativa, y que los servicios sociales impulsen una visión más allá de la mera asistencialista, ofreciendo una atención primaria psicológica de calidad.

Este Libro Blanco nace con una perspectiva intersectorial, científica y abierta, señalando las grandes necesidades que existen en la atención en salud mental en la infancia y la juventud, y buscando abrir el debate que ponga remedio a las carencias existentes a la hora de satisfacerlas. Si finalmente lo consiguiéramos, daríamos por bueno el esfuerzo realizado.

Por último, quiero agradecer el trabajo desinteresado realizado por los autores, y por el personal de nuestra organización para que este texto haya podido ver la luz. Sin ellos no hubiera sido posible disponer de esta obra. Muchas gracias.

Francisco Santolaya Ochando
Presidente
Consejo General de la Psicología de España

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Introducción 3

Susana Villamarín Fernández y José Ramón Fernández Hermida

CAPÍTULO 1

Problemas relacionados con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad 18

Depresión 18

Problemas de ansiedad 22

Jose Pedro Espada, Mireia Orgilés, Xavier Méndez y Alexandra Morales

CAPÍTULO 2

Conducta suicida 32

José Pedro Espada, Xavier Méndez, Mireia Orgilés y Alexandra Morales

CAPÍTULO 3

Conductas adictivas en la infancia y la adolescencia 38

José Ramón Fernández Hermida, Víctor Martínez Loredo y Alba González de la Roz

CAPÍTULO 4

Trastornos disruptivos, de control de impulsos y trastornos de conducta 54

Trastorno negativista desafiante (TND) 55

Trastorno de conducta (TC) 58

Pilar Calvo Pascual

CAPÍTULO 5

Salud sexual en la infancia y la adolescencia 68

Abuso sexual 68

Disforia de género 72

Exposición involuntaria a pornografía en Internet 75

Sexting/sextorsion/grooming 78

Comportamientos sexuales de riesgo: ITS/SIDA y embarazos no deseados 82

Disfunciones sexuales 85

Uso de las apps de contactos 87

Consumo abusivo de cibersexo 89

Homofobia/Bifobia 93

Violencia de género en adolescentes (teen date violence) 96

Rafael Ballester Arnal y M^a Dolores Gil Llario

CAPÍTULO 6

Problemas relacionados con el ámbito escolar 110

Dificultades específicas de aprendizaje (DEA) 110

Abandono escolar temprano 115

Acoso y ciberacoso escolar (bullying y cyberbullying) 120

Celestino Rodríguez Pérez, José Carlos Núñez Pérez, Ana B. Bernardo y David Álvarez García

Salud sexual en la infancia y adolescencia

Rafael Ballester Arnal¹ y M^a Dolores Gil Llario²

¹Facultad de Ciencias de la Salud. Universitat Jaume I de Castelló. ²Facultad de Psicología. Universitat de València

INDICE

68	Introducción
68	Abuso sexual
72	Disforia de género
75	Exposición involuntaria a pornografía en Internet
78	Sexting/sextorsion/grooming
82	Comportamientos sexuales de riesgo: ITS/SIDA y embarazos no deseados
85	Disfunciones sexuales
87	Uso de las apps de contactos
89	Consumo abusivo de cibersexo
93	Homofobia/Bifobia
96	Violencia de género en adolescentes (teen date violence)
98	Referencias

Introducción

El concepto de salud sexual (OMS, 2018) se extiende, tal y como ocurrió con el concepto de salud en general, más allá de la ausencia de patología hacia una perspectiva más inclusiva, que pasaría por la experiencia de un proceso pluridimensional de consecución de bienestar sexual físico, psicológico y sociocultural. Desde estos parámetros, la calidad de vida sexual tendría en cuenta el amplio abanico de manifestaciones conductuales y actitudinales que a través de las influencias socio-culturales y, en interacción con los factores biológicos, modularía aspectos tan importantes como la identidad sexual, la comunicación y el placer sexual, además de la reproducción (Cabello, 2010; Inman & Sandhu, 2002).

En el presente capítulo se ofrece una selección de los principales problemas relativos a la sexualidad a los que se enfrentan los menores. Muchos

de estos problemas tienen su origen en la adolescencia, mientras que otros se inician en la infancia y van evolucionando y adquiriendo diferente dimensión con el transcurso del tiempo si no son abordados de forma eficaz.

Abuso sexual

Descripción del problema

El abuso sexual a menores es un grave problema de salud pública común a todas las sociedades (Arboleda et al., 2011). Para definir el abuso sexual de menores debemos recurrir a dos conceptos, por un lado, la coerción, referida al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la manipulación, la presión, la autoridad o el engaño, y, por otro, la asimetría de edad o desigualdad madurativa, que impide la verdadera libertad de decisión del menor o la menor, e imposibilita una

actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la relación sexual muy diferentes. Si bien pueden aparecer dificultades al delimitar cuál es la diferencia de edad entre los participantes de una relación sexual para poder considerar que se está produciendo un abuso sexual, la mayoría de especialistas, siguiendo las recomendaciones de Finkelhor and Hotaling (1984) consideran una diferencia de 5 años de edad o más cuando el menor tiene menos de 13, y de 10 años o más si este tiene entre 13 y 16 años (Pereda & Abad, 2013). El abuso, definido a partir de esa diferencia en cuanto al nivel de maduración aún es más grave en las personas con discapacidad intelectual. En estos casos, a pesar de estar expuestos a mayores probabilidades de riesgo ante abusos sexuales (Martinet & Legry, 2014) reciben una menor atención social y sanitaria (Frawley & Wilson, 2016; Gil-Llario et al., 2019).

La dimensión del abuso sexual en la infancia y adolescencia ha sido y es difícil de cuantificar dado que las estadísticas oficiales lo que muestran en realidad es la capacidad de detección que tienen los profesionales de una determinada sociedad (Leventhal, 1998). Lamentablemente, los casos detectados no son representativos de la realidad de la victimización sexual infantil, puesto que no todos los casos se detectan en el momento en el que se están produciendo, sino que, generalmente, los que llegan a ser conocidos por las autoridades suelen ser aquellos más graves y los que provienen de entornos sociales más desfavorecidos (Runyan, 1998). En este sentido, los primeros estudios que se han realizado preguntando directamente a menores sobre sus experiencias, muestran porcentajes de victimización sexual muy superiores a los obtenidos a partir de las estadísticas oficiales.

El maltrato infantil, en general, ha sido más frecuente entre familias con niveles socioeconómicos

bajos (Unicef, 2012); sin embargo, en el caso del abuso sexual este dato no se corrobora (Pereda, 2016) sino que se ha podido constatar que no es exclusivo de las clases más desfavorecidas. Debe tenerse en cuenta que, aunque la presencia de otros tipos de violencia en el hogar como el maltrato físico o emocional hacia el o la menor víctima se considera un factor de riesgo, no debe olvidarse que también es frecuente que el abusador se muestre aparentemente protector y cariñoso (Levenson & Morin, 2006).

Como consecuencia de una experiencia de abuso se produce un incremento de problemas psicológicos en aproximadamente la mitad de las víctimas (González & Ortiz, 2016). A estos problemas se suman los problemas de rendimiento escolar, mayoritariamente en los y las menores de entre 13 y 17 años. Todas estas consecuencias del abuso sexual han sido ampliamente recogidas en la investigación (Hébert et al., 2006) y dan cuenta de la gravedad e importancia de este delito en el desarrollo infantil.

Epidemiología e impacto personal y social

En España entre un 10 y un 20% de la población ha sido víctima de abuso sexual antes de cumplir los 13 años como confirman los estudios realizados tanto en el ámbito nacional (López, 1994), como en regiones específicas (Cantón Cortés & Justicia, 2008; de Paúl & Arruabarrena, 1995; Pereda Beltran & Forns, 2007). Las cifras de prevalencia obtenidas en el estudio de López (1994) en el que se evaluó una muestra española de población general de 2000 niños, niñas y adolescentes arrojan cifras del 15,2% en los varones y del 22,5% en las mujeres. Si analizamos los escasos estudios locales, podemos ver cómo Pereda Beltran and Forns (2007), en un estudio retrospectivo encontraron que un 15,5% de los universitarios matriculados en la Universidad de Barcelona y un 19% de las universitarias mani-

festaron haber sufrido abusos sexuales antes de los 18 años. Estos porcentajes son superiores a los de otro estudio, también con estudiantes, realizado en el País Vasco (de Paúl & Arruabarrena, 1995) en el cual se hallaron tasas del 9,7% en los hombres y del 14,8% en las mujeres. Analizando conjuntamente los resultados locales y nacionales publicados podríamos decir que entre un 9,7% y un 15,5% de los chicos ha sido víctima de abuso sexual mientras que en el caso de las chicas las cifras estarían entre un 14,8% y un 22,5%.

Estos datos coinciden con los obtenidos en el resto del mundo. Así, Stoltenborgh et al. (2011), analizando 217 trabajos publicados entre 1980 y 2008 y relativos a países de los cinco continentes, muestran un porcentaje de victimización sexual que afecta a un 7,6% de los varones y a un 18,0% de las mujeres a lo largo de su infancia. En una revisión más reciente, Barth et al. (2014) analizando 55 estudios publicados entre 2002 y 2009, con muestras de 24 países encuentran que un 8% de los varones y un 15% de las mujeres han sido víctimas de abusos sexuales.

Estos porcentajes genéricos, varían cuando se tiene en cuenta el origen de la muestra analizada, siendo muy superiores entre los jóvenes de zonas sociales problemáticas (Játiva & Cerezo, 2014), que han cometido algún delito y se encuentran en el sistema de justicia juvenil (Pereda et al., 2015b), que tienen problemas de salud mental (Pereda et al., 2015a) o que están bajo el sistema de protección (Segura et al., 2015). Una mención especial merece las personas con discapacidad intelectual, cuya prevalencia en el contexto español ascendería a un 20% (Gil-Llario et al., 2018). En esta línea, algunos autores afirman que las personas con discapacidad intelectual tendrían un 4.6% más de riesgo de sufrir dichos abusos que las personas sin discapacidad intelectual (Jones et al., 2012). Las cifras de prevalencia del abuso sexual en la pobla-

ción española con discapacidad intelectual han sido recogidas en un reciente estudio de metanálisis internacional en el que se muestra que el promedio alcanza cifras aún superiores, llegando al 32,9% en personas adultas (Tomsa et al., 2021).

Por lo que se refiere al impacto del problema, la vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como es el abuso sexual en la infancia, conlleva el posible desarrollo de múltiples problemas emocionales, sociales, conductuales y físicos (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). La naturaleza de dichos problemas depende, entre otros muchos factores, del momento evolutivo en el que se encuentra la víctima. Algunas de las variables que pueden explicar la gravedad de la sintomatología, como ya se ha comentado, son las características del abuso, agresor y víctima. Sin embargo, al no poder ser objeto de intervención, su utilidad clínica es muy limitada. Debido a ello, los factores ambientales, y especialmente, las variables cognitivas de la víctima que correlacionan con la resiliencia (estrategias de afrontamiento, atribuciones de responsabilidad, sentimientos provocados por el abuso y el estilo de apego) resultan de mayor utilidad para diseñar una intervención eficaz. Concretamente, la sustitución, en cuanto al afrontamiento, de estrategias de evitación por estrategias de aproximación; la eliminación de las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia, y la promoción de un estilo de apego seguro resultarían beneficiosos a la hora de prevenir futuros problemas causados por la experiencia de abuso (Cantón-Cortés & Cortés, 2015).

El abuso sexual infantil se ha vinculado a diversa psicopatología, así como a sintomatología clínica y malestar psicológico general (Beldarrain, 2015). Entre las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil destaca la depresión (Wells et al., 2014), la ansiedad (Berthelot et al., 2014), la tendencia suicida (Jakubczyk et al., 2014), la agresividad (Harford et al., 2014), el abuso de sustancias (Retz-

Junginger et al., 2014), el juego patológico (Hayatbakhsh et al., 2013) y los trastornos de conducta alimentaria (Moulton et al., 2015). Además, esta experiencia de abuso podría facilitar la aparición de disfunciones sexuales, infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados (Holliday et al., 2017), relacionándose también con el abuso del cibersexo (Schwartz & Southern, 2000).

Por último, los menores que han sido víctimas de abuso también muestran problemas de rendimiento escolar, así como alteraciones comportamentales y emocionales. Sin embargo, estas alteraciones se manifiestan diferencialmente según la edad de las víctimas: mientras que en los adolescentes (13-17 años) se produce un mayor número de alteraciones emocionales (Parent-Boursier & Hébert, 2015), en los niños más pequeños (4 a 8 años) aparece un mayor número de conductas sexualizadas (González & Ortiz, 2016). Estas diferencias podrían explicarse por la mejor y mayor comprensión de la ilicitud del abuso entre los adolescentes y la significación que el abuso adquiere sobre su sexualidad. Los problemas que experimentan en el contexto escolar secundarios al abuso sexual se relacionan de manera directa con las dificultades que encuentran estos niños para relacionarse con los compañeros. Los problemas de empatía, la tendencia a experimentar emociones negativas, la reactividad emocional, la mayor percepción de hostilidad en los otros, el comportamiento impulsivo, las limitaciones en los dominios intelectuales y la mayor probabilidad de ejercer violencia en la vida adulta demuestran un trastorno del desarrollo de tipo biopsicosocial, puesto que el abuso ha provocado que las habilidades psicosociales no se desarrollen en condiciones óptimas, condicionando la capacidad de adaptación y el desempeño actual y futuro (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017).

Factores de riesgo y protección

Desde una aproximación ecológica (Bronfenbrenner, 1979) es posible identificar factores de riesgo tanto de tipo personal como procedentes de los diferentes sistemas o contextos más o menos inmediatos (p.ej., familia, sociedad, cultura) que inciden sobre la presencia y desarrollo del abuso sexual infantil (González & Ortiz, 2016). En lo referente a las variables personales y a las procedentes de los entornos más próximos al niño o la niña, la investigación ha señalado que las chicas presentan un mayor riesgo que los chicos de sufrir abusos sexuales, tal y como demuestra la mayor incidencia de abuso entre las niñas (Barth et al., 2014; Finkelhor et al., 2014; Pereda et al., 2009). Además, éstas suelen sufrir con mayor frecuencia abusos sexuales intrafamiliares frente a los abusos sexuales extrafamiliares, más frecuentes entre los varones (Finkelhor, 1994). En cuanto a la edad, la mayor prevalencia de abusos documentada está entre los 6-7 años y los 12-13 años, por lo que estas edades se consideran un grupo de riesgo (López, 1994). Según han informado los propios agresores en algunas investigaciones, los y las menores introvertidos, aislados, con pocos amigos y carentes de fuentes que les proporcionen afecto en su entorno presentan una mayor probabilidad de ser abusados/as (Gallagher, 2000; Shakeshaft, 2004).

A nivel familiar, la investigación ha constatado variables de riesgo relativas tanto a la estructura como a la dinámica de las familias. Entre las primeras, se han señalado la convivencia con una figura masculina sin vínculo de parentesco o con familia extensa (Black et al., 2001), además de ser hijo o hija de madre menor de edad en el momento del nacimiento (Lee & Goerge, 1999). En relación con las variables relativas a la dinámica familiar, las relaciones maritales insatisfactorias o violencia familiar (Black et al.,

2001; Bowen, 2000) o, los roles parentales difusos, ausentes o desdibujados (Alexander, 1992) han demostrado ser de riesgo para la victimización sexual infantil.

También se han hallado factores ligados a la historia familiar como la presencia de enfermedad mental en uno de los progenitores (Walsh et al., 2002), los antecedentes familiares de consumo de sustancias, la presencia de graves conflictos entre miembros de la familia (Pons-Salvador et al., 2006) o la historia de abuso sexual infantil o maltrato en las figuras parentales (Maida et al., 2005; Whitaker et al., 2008).

Por último, factores psicosociales como la pobreza (Matta Oshima et al., 2014) y culturales como la legitimación de la violencia a los menores, parentalidad autoritaria, mitos o creencias erróneas sobre el abuso, y desconocimiento de las necesidades y derechos de los menores son también facilitadores del abuso infantil.

Las investigaciones que se han revisado tienen una serie de limitaciones que impiden concluir que el abuso sexual infantil tenga un efecto idéntico en todos los menores que lo padecen. Algunas variables, como el tipo de abuso, la edad del menor, la duración/cronicidad del abuso y el sexo de la víctima, son moduladoras de las diferencias individuales (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011). De entre los factores de protección más relevantes cabe destacar los vínculos de apego así como el grado en que los miembros de la familia sean eficaces en su función de protección del menor frente a potenciales abusadores. Estos factores amortiguan y/o permiten compensar las carencias y secuelas físicas y psicológicas de las que ha sido víctima el menor al dar una rápida respuesta al abuso en cuanto es detectado apoyando de forma eficaz en el proceso de superación del trauma (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017).

Disforia de género

Descripción del problema

La transexualidad es un fenómeno antiguo frecuente en múltiples culturas. Este término fue utilizado por primera vez en 1940 para hacer referencia a los individuos que deseaban vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, existiendo una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y el sexo al que sentían pertenecer. Pero en 1973, aparece un nuevo término, “disforia de género”, que incluye el transexualismo y otros problemas de identidad de género, y designa la insatisfacción que resulta del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado. Poco más tarde, en 1980, se incluye al “transexualismo” dentro del DSM-III. Un término que con el fin de lograr la despatologización del fenómeno es abandonado y sustituido por “trastorno de identidad de género” en el DSM-IV y por “disforia de identidad de género” en el DSM-5 (Sánchez et al., 2017).

La disforia de género es entendida en dos sentidos: por un lado, como la incongruencia entre el “yo sexual” sentido y el sexo y la asignación de género recibida en el nacimiento. Por otro, cumpliendo esta primera condición o no, incongruencia entre la identidad de género personal (en cuanto construcción social de masculinidad o feminidad y roles asignados), y la identidad de género que de él o ella se espera. Ambas incongruencias, juntas o por separado provocan malestar o disforia en grados muy diversos (López, 2018).

En el DSM-5 se minimiza el peso del dimorfismo del sexo concediéndose un mayor peso al género, pero sin definirlo expresamente y sin aclarar si se interpreta como resultado de una interacción entre factores biológicos y sociales o una construcción solo social (López, 2018). En esta última edición del manual de la APA ya no se habla de un “trastorno”

y no son una condición necesaria los indicadores de sexo. Normalmente, los indicadores de género son predominantes en la etapa infantil, mientras que los de sexo adquieren más peso en la pubertad y adolescencia.

La adquisición de la identidad sexual y el género tiene su origen ya en el primer año de vida, momento en que los menores adquieren conciencia de que hay dos tipos de personas: los hombres y las mujeres. Lo hacen basándose en los signos convencionales del rol (vestido vs pantalón, pelo largo vs pelo corto, etc.) y en las diferencias anatómicas (tamaño de mamas, presencia vs ausencia de pene, etc.), así como en los múltiples indicadores, tales como el lenguaje sexuado, que les van aportando sus cuidadores. Sobre los 2 años pueden autoclasificarse como pertenecientes a uno u otro grupo: por ejemplo, “soy chico, como mi padre, y hago las cosas que hacen los hombres”; “soy chica como mi madre y hago las cosas que hacen las mujeres”. Pero hasta los 6 años no están completamente convencidos de que “las cosas” de un género y del otro sean inmodificables pudiendo pensar que de mayores serán del otro sexo, es decir, que el sexo puede cambiar. Pero a partir de ese momento son conscientes de que su identidad sexual no cambiará con el tiempo. Es decir, no es hasta los 6-7 años cuando se considera más estabilizada y siempre de acuerdo a 3 componentes, la “etiqueta de género” (realidad de ser niño o niña), “estabilidad del género” (sentimiento de que este género no va a cambiar con el tiempo) y “consistencia del género” (sentimiento de estabilidad independientemente de la apariencia física) (Gil-Llario & Meléndez, 2006). La identidad de género se irá afianzando si este proceso ocurre de forma adecuada y siempre muy relacionado con el entorno afectivo y la autoestima del menor (Esteva et al., 2015).

Llegados a este punto en muchos casos existe coherencia entre el sexo biológico y la identidad sexual; pero en otros, cuando no hay congruencia se inicia la disforia de género, es decir, la incomodidad derivada de la incongruencia percibida entre sus genitales, con los roles, expectativas, etc. asociadas a su sexo biológico, y su identidad sexual sentida.

En sintonía con esta conceptualización, en el DSM-5 ya no se habla de “trastorno de la identidad sexual” sino de “disforia de género” y en los y las adolescentes, no es necesario el rechazo explícito de su anatomía corporal, aunque el malestar con el sexo adquiere más importancia diagnóstica que en los prepúberes. El cambio en los criterios ha venido acompañado de un cambio en las medidas y respuestas profesionales e incluso en los criterios para hormonarse y hacer operaciones quirúrgicas. Pero los y las adolescentes pueden desear cambiar su cuerpo, es decir, reasignarse para adquirir un cuerpo más acorde a su identidad, reduciendo de ese modo su malestar; o bien, poniendo el acento en la disarmonía en cuanto al género, reclamar la pertenencia o adscripción a otro género sin demandar cambios de sexo (Ballester-Arnal, 2020).

Epidemiología e impacto personal y social

Carecemos de datos fiables sobre transexuales adultos, incluso cuando el concepto era más restrictivo y se centraba en la incongruencia anatómica y la conciencia del yo. En el caso de los menores, las estadísticas son aún más imprecisas porque (a) los prepúberes pueden oscilar (antes de los 5 años estas oscilaciones pueden considerarse evolutivas), (b) los indicadores de más peso no son los anatómicos, se siguen basando en el género binario (c) con frecuencia no mantienen la persistencia posterior pudiendo evolucionar y dejar de sentir malestar y rechazo con su cuerpo sexuado y género asignado, o pueden acabar definiéndose

como homosexuales o bisexuales en la adolescencia o vida adulta, travestis, etc. (López, 2018). Pero, en general, se ha detectado un aumento de casos, triplicándose los menores que solicitan atención (Asenjo-Araque et al., 2015). En un estudio reciente llevado a cabo por Fernández-García et al. (2018) en el que analizaron 7 estudios sobre prevalencia, se recoge el incremento sustancial de casos de transexualidad infantil y adolescente en las dos últimas décadas, así como un aumento progresivo de la prevalencia a medida que aumenta la edad. Al mismo tiempo, aunque las estimaciones varían, coinciden en una mayor incidencia de transexuales femeninos frente a masculinos. No obstante, se desconoce hasta qué punto este aumento de las derivaciones de menores a servicios especializados responde a un incremento real en la prevalencia, o simplemente refleja una mayor disposición de los jóvenes a “salir del armario” influenciados por los medios sociales (blogs y sitios web) y movimientos asociativos que les ayudan en sus reivindicaciones (Wood et al., 2013).

En nuestro contexto contamos con estimaciones realizadas a partir de las demandas efectuadas en las Unidades Asistenciales (Esteva et al., 2015) según las cuales el número se elevaría a 5.187 hasta 2016, siendo el 10% menores de 17 años, con un incremento a partir de 2010.

Las estadísticas son especialmente difíciles en el periodo prepuberal y aún durante la pubertad, por lo que no estamos en condiciones de ofrecer datos fiables sobre prevalencia en la población de la disforia de género. Existen algunas estadísticas (Hurtado-Murillo, 2015) sobre la persistencia de la disforia de género desde la infancia, pero se han realizado con muestras pequeñas. En estudios holandeses, la persistencia se sitúa entre 27% y 55%, en uno australiano, en el 81% y en uno madrileño en el 95%. El Grupo español GIDSEEN cifra la persistencia entre el 80 y 95%.

En la línea de lo comentado anteriormente, el impacto del problema en la esfera personal y social es elevadísimo (Ballester-Arnal et al., 2018; Bergero et al., 2012). En población infanto-juvenil resulta fundamental el apoyo en el entorno social del menor o la menor. El principal pilar en el abordaje de la disforia de género es la familia. Tener un hijo/a con disforia de género puede suponer inicialmente un impacto en el ámbito familiar y es importante dar soporte e información para ayudar a comprender la situación de disforia del menor o la menor y así conseguir la implicación de las familias en el proceso de cambio (Basterra Gortari & Ruiz Ruiz, 2016).

Pero el impacto personal, más allá de las implicaciones sociales, en sí mismo puede ser también muy elevado. Para enfrentarse a esto, muchos ya hacen la transición social antes de que comience cualquier tratamiento, pero los y las jóvenes más ansiosos a menudo prefieren esperar hasta que el tratamiento hormonal entre sexos comience realmente. Si no hacen la transición mientras usan hormonas de sexo cruzado y desarrollan características sexuales que no coinciden con su género social, se pueden crear situaciones sociales incómodas. Vivir en el rol deseado suele llamarse la «experiencia de la vida real». La idea subyacente de esta fase es que los y las solicitantes deberían tener una amplia oportunidad para apreciar en fantasía o in vivo las consecuencias familiares, interpersonales, educativas y legales de su transición social (Cohen-Kettenis & Klink, 2015).

Factores de riesgo y protección

La vivencia de la disforia de género puede ser muy diferente según el contexto en el que se desarrolle la persona, por lo que el apoyo familiar y social es decisivo (Moody y Smith, 2013). Así, cuando el individuo se desarrolla en un contexto caracterizado por el conflicto familiar debido a la

no aceptación del problema, el malestar es elevado y puede suponer el rechazo al hijo o hija, la aplicación de disciplina autoritaria y rígida, los insultos, etc. pudiendo llegar al maltrato por parte de los padres e incluso a la huida de casa (DiStefano, 2008).

Algo semejante puede ocurrir en el grupo de iguales (Taliaferro et al., 2018). La estigmatización caracterizada por acosos, vejaciones, etc., tanto en el contexto escolar como en el barrio pueden traer como consecuencia el aislamiento cuando no las agresiones y otras manifestaciones de transfobia (conducta discriminatoria o intolerante hacia las personas transgénero) (Clark, et al., 2014; Perez-Brumer et al., 2017). El rechazo puede provenir de organizaciones infantiles o juveniles lúdicas, culturales o deportivas, ya sea de la institución, de sus profesionales o de los compañeros.

A estos factores de tipo social se unen la vivencia personal de malestar (mental, emocional y conductual) con la anatomía, que puede llegar a producir rechazos, deseo y exigencia de cambio, ocultamientos, no querer ver o acariciar sus genitales, etc. (Claes, et al., 2015). Y unido a esto, cada persona experimenta en mayor o menor grado malestar con las representaciones sociales consideradas propias de los géneros: masculinidad y feminidad, formas de vestir, juguetes, juegos, compañía preferente, etc. En unos casos las características del otro sexo le son muy atractivas, mientras en otros rechazan el género binario optando por otras alternativas (DiStefano, 2008).

Por todo lo cual, la sintomatología clínica puede ser muy diversa: ansiedad, depresión, ideas de suicidio, aislamiento social, dificultades en las relaciones sexuales y amorosas, absentismo escolar, huída de casa, etc. (Arcelus et al., 2016; Bostwick et al., 2010; Claes, et al., 2015). En un reciente estudio de Gil-Llario, Fernández-García et al. (2020) llevado a cabo con 172 personas transexuales (58,7% muje-

res trans y 41,3% hombres trans) mayores de 18 años se halló una tasa de ideación suicida del 61% y en el 56.2% de los casos la ideación suicida actuó como precursor de intentos de suicidio. La pérdida de amigos/as, la expulsión del hogar, las autolesiones no suicidas y la victimización por razón de género también se identificaron como factores precursores del suicidio.

En sentido inverso, un buen apoyo familiar y social se convierte en factor de protección frente a esta sintomatología. Se sabe que un buen soporte sociofamiliar mejora a corto, medio y largo plazo, el funcionamiento psicoemocional de la persona con disforia de género. Por ello, durante el abordaje de la disforia de género las unidades de atención tratan de coordinarse con los centros académicos para asegurar la integración del menor y manejar situaciones de transfobia en caso de que se produzcan (Basterra Gortari & Ruiz Ruiz, 2016).

Exposición involuntaria a pornografía en Internet

Descripción del problema

La irrupción de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y su consolidación progresiva en los últimos años ha cambiado el modo de socializarse de niños y adolescentes ya nacidos/as en este nuevo contexto tecnológico. El Instituto Nacional de Estadística (2018) evidencia que un 95,1% de menores tienen acceso a Internet. La disponibilidad de móviles se incrementa significativamente a partir de los 10 años hasta alcanzar el 94% en la población de 15 años. A los 10 años disponen de móvil propio el 25%, el 45,2% a los 11 años, el 75% a los 12 años, el 83,2% a los 13 años y el 92,8% a los 14 años.

Esta expansión en el uso de estos dispositivos se da en el contexto de un escaso control parental y una deficiente educación en habilidades de au-

toprotección online. Según el informe Net Children Go Mobile (Garmendia Larrañaga et al., 2016), la mayoría de niños y adolescentes españoles accede a Internet solos en su propia habitación o bien desde un teléfono propio sin que sus progenitores ejerzan control alguno. En este sentido, el 22% de los menores afirma que sus padres no hablan con ellos sobre lo que hacen en Internet, al 31% no les dicen qué hacer si algo les molesta en Internet y la gran mayoría no tiene instalado ningún programa de control parental en el ordenador (75%) ni en el smartphone (87%).

Estudios recientes como el de Gómez et al. (2017), señalan que entre los riesgos más destacados de esta facilidad con la que nuestros niños acceden a Internet se encuentra el sexting, el ciberbullying, el grooming, el uso inadecuado de las apps y el abuso del cibersexo (aspectos que se comentarán en otros apartados de este informe), pero también y de manera muy importante la exposición involuntaria a la pornografía por parte de menores, que comentamos en primer lugar porque es el riesgo que aparece en una edad más temprana.

En efecto, la pornografía es uno de los contenidos más populares en Internet, representando alrededor del 13% de las búsquedas globales (Ogas & Gaddam, 2011) y el 35% del total de las descargas (Misra, 2014). Según las estadísticas anuales publicadas por Pornhub (uno de los portales pornográficos más conocidos de Internet), esta página recibe 28,5 billones de visitas al año y transfiere alrededor de 3,732 petabytes (118 Gb de pornografía por segundo) (Pornhub, 2018). Tal cantidad de pornografía diseminada en la red supone que cualquier persona, pueda acceder a estos contenidos en apenas unos segundos. Por otro lado, también dificulta que la pornografía quede acotada a portales concretos, de modo que acaba diseminada en páginas de contenido generalista; así, no es infrecuente que mientras se navega por Internet, aparezcan pop ups (ventanas

emergentes) que muestran contenidos explícitos o bien imágenes sugerentes que nos redireccionan a páginas de contenido sexual sin haberlas buscado. A este último fenómeno se le ha llamado «exposición involuntaria», y se produce cuando “mientras una persona realiza una búsqueda online, navega o mira su correo, siempre y cuando no busque voluntariamente material sexual, es expuesta a imágenes de personas desnudas o manteniendo relaciones” (Mitchell et al., 2003).

Epidemiología e impacto personal y social

Los escasos estudios existentes sobre la exposición de los menores a la pornografía online muestran porcentajes alarmantes: el 42% de los menores estadounidenses de entre 10-17 años (Wolak et al., 2007); el 57% de los ingleses y las inglesas de entre 9-19 años (Livingstone & Bober, 2005); el 47% de los alemanes y las alemanas de entre 13-18 años (Peter & Valkenburg, 2006), y el 27% de los y las croatas de entre 10-16 años (Flander et al., 2009) han estado expuestos a pornografía sin haberlo buscado. En 2011, se estimaba que el 23% de los niños y niñas europeos/as de entre 9 y 16 años había visto en alguna ocasión pornografía en Internet (36% en el tramo de edad de los 15 a los 16).

La serie de estudios que mejor ha estimado la prevalencia de la exposición involuntaria a pornografía online y su evolución es la elaborada por L. M. Jones et al. (2012) en EEUU. Estos autores realizaron tres series temporales (2000, 2005 y 2010) de un estudio donde evaluaban distintos aspectos de la exposición involuntaria. En cada serie tomaron 1500 chicos y chicas de entre 10 y 17 años. La conclusión a la que llegaron era que, si bien el porcentaje de niños/as y adolescentes que habían recibido solicitudes sexuales indeseadas se había reducido entre 2000 y 2010 del 19 al 9%, el porcentaje de exposición involuntaria a pornografía se

mantenía estable alrededor del 23% y aumentaba el acoso sexual online (del 6% al 11%). La franja de edad donde se producía la exposición involuntaria con mayor frecuencia era entre los 15 y los 17 años.

En España, los estudios indican que alrededor de un tercio de niños entre 10-17 años ha accedido a contenidos sexuales online (Acción contra la Pornografía Infantil, 2002; INTECO, 2009). En 2010, el 11% de niños entre 9-16 años dijo haber visto imágenes sexuales online en el último año (Garmendia et al., 2011) y un 61% de universitarios dijo haber comenzado a visitar webs pornográficas cuando tenían entre 11-18 años (Labay Matías et al., 2011). En el estudio de Ballester Arnal et al. (2011), el 27,3% de niños de 15 años decía haber tropezado con material sexual que llegaría a poder considerarse ilegal en Internet. González-Ortega y Orgaz-Baz (2013), encontraron que un 63% de chicos y un 30% de chicas presenciaron pornografía online durante su adolescencia. Con mayor probabilidad los chicos informaron de un consumo deliberado para buscar excitación sexual mientras que las chicas recordaron haber sido expuestas involuntariamente. De nuevo, un estudio de Ballester Arnal et al. (2014) encontró entre niños de 14 a 16 años que el 88,8% decían haber sido expuestos involuntariamente al menos en alguna ocasión a pornografía en Internet. Y más recientemente, el informe Net Children Go Mobile (Garmendia Larrañaga et al., 2016) hablaba de un 58% de menores entre 9 y 16 años, que decía haber visto imágenes sexuales (tanto online como offline), cifra que llama la atención dado que ante esta misma pregunta el porcentaje fue del 14% en 2010, lo que indica que podemos estar ante un fenómeno creciente.

A la hora de hablar de impacto de la exposición a la pornografía, es importante distinguir entre búsquedas voluntarias e intencionadas de pornografía y exposición involuntaria, ya que sus consecuencias para el desarrollo psicosexual de niños y ado-

lescentes tienen un impacto diferencial (Ballester Arnal et al., 2014; Flood, 2007). Para algunos autores (Boies et al., 2004), la exposición voluntaria únicamente suele suponer un perjuicio cuando su uso sobreviene abusivo.

Sin embargo, la exposición involuntaria sería la que supondría un impacto mayor a corto plazo, ya que suele provocar sensaciones de asco, disgusto, repulsión, vergüenza y shock (Aisbett, 2001). Por ello, los niños, las niñas y los/as adolescentes suelen reaccionar a la exposición tratando de eliminar el contenido de sus ordenadores (Mitchell et al., 2003). Por otro lado, según algunos autores (Owens et al., 2012), también puede potencialmente provocar consecuencias a más largo plazo con la aparición de ciertos síntomas (ansiedad, estado de ánimo decaído o revivencia del suceso) que suelen remitir pasado un periodo razonable de tiempo, y podría fomentar valores y creencias sexuales erróneas, actitudes sexuales excesivamente permisivas, preocupaciones sexuales, estilos sexuales más abiertos (promiscuidad sexual, edad de inicio en las relaciones sexuales excesivamente temprana, etc.), reacciones emocionales intensas (ansiedad, depresión, síntomas de TEPT) o un pobre autoconcepto.

En España, Ballester Arnal et al. (2014) hallaron que, de entre los niños de 14 a 16 años que habían sido expuestos involuntariamente a material sexual en Internet antes de haber buscado nunca material de manera voluntaria, un 50% cerró inmediatamente la ventana, un 47,2% eliminó inmediatamente dicho material y sólo un 2,8% avisó a un adulto. En cuanto a las reacciones emocionales, un 47,2% sintió sorpresa, un 30,6% confusión, un 22,2% asco y un 13,9% enfado y preocupación. A largo plazo, el 27,8% dijo tener dificultad para recordar los detalles, el 22,2% evitar cualquier cosa que les recordase a lo que habían visto, el 16,7% fantasear sexualmente con imágenes que les parecían poco

habituales y el 13,9% haberle cogido cierta aversión al sexo.

De cualquier forma, habida cuenta de la tendencia creciente a que menores cada vez más jóvenes se encuentren expuestos involuntariamente a pornografía en Internet, resulta urgente incrementar la investigación acerca del impacto de este fenómeno en la salud sexual y emocional de los niños y cuáles pueden ser los factores moduladores del efecto que puede producir en ellos.

Factores de riesgo y protección

La literatura científica sobre los factores de riesgo y de protección ante los efectos que la exposición involuntaria a pornografía en Internet puede tener sobre la salud sexual y emocional de niños, niñas y adolescentes es escasa. En nuestro país, tan solo unos pocos estudios hablan de factores que podrían ser moduladores de los efectos a corto plazo de la exposición involuntaria. Así, sabemos que las chicas suelen sentirse más molestas ante el visionado de este material que los chicos, y los de menor edad más molestos que los mayores (Garmendia Larrañaga et al., 2016). Por otro lado, una variable cuyo papel modulador resulta interesante es el hecho de que los niños o adolescentes hayan buscado anteriormente de manera voluntaria material sexual en Internet. Así Ballester-Arnal et al. (2014) encontraron entre menores de 14 a 16 años que los pre-expuestos voluntariamente a material sexual en Internet no sólo experimentaron menos síntomas a consecuencia de la exposición involuntaria, sino que además parecían extraer aspectos positivos de ésta. Concretamente un 8,8% de los no pre-expuestos consideraba que había sido una experiencia traumática, frente al 3,2% de los que ya habían realizado una búsqueda voluntaria de pornografía. Y sólo un 19,4% de los primeros consideraba que le había aportado algo positivo, frente al 58,7% de los

segundos. También Thornburgh and Lin (2002) encontraron que los adolescentes expuestos voluntariamente a pornografía (sobre todo los chicos) se veían menos afectados cuando involuntariamente se topaban con contenidos sexuales.

Poco o nada sabemos de las variables de personalidad que pueden modular los efectos de la exposición involuntaria a la pornografía. Pero no cabe duda de que el mayor papel protector que puede existir es una buena educación sexual previa, de manera que cuando el o la menor se encuentra con este tipo de materiales, sepa encajarlos en un marco o en un contexto de relaciones sexuales saludables y no sexistas, donde no quepan las imposiciones ni una imagen de la mujer reducida a un mero objeto al servicio del placer masculino.

Sexting/sextorsion/grooming

Descripción del problema

Los niños y adolescentes han crecido en una sociedad tecnológica por lo que a la socialización tradicional debemos añadir la “cibersocialización” (Pérez Bonet, 2010). Internet posibilita la creación de grupos y conectarse o dialogar con varias personas a la vez; estas personas pueden ser miembros del entorno cercano, pero también desconocidos con los que se contacta a través de distintas aplicaciones y que pasan a formar parte de lo que se conoce como “entorno social digital”.

Eu Kids Online (Garmendia et al., 2011) ya mostraba en el año 2010, a pesar de que la edad legal para tener perfiles en redes sociales es de 14 años, que el 40% de los menores españoles entre 9 y 13 años tenían alguno. Más recientemente, el informe Net Children Go Mobile (Garmendia et al., 2016), confirma que el 15% de niños de 9-10 años ya tiene algún perfil en las redes sociales, y aumenta con el 35% de los que tienen 11-12 años y el 53% de los

que tienen 13-14 años. A los 15-16 años, el porcentaje se dispara al 83%.

La relevancia de las redes sociales ha provocado que, en ocasiones, pertenecer o no pertenecer a una red social deje de ser una opción en los niños y adolescentes, para convertirse en una obligación, una necesidad para poder estar en contacto con los amigos, dado que gran parte de la vida social ya no sucede por completo en un escenario físico sino virtual (Gandasegui, 2011). Pero la participación en redes sociales puede poner a éstos en situaciones de vulnerabilidad tanto en la realidad virtual como en el espacio real dado que se comparten datos personales como imágenes, vídeos, intereses, etc., con una total despreocupación de lo que se haga con esa información (Bernete, 2009).

En este contexto, el término anglosajón “sexting” resulta de la combinación de “sex” (sexo) y “texting” (envío de mensajes de texto) y se utilizó por primera vez en 2005 en Reino Unido (Garner, 2011). Se define como la creación, difusión, recepción e intercambio de textos o imágenes de personas desnudas, casi desnudas o en posados con contenido erótico y sexual con la finalidad de despertar en la persona receptora atracción o deseo sexual (Martínez Otero, 2014). Este intercambio de material sexual suele llevarse a cabo a través de medios electrónicos, principalmente entre teléfonos móviles (Klettke et al., 2014).

El sexting consiste en un fenómeno caracterizado por una serie de particularidades que influyen en el daño potencial que recibe el o la protagonista (INTECO, 2011; Martínez Otero, 2014; Ringrose et al., 2012). La primera de las particularidades es (1) el carácter sexual y/o erótico de los contenidos. La segunda hace referencia (2) al origen del contenido erótico sexual, pudiendo ser de producción propia o ajena, así como, protagonizado por la persona que realiza el sext o por otras

personas. Este aspecto está intrínsecamente relacionado con la siguiente peculiaridad, que se refiere (3) a la posibilidad de identificar a los protagonistas del vídeo, fotografía o texto erótico sexual, aspecto clave por lo que respecta a las posibles consecuencias negativas del sexting. Otra característica es (4) la edad de las personas implicadas. El consumo de sexting parece ser mayor entre los jóvenes que entre los adolescentes (Klettke et al., 2014), si bien las consecuencias pueden ser más graves en los segundos. También (5) la voluntariedad es una peculiaridad relevante ya que se asume que son las propias personas, sean menores o adultas, las que producen ese contenido sexual en sus diversas manifestaciones de forma voluntaria siendo responsables del primer paso en su difusión. Sin embargo, esta voluntariedad inicial de las personas para practicar sexting se cuestiona con los hallazgos de diversos estudios que han podido identificar niveles de presión importantes para crear y difundir contenidos sexuales por parte de la pareja afectiva (Choi et al., 2016). Por lo cual, la práctica de sexting en las parejas de adolescentes, puede derivar en un conjunto de ciberagresiones, inicialmente a través de la presión para realizar sexting y posteriormente a través del chantaje y la manipulación de la pareja con los fines ilícitos que el ciberagresor/a quiera conseguir. En estrecha relación encontramos la particularidad referida al (6) consentimiento tanto en la producción de los contenidos, como en su difusión ya que de no ser así las implicaciones legales serían muy diferentes. Y también en relación con esto, está la última característica relacionada con (7) la naturaleza privada y casera, pues se presupone que cuando alguien escribe un texto, se saca una fotografía o produce un vídeo con contenido sexual, se hace de forma privada para enviársela a una persona o personas determinadas (Gil-Llario et al., 2019).

Epidemiología e impacto personal y social

Datos recientes extraídos de diferentes estudios, con un total de 110.380 participantes, adolescentes en su mayoría, pero también niños, revelan una prevalencia media para enviar y recibir sexts de 14,8% y 27,4% respectivamente, así como del 12% para el reenvío de sexts sin consentimiento (Madigan et al., 2018). Estas prevalencias tienden a aumentar con el tiempo y la edad encontrándonos con cifras más elevadas en investigaciones llevadas a cabo recientemente y en jóvenes mayores (Cooper et al., 2016; Gregg et al., 2018; Madigan et al., 2018).

Esta misma tendencia es observada en los datos disponibles en España. Inicialmente, un 4% de los menores entre 10 y 16 años admitía haberse hecho a sí mismos fotos o vídeos en postura sexy utilizando el teléfono móvil. Y un 8,1% declaraba haber recibido en su teléfono móvil imágenes o vídeos de personas conocidas en postura sexy (Pérez et al., 2010). Posteriormente, el estudio de Garmendia (2012) mostró una prevalencia del 9% en cuanto a la recepción de mensajes sexuales online en niños/as de 11 a 16 años. El informe Net Children Go Mobile (Garmendia et al., 2016) nos dice que un 31% de niños entre 9-16 años ha recibido mensajes sexuales, cifra bastante mayor que el 9% obtenido en el año 2010. Por lo que respecta a la adolescencia en 2018 la práctica de sexting se cifraba en un 13,3% (Iglesias-Campos et al., 2018), y en apenas dos años la cifra había ascendido al 24,4% (Gil-Llario, Morell-Mengual, Giménez-García et al., 2020). Es decir, una cuarta parte de los adolescentes españoles han practicado sexting en alguna ocasión realizando esta conducta con una media de 2,32 personas (Gil-Llario, Morell-Mengual, Giménez-García et al., 2020).

Se trata de un fenómeno que se inicia de forma temprana y cuya importancia va aumentando con la edad. Gámez-Guadix et al. (2017) encontraron

una prevalencia del 3,4% a los 12 años que llegaba al 36,1% a los 17 años. Por lo que se refiere al género, los estudios indican que los chicos son más propensos a participar en el sexting que las chicas (Strassberg et al., 2013). Ringrose et al. (2012) encontraron que los chicos desempeñan el rol activo en el proceso, pues solicitan, almacenan y distribuyen los sexts de las chicas y los utilizan como una mercancía o moneda para obtener algo a cambio. En cambio, las chicas suelen desempeñar el rol pasivo, produciendo los contenidos de sexting para el consumo masculino. Esta información va en la línea de los datos de prevalencia obtenidos en función del género tanto para el envío (18% chicos; 21,2% chicas) como recepción (58,5% chicos; 51,7% chicas) de sexts, mostrándose mayores porcentajes para el envío de sexts en las chicas y recepción en los chicos (Gil-Llario et al., 2018).

Respecto a las actitudes hacia el sexting, cabe mencionar que algunas actitudes positivas hacia el sexting, como por ejemplo considerarlo divertido (14%) y excitante (49%), aparecen sobre todo entre los chicos, mientras que tanto chicos como chicas lo consideran como una parte del propio flirteo (61%) (Gil-Llario et al., 2018; Rodríguez-Castro et al., 2017). No obstante, además de actitudes positivas, los adolescentes muestran actitudes negativas hacia esta práctica al reconocerla como peligrosa (67%) e inmoral (40%).

Por lo que se refiere al impacto del problema en las esferas personal y social, la práctica de sexting se asocia a otros problemas como el bullying o cyberbullying, el cyberstalking (ciberacoso) (Livingstone & Smith, 2014) y los fenómenos derivados de diferentes formas de sextorsión como son el grooming y la teen dating violence (Gil-Llario et al., 2019). En esta línea, estudios como los de Choi et al. (2016) señalan que son las chicas las más afectadas respecto a las consecuencias derivadas del comportamiento de sexting que van desde las

amenazas, el chantaje y la coerción, hasta la violencia sexual y digital. Veamos cada uno de estos aspectos.

El informe Net Children Go Mobile (Garmendia Larrañaga et al., 2016), denuncia que un 31% de los y las menores entre 9 y 16 años han sufrido *bullying* online u offline (en ocasiones como consecuencia del sexting), una cifra superior al 15% del año 2010.

El término *sextorsión*, por su parte, hace referencia a la extorsión para enviar contenidos sexuales o después de enviarlos, bajo la amenaza de difundir los sexts de la víctima u otra intimidación similar. Es una forma de explotación sexual que no se da exclusivamente en las parejas adolescentes (Ouytsel et al., 2017), y que además puede aparecer entrelazada con otros fenómenos como por ejemplo el grooming (Almanza et al., 2013).

El grooming se define como el proceso por lo que una persona adulta entabla una amistad con un o una menor de 16 años con la finalidad de conseguir un contacto sexual online (Webster et al., 2010) pudiéndose extender a un encuentro físico con dicho menor para cometer un abuso o agresión sexual. No hace falta explicar los múltiples peligros que pueden estar asociados al grooming, teniendo en cuenta, que algunos de estos adultos pueden tener fines de abuso sexual. Baste saber que un 11% de los menores, según el informe Net Children Go Mobile (Garmendia Larrañaga et al., 2016), han llegado a quedar en la vida real con personas a las que habían conocido a través de Internet.

Todos estos mecanismos de extorsión pueden ayudar a entender que se haya encontrado una relación entre la práctica del sexting y múltiples problemas de salud mental, incluyendo la ideación suicida (Frankel et al., 2018).

Factores de riesgo y protección

De entre las variables relacionadas con la práctica del sexting cabe destacar el género (Van Ouyt-

sel et al., 2014), la edad (Temple et al., 2014) y la orientación sexual (Morelli et al., 2016). Las variables de personalidad apenas han recibido atención más allá de la búsqueda de sensaciones, la impulsividad (Champion & Pedersen, 2015) o la autoestima (Ybarra & Mitchell, 2014). Delevi and Weisskirch (2013) señalaron que la extraversión, el neuroticismo y la baja satisfacción se relacionaban con el sexting.

Pero los estudios al respecto de los posibles factores de riesgo son todavía muy escasos y suelen analizar la influencia de una variable u otra, pero no conjuntamente con lo que no sabemos qué peso diferencial tiene cada una de ellas. Una excepción a esto es el artículo publicado en 2018 por Gámez-Guadix y de Santisteban (Gámez-Guadix & De Santisteban, 2018). En este trabajo, a partir de la literatura existente, los autores proponen un modelo teórico según el cual, la práctica del sexting actual podría ser explicada por la práctica previa del mismo, variables sociodemográficas (sexo, edad y orientación sexual), el perfil de personalidad y variables relacionadas con el desajuste psicológico. Además de la escasez de estudios sobre factores de riesgo y la inclusión de pocas variables en los mismos, los estudios existentes adolecen de algunos problemas. Uno de ellos es que no se realizan desde una perspectiva auténtica de género. La variable género solo aparece cuando se realizan comparaciones entre chicos y chicas, pero no se estudian los mecanismos que pueden explicar estas diferencias como podrían ser los mitos del amor romántico o la socialización del género. Por otra parte, cuando incluyen entre sus variables la orientación sexual, la estudian desde una visión categorial de la misma, lejos de las tendencias actuales, que puede explicar las evidencias contradictorias sobre el papel de esta variable. Además, la mayoría de estudios se limitan a un segmento de edad que comprende apenas cinco o seis años (12 a 17 años en los trabajos de

Gámez-Guadix & De Santisteban, 2018), con lo que se pierde la visión evolutiva de cómo va cambiando la conducta de sexting a lo largo del ciclo vital, qué sucede al final de la adolescencia, los diferentes factores asociados y el diferente impacto que puede tener en la sexualidad a distintas edades. Otra cuestión importante que no se ha analizado suficientemente son las variables culturales. Recientemente Gil-Llario, Morell-Mengual, Jiménez-Martínez et al. (2020) han realizado un estudio comparativo entre los adolescentes colombianos y los españoles encontrando que la variable género afecta de forma diferencial en distintas culturas, así el sexting es más frecuente entre los adolescentes colombianos varones que entre las chicas, mientras que no hay diferencias de género entre los adolescentes españoles. Además, la prevalencia es mayor entre los adolescentes colombianos que entre los españoles.

La enorme facilidad con que niños y adolescentes pueden difundir material muy íntimo y la escasa comprensión del alcance del mismo, consecuencia de la impulsividad propia en esas edades, así como el carácter irreversible del daño infligido es lo que está alertando tanto a las autoridades como a padres y educadores. Desde el ámbito penal se precisan nuevas leyes para los nuevos delitos y desde la educación se hace imprescindible un abordaje multidisciplinar que les aporte, lo más tempranamente posible las estrategias de autoprotección (y concienciación) que necesitan (Gil-Llario & Ballesster-Arnal, 2016).

Comportamientos sexuales de riesgo: ITS/SIDA y embarazos no deseados

Descripción del problema

El embarazo no deseado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o

suspender los procesos formativos para la vida y para el trabajo productivo. Numerosos investigadores (Trillo et al., 2015) señalan que los embarazos en adolescentes son la consecuencia de una escasa e insuficiente educación sexual. Esta educación incompleta e inadecuada, a veces no solo tiene como consecuencia un embarazo no deseado, sino también enfermedades de transmisión sexual, como la infección por VIH, lo cual puede tener consecuencias imponderables para sus expectativas y vida futura. Las repercusiones personales, sociales, culturales y sanitarias del VIH-Sida han superado lo imaginado. Los avances médicos acontecidos desde el inicio de la epidemia del sida hasta la actualidad, lo han convertido en un problema de salud crónico. No obstante, la prevención sigue siendo el recurso más eficaz para hacer frente a esta epidemia y el individuo juega un papel especialmente protagonista en esta tarea. La investigación, en las últimas décadas se ha dirigido a identificar qué factores influyen en la adopción de comportamientos de riesgo y cómo podemos diseñar intervenciones eficaces para la prevención como objetivos prioritarios. Proporcionar a los jóvenes las estrategias necesarias para evitar aquellos comportamientos que supongan una mayor vulnerabilidad tanto a los embarazos no deseados como a las ITS, y más en concreto a la infección por VIH, centra la investigación actual.

Epidemiología e impacto personal y social

Por lo que respecta a los embarazos no deseados durante la adolescencia, según el Instituto Nacional de Estadística datos actualizados a 25 de septiembre de 2020, en 2018 3074 adolescentes menores de 19 años tuvieron un hijo en España. Por franjas de edad, 1361 chicas tenían 19 años; 820 tenían 18 años; 477 chicas tenían 17; 279 tenían 16, y 137 tenían 15 o menos. La tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años

fue del 8,96 por cada mil mujeres en 2018 según cifras ofrecidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (consultado en marzo de 2021 en www.epdata.es).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de todo el mundo (Patton et al., 2009). Y los bebés de las que deciden seguir adelante con el embarazo tienen un riesgo considerablemente superior de morir que los que tienen las jóvenes mayores de 20.

La OMS (2019) constata que el embarazo en la adolescencia continúa siendo uno de los factores principales que contribuye a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedades y pobreza. Esta entidad remarca que cada día se producen más de un millón de infecciones de transmisión sexual (ITS). Aunque las más prevalentes parecen ser la clamidia o la sífilis, 500 millones de personas estarían afectadas por el Virus del Papiloma Humano. Estas cifras lamentablemente siguen en aumento según los sistemas de vigilancia epidemiológica de países como los Estados Unidos de Norteamérica (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). En el caso particular de la infección por el VIH, se estima que la cifra alcanza los 36.9 millones de personas a nivel mundial, y si bien en algunas regiones se ha mantenido o descendido, en otras como en Europa Oriental parece aumentar (ONUSIDA, 2018). En este panorama que, arroja una cifra anual de 1,8 millones de personas infectadas en todo el mundo, la vía de transmisión sexual supone la más representativa a nivel global, concentrando un 95% de las nuevas infecciones en gran parte de las regiones. En este sentido, las conductas sexuales de riesgo serían un claro modulador de la incidencia de las nuevas infecciones, pero también de los embarazos no deseados (END) que, a nivel mundial, afectan a 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años.

Por lo que se refiere al impacto del problema en las esferas personal y social, desde la descripción de los primeros casos a principios de la década de los ochenta, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI. A pesar de los avances terapéuticos, que han modificado la evolución de la enfermedad en los países más desarrollados hasta convertirla en una «infección crónica manejable», la epidemia sigue avanzando a nivel mundial. El VIH/Sida tiene un importante impacto en términos económicos y humanos que influye negativamente incluso en la productividad, seguridad, educación, atención de la salud, administración pública, cohesión social y estabilidad política. En algunas áreas geográficas, el VIH ha reducido la expectativa de vida en más de 20 años, perjudicando el desarrollo y profundizando la pobreza de muchos países. Aunque el VIH se ha revelado como una entidad biológica sensible a las intervenciones médicas, la epidemia ha continuado su expansión, en gran parte debido a que no se han resuelto las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad relacionados con el virus. Globalmente, la infección por el VIH/Sida constituye en la actualidad una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

El impacto personal y familiar de los embarazos no deseados en la adolescencia es elevado teniendo repercusiones en el ámbito académico y profesional además de las consecuencias físicas por el riesgo que supone para la salud gestar en edades tempranas.

Factores de riesgo y protección

Uno de los principales factores de riesgo por lo que se refiere tanto a las infecciones de transmisión sexual como a los embarazos no deseados es la desinformación (Brito et al., 2014; Gil et al., 2012; Villegas-Castaño & Tamayo-Acevedo, 2016),

seguida de la percepción de riesgo, ya que cuando existe una menor percepción de riesgo ante la infección por VIH disminuye el uso de métodos preventivos como el preservativo (Berbesi Fernández et al., 2017). Al mismo tiempo, la percepción de riesgo de otras consecuencias como los embarazos no deseados, podrían minimizar el impacto de la percepción de gravedad asociada a la infección por VIH, dificultando el uso de medidas preventivas de mayor alcance, como el preservativo, en favor de otros métodos exclusivamente anticonceptivos, pero no protectores ante infecciones de transmisión sexual (Ballester Arnal et al., 2009; van Schroyen Lantman-de Valk et al., 2011). A la baja percepción de riesgo se unen las reticencias que muchos/as adolescentes y jóvenes muestran frente a las medidas preventivas. Por ejemplo, en la medida en que el preservativo o la barrera de látex se perciben como algo aversivo o costoso, disminuye la probabilidad de su uso (Sriprasert et al., 2015).

La literatura ha mostrado la importancia de una serie de factores de riesgo para las conductas analizadas, el VIH y otras ITS y embarazos no deseados. Uno de estos factores es la búsqueda de sensaciones sexuales y/o la compulsividad sexual (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, Salmerón-Sánchez, et al., 2015; Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, et al., 2017; Gil-Llario et al., 2016; Kalichman & Rompa, 2001; Laier et al., 2015).

Otros factores de carácter individual son el bajo autocontrol y la impulsividad (Antons & Brand, 2018), junto con el neuroticismo o psicoticismo (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, Salmerón-Sánchez et al., 2015; Ballester Arnal et al., 2010; Bello-Villanueva et al., 2015; Ruiz-Palomino et al., 2017).

Además de estas características de personalidad, trastornos psicológicos como la ansiedad y/o la depresión (Ballester Arnal et al., 2010a; Paxton & Ro-

binson, 2008; Stidham et al., 2015) y el consumo de alcohol u otro tipo de drogas (Hand et al., 2015; Scott-Sheldon et al., 2016) pueden ser también factores que incrementen la probabilidad de comportamientos sexuales de riesgo.

Por último, existen factores contextuales que, en interacción con las características individuales, modulan la salud sexual (Gil-Llario, 2013). Entre los fenómenos más recientes destaca la aparición de las nuevas tecnologías que han incrementado las posibilidades de realizar conductas que aumentan los riesgos (Griffiths, 2012). En nuestro país un índice que permite identificar de forma conjunta algunos de estos factores es el HIV-Risk Index elaborado por Ballester-Arnal et al. (2016).

Por su parte, la literatura ha señalado algunos factores de protección, como la capacidad para regular las emociones y posponer los refuerzos (Laier et al., 2015), la asertividad (Atteraya et al., 2014; Voisin et al., 2013) y la autoeficacia (Ballester et al., 2013). La educación sexual temprana y coherente es la mejor prevención, debido a la escasa información que tienen los adolescentes sobre el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Es esencial contribuir a la eliminación de mitos y estereotipos en cuanto a lo que deben o no hacer. Por ejemplo, los estereotipos machistas basados en la “protección” de las menores las hacen en realidad más vulnerables al enfatizar el afán de vigilarlas y sancionarlas cuando transgreden las prohibiciones. Así pues, las restricciones de género pueden tener graves consecuencias sobre todo en las niñas en cuanto a que les lleva a padecer más abandono escolar, casarse siendo niñas, embarazos tempranos, infectarse por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, según queda patente en los resultados obtenidos en un estudio realizado en 15 países por la Organización Mundial de la Salud y la Universidad Norteamericana John Hopkins (Global Early Adolescent Study: Mmari et al., 2018). En

este sentido, los programas deberían tener una perspectiva de género y estar sustentados en la evidencia empírica (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, & Kalichman, 2015; Ballester-Arnal, Gil-Llario, Ruiz-Palomino, et al., 2017; Gil-Llario et al., 2014).

Disfunciones sexuales

Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la salud sexual como un continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural asociado con la sexualidad enfatizando el valor de abordar la salud sexual no solo en términos de “ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad”, sino también en términos de placer y funcionamiento positivo. Si bien existe un importante corpus de trabajos que aborda la compleja interrelación de los diferentes dominios de la salud sexual, incluidos los aspectos del bienestar sexual en la población adulta, la investigación sobre estos temas entre los y las jóvenes sigue siendo escasa (Moreau et al., 2016). La adolescencia es una etapa de continua adaptación fisiológica, psicológica y social. En España, los y las jóvenes suelen tener sus primeras experiencias sexuales alrededor de los 15 años. La investigación sobre salud sexual en los jóvenes ha tomado tradicionalmente una perspectiva de reducción de riesgos, concentrándose principalmente en las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, el embarazo no deseado y la coerción sexual, como ya hemos explicado anteriormente. Sin embargo, cada vez se reconoce más que la salud sexual de los jóvenes implica una gama más amplia de respuestas físicas, emocionales y psicosociales (Tolman & McClelland, 2011; Wellings & Mitchell, 2012).

El término disfunción sexual engloba todas aquellas alteraciones que se producen en cualquiera de

las fases de la respuesta sexual de una persona (Ballester y Gil, 1995). Dichas alteraciones se muestran de manera recurrente y persistente y no son explicables a partir de los efectos del consumo de sustancias o por anomalías fisiológicas. Los estudios cualitativos revelan que los adolescentes a menudo experimentan poco deseo, anorgasmia y están preocupados por el «rendimiento» (Pollack & Shuster, 2000; Thompson, 1996) pero proporcionan poca información sobre cuán comunes o angustiantes pueden ser estos problemas (O’Sullivan et al., 2016). Si bien las disfunciones sexuales surgen temprano en las trayectorias sexuales de los adultos que presentan estos problemas (Shifren et al., 2008), se sabe poco sobre las disfunciones sexuales y sus consecuencias en la salud sexual de los jóvenes (Ahern & Kiehl, 2006; McCabe et al., 2016).

En el caso de los adolescentes y jóvenes varones la disfunción eréctil y la eyaculación precoz son las alteraciones más frecuentes (Porst et al., 2007), impactando en la calidad de vida y autoestima de aquellos que la sufren y aún más en adolescentes que están iniciando sus relaciones sexuales. La frecuencia en población general varía, pero en jóvenes la eyaculación precoz presenta mayor prevalencia que en otros grupos etarios (Mialon et al., 2012). Los problemas de disfunción sexual, en particular la eyaculación precoz, a pesar de ser comunes, se encuentran infradiagnosticados e infratratados en atención primaria (Martín-García et al., 2013).

En el caso de las mujeres, las adolescentes que presentan deformidades visibles (genitales anormales, amputaciones, etc.) suelen mostrar problemas en la vivencia de su sexualidad (Clayton, Hamilton, 2009). Las enfermedades crónicas también pueden provocar disfunciones sexuales (Greydanus & Matytsina, 2010; Omar et al., 2008). Y en general, tanto entre hombres como entre mujeres, quienes toman antipsicóticos y/o antidepresivos

tienen un mayor riesgo de experimentar disfunciones sexuales (Clayton & Hamilton, 2009; Greydanus et al., 2002; Hickey et al., 2009).

Epidemiología e impacto personal y social

Los pocos estudios realizados entre los y las jóvenes revelan altos niveles de disfunción sexual, incluido el dolor, la falta de deseo y el fracaso de la respuesta genital (O'Sullivan et al., 2014). En este estudio en el que se evaluó a 411 jóvenes canadienses de 16 a 21 años se encontró que la mitad de los participantes indicaban al menos una queja en relación con su funcionamiento sexual. Si bien las disfunciones sexuales eran frecuentes, la angustia relacionada con tales disfunciones lo era menos pues solo la mitad de las personas con quejas sexuales sufrían angustia relacionada con la sexualidad clínicamente.

La identificación de la frecuencia de la disfunción sexual puede ser difícil y su epidemiología se complica por la vergüenza de las mujeres adolescentes a revelar tales preocupaciones, además del fracaso de los médicos para buscar dicha información (Clayton y Hamilton, 2009). Los estudios de disfunción sexual en mujeres no suelen iniciarse antes de los 18 años, no prestándose atención a la salud sexual de las mujeres menores de esta edad. La investigación tradicional en la mujer adolescente se centra en el embarazo o en las ITS, pero no en lo que es la sexualidad saludable en adolescentes o si existe algún tipo de disfunción sexual (Greydanus & Matytsina, 2010). Sin embargo, los estudios epidemiológicos sugieren que el 40% de las mujeres tienen algún tipo de disfunción sexual y que hasta el 25% indican que les acaba suponiendo una elevada fuente de estrés (Palacios et al., 2009).

Las pocas investigaciones que abordan el estudio de las disfunciones sexuales en los adolescentes suelen centrarse en el dolor durante las relaciones sexuales, la disfunción eréctil o la eyaculación pre-

coz (O'Sullivan et al., 2016). El estudio de O'Sullivan and Majerovich (2008) es una excepción al recoger problemas en el funcionamiento sexual en 171 adolescentes de entre 17 y 21 años. Sus resultados muestran que, en general, el 97% y el 98% de los adolescentes varones y mujeres habían experimentado algún problema. Los más comunes entre los hombres (que informaron «a veces» o «siempre») fueron eyaculación precoz (41,9%), ansiedad por el rendimiento (32,6%), dificultad para mantener la erección (23,1%) e incapacidad para llegar al clímax (16,3%). Para las mujeres, la incapacidad para llegar al clímax (53,1%), la ansiedad por el rendimiento (31,2%), las relaciones sexuales dolorosas (25,8%) y el bajo deseo (22,9%) fueron más comunes. Las tasas fueron comparables a una muestra de adultos jóvenes (22-28 años), lo que sugiere que los problemas de los adolescentes pueden persistir hasta la edad adulta. Otra excepción fue un estudio que evaluó problemas entre una muestra de 1.582 mujeres canadienses (15-44 años) (Fisher et al., 2004). Las tasas del rango de edad de entre 18 y 24 años fueron bastante altas: bajo deseo sexual (33%), anorgasmia (31%) y dolor durante las relaciones sexuales (22%).

En nuestro país Ballester y Gil (1995) en un estudio pionero en nuestro país encontraron que entre los adolescentes varones de 14-15 años el problema más frecuente era la eyaculación precoz, afectando al 15-25% de los sujetos, y se mantiene como principal problema hasta los 24 años. Entre las chicas, de 14-15 años el problema más frecuente era el bajo deseo sexual (9,8%); a los 16 años la anorgasmia (13,2%) y entre los 17 y 18 años el dolor en el coito (20%). Esta literatura emergente sugiere que las tasas de problemas entre los adolescentes son altas, posiblemente comparables a las tasas de adultos, y asociadas en muchos casos con angustia (O'Sullivan et al., 2016).

Por lo que se refiere al impacto del problema, las disfunciones sexuales muestran una correlación

elevada y negativa con la satisfacción sexual, lo cual destaca la importante contribución de la función sexual al bienestar emocional de los jóvenes (Moreau et al., 2016). En ese sentido, la investigación en general señala que la actividad sexual es importante para los adolescentes y contribuye a los sentimientos de felicidad o alegría de vivir.

En un estudio sobre la sexualidad adolescente en mujeres con disfunciones sexuales llevado a cabo por Covington et al. (2008) se constata que los trastornos de la salud sexual en mujeres adolescentes tienen un impacto importante en la sexualidad, la imagen corporal, la autoestima y la relación sexual, llegando a interrumpir significativamente el funcionamiento sexual y de las relaciones (O'Sullivan & Majerovich, 2008). La disfunción sexual que se desarrolla en la adolescencia puede continuar hasta la edad adulta (Greydanus & Matytsina, 2010) por lo que se necesita más investigación para identificar posibles vínculos entre el desarrollo de la disfunción sexual en la juventud y los problemas de disfunción sexual en curso o que empeoran en la edad adulta.

Factores de riesgo y protección

El sexo puede considerarse un factor de riesgo para los problemas en el funcionamiento sexual debido a la socialización tradicional que posiciona a los hombres como iniciadores y perseguidores de las interacciones sexuales con las mujeres, enfatizando el rendimiento en las interacciones sexuales y el alto interés sexual. Por el contrario, se espera que las mujeres sean pasivas y conformes sexualmente y sin interés sexual de manera que un mayor respaldo de estos estándares restrictivos predice una mayor probabilidad de problemas sexuales (O'Sullivan et al., 2016). Otros factores que se han visto asociados son la autoestima, encontrándose asociada con el disfrute sexual entre las mujeres (Galinsky & Sonenstein, 2011) y la asertivi-

dad entendida como la comunicación abierta acerca de las expectativas de placer sobre la actividad sexual en pareja (Ragsdale et al., 2014). La religiosidad y la calidad de la educación sexual también están asociadas con la disfunción, de manera que los que informan una mayor religiosidad y los que tienen menos conocimientos tienden a informar más problemas sexuales (Kuriansky, 2009).

Los adolescentes a menudo asumen una serie de conceptos erróneos sobre la salud sexual. Los mensajes prohibitivos que se enseñan con frecuencia en los programas religiosos, incluidos los programas de abstinencia comunes en los Estados Unidos y el Reino Unido, refuerzan las opiniones de que el comportamiento sexual adolescente es problemático por naturaleza (O'Sullivan et al., 2016). En nuestro contexto, las actitudes erotofóbicas (Cabello, 2010) y la falta de información se han identificado como factores de riesgo para la aparición de disfunciones sexuales (Díaz et al., 2014; Verdugo et al., 2002).

Uso de las apps de contactos

Descripción del problema

En el contexto antes mencionado de la gran extensión de las tecnologías de la información y la comunicación y su influencia en la socialización de nuestros adolescentes, el surgimiento de las aplicaciones de contactos con geolocalización para smartphones como Tinder, Grindr o Badoo, ha significado un cambio drástico en la forma en que las personas se relacionan sexualmente y buscan parejas sexuales (Tsai et al., 2019). En estas aplicaciones los usuarios pueden crear un perfil personal y comenzar a interactuar entre ellos. Aunque inicialmente fueron utilizadas por hombres que tienen sexo con hombres han acabado extendiéndose al conjunto de la población, incluso a los adolescen-

tes (Van Ouytsel et al., 2016). Hasta junio del 2016, los y las adolescentes entre 13 y 17 años podían crear cuentas en algunas de estas aplicaciones. Concretamente, el 7% de los usuarios de la aplicación Tinder era menor de 18 años (Ediziones, 2016). Aunque actualmente estas aplicaciones están prohibidas en menores, muchos adolescentes mienten en relación con su edad, por lo que todavía existe un número indeterminado de usuarios activos. También existen plataformas, como por ejemplo SpotaFriend, dirigidas específicamente a adolescentes de entre 13 y 19 años con el objetivo de que conozcan a gente de su edad con la que compartir intereses.

Esta facilidad con que pueden establecer contactos con personas desconocidas incrementa el riesgo de experimentar algunos de los fenómenos asociados a las nuevas tecnologías que hemos comentado anteriormente tales como el grooming cuando se trata de adultos quienes contactan con ellos, y, en general, la disminución de oportunidades para el desarrollo de habilidades saludables de flirteo, así como la facilitación del intercambio sexual de forma rápida sin la afectividad que proporciona una relación iniciada progresivamente de forma off-line.

Epidemiología y factores de riesgo y protección

Hasta el momento no se dispone de información sobre la prevalencia de uso de apps de citas o de contactos por parte de la población adolescente española, ni mucho menos sobre los factores de riesgo y de protección ante los posibles efectos de estas aplicaciones. Esta falta de información se deriva, en primer lugar, de la novedad del fenómeno. Los pocos estudios que hay al respecto se refieren a población ya joven y muy especialmente a colectivos LGTB y más concretamente de hombres que tienen sexo con otros hombres, en los que prolifera-

raron estas aplicaciones antes de que se hicieran populares entre la población general (Ballester-Arnal, 2019).

En los años 80 los hombres que tenían sexo con otros hombres contactaban con sus parejas en sitios físicos como saunas o áreas de cruising y la única forma de contacto virtual eran los anuncios en la prensa. La aparición de internet cambió la forma de acceder a parejas sexuales y en los años 2000 se desarrollaron páginas web como *chueca.com* o *bakala.org* para quienes querían buscar parejas sexuales a través de internet. Los chats eran una forma inicial de contacto anónima que continuaba posteriormente a través de mensajería instantánea (Windows live Messenger). Pero en 2019 se lanzaron varias aplicaciones de geolocalización dirigidas a hombres homosexuales y bisexuales que permiten a los usuarios usar sus smartphones para buscar hombres cercanos y establecer contacto real con ellos. Hoy, no solo han proliferado apps para este colectivo (Grindr, Wapo, Roeo, Hornet, Scruff, Bakala, Gaydar, Adanel, Daddyhunt...), sino que estas apps se han extendido a toda la población, no siendo extraño que un adolescente utilice una aplicación como Tinder para conocer posibles parejas sentimentales y/o sexuales (Ballester-Arnal, 2019).

En segundo lugar, la escasez de información y estudios científicos rigurosos la debemos a cuestiones legales ya que en teoría el uso de estas aplicaciones está prohibido a los menores de edad, lo que no impide que algunos adolescentes mientan cuando aportan sus datos para poder afiliarse a ellas.

Impacto del problema en las esferas personal y social

El papel que desempeña esta tecnología en la salud sexual de los adolescentes y adultos jóvenes sigue siendo difícil de evaluar. Aunque estas apli-

caciones pueden contribuir al aumento en la incidencia del VIH u otras ITS, las investigaciones que vinculan el uso de aplicaciones con la conducta sexual de riesgo han sido contradictorias en función de la muestra analizada. No obstante, en general, diversos estudios realizados con adolescentes y adultos jóvenes indican que los usuarios que buscan parejas online a través de estas aplicaciones refieren tasas más altas de uso inconsistente de preservativo que aquellos que conocen a sus parejas de forma presencial (Gravningen et al., 2016; Ybarra & Mitchell, 2016). Además, el tiempo que los usuarios de la aplicación emplean para hablar antes de quedar y mantener una relación sexual con una persona también se relaciona con la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Los usuarios que hablan menos antes de conocerse en persona tienen más comportamientos sexuales de riesgo que aquellos que pasan más tiempo hablando antes de verse físicamente (Hahn et al., 2018). El uso de estas aplicaciones también se relaciona con un mayor número de parejas sexuales y un mayor repertorio de conductas sexuales (Shapiro et al., 2017; Whiteley et al., 2012). Un estudio reciente de Choi et al. (2018) determina que los usuarios de estas aplicaciones de citas tienen mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales o sucumbir ante las presiones de la pareja para realizar conductas sexuales no deseadas. Sin embargo, faltan estudios rigurosos en población adolescente respecto a cómo la diseminación de estas aplicaciones en este segmento de edad puede tener algún impacto sobre su salud sexual y mental.

Consumo abusivo de cibersexo

Descripción del problema

En los últimos años han sido identificadas nuevas formas de adicción que han atraído la atención de

los especialistas y que pueden tener su origen en la adolescencia. Una de ellas es la adicción al sexo (Carnes, 1983) y más concretamente la adicción al cibersexo que se ha visto facilitada entre otros factores por la generalización del uso del ordenador en nuestro contexto por parte de la población general, como ya se ha comentado en otros apartados. Podemos definir fácilmente el cibersexo como el uso de Internet con fines sexuales, incluyendo actividades como la búsqueda de imágenes y vídeos para excitarse y/o masturbarse, el uso de chats sexuales, aplicaciones para tener sexo virtual como *Second Life*, contacto con agencias de prostitución, etc.

Sabemos que el sexo constituye uno de los temas más frecuentemente buscados en Internet (Jansen & Spink, 2006) y gran parte de la investigación en torno a la adicción al sexo se dirige al ámbito del cibersexo (Griffin-Shelley, 2003). El término “adicción al sexo” ha sido aceptado sólo en los últimos años desde una perspectiva psicopatológica. Actualmente, la mayoría de autores están de acuerdo en que la adicción al sexo y más concretamente al cibersexo puede ser considerada como un tipo de dependencia que además, presenta muchas similitudes con la dependencia a las drogas (Griffiths, 2000; Plant & Plant, 2003). Sin embargo, el concepto y entidad psicopatológica de la adicción al cibersexo todavía no se encuentran bien delimitados (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, J., Gil-Llario et al., 2020). En general, la adicción al cibersexo puede ser entendida como un tipo más de adicción, encontrándose entre las denominadas “adicciones psicológicas o comportamentales” para distinguir las de las “adicciones químicas”. La cuestión que se plantea entonces es si la adicción al cibersexo constituye un subtipo de adicción al sexo o del trastorno por hipersexualidad, que también ha recibido nombres como el de hiperfilia, trastorno sexual compulsivo o comportamiento sexual

impulsivo-compulsivo (Kaplan & Krueger, 2010); o si es más bien un subtipo de la adicción a Internet (Young, 1998).

El comité encargado de la revisión de los trastornos sexuales para la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5) estuvo considerando incluir un nuevo trastorno –trastorno por hipersexualidad- cuya principal manifestación era la adicción al cibersexo (Kafka, 2010). Este esfuerzo representa la mejor prueba de que este cuadro clínico representa hoy día un problema clínico de primera línea. Sin embargo, la oposición al reconocimiento de nuevos trastornos prevaleció sobre la evidencia empírica que sustentaba su inclusión y finalmente no fue incluido en el DSM-5 (Reid & Kafka, 2014).

En general, podemos decir que existen dos perspectivas desde las cuales ha sido considerado el sexo en Internet: la perspectiva adaptativa y la perspectiva patológica. Ambas parecen ser argumentables. Sin embargo, parece existir una línea que si se traspasa convierte la adaptación y experimentación en patología. Según Schneider (1994) y Philaretou et al. (2005), el concepto de adicción posee tres componentes básicos: compulsividad (definida como pérdida de la capacidad de elegir libremente si se detiene o se continúa una conducta), mantenimiento de la conducta a pesar de sus consecuencias adversas (tales como pérdida de la salud, trabajo, pareja o libertad) y obsesión con la actividad. Cuando se dan estos aspectos, junto con una alta frecuencia de uso de Internet con fines sexuales y otros aspectos como la falta de control, la interferencia con la vida del individuo, la tolerancia (cada vez se necesita más cantidad de conducta o grado de riesgo en las mismas para conseguir el mismo placer) o incluso síndrome de abstinencia (cuando no lo hacen padecen dolores de cabeza, estomacales, reacciones emocionales negativas, confusión, problemas para

concentrarse...) podemos hablar de un alto riesgo de que se padezca adicción al cibersexo (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario et al., 2020).

Dependiendo de aspectos como la frecuencia de uso, el tiempo invertido y las consecuencias experimentadas, se pueden establecer tres perfiles o niveles de gravedad en el consumo de cibersexo (Cooper, Putnam, et al., 1999). Por un lado, tendríamos un perfil de consumo recreativo que comprendería a aquellas personas que recurren al cibersexo como medio para satisfacer su deseo sexual sin que ello reporte interferencia alguna con su vida (Daneback et al., 2013). En un punto intermedio estarían los usuarios de riesgo, personas que invierten gran cantidad de tiempo en la práctica del cibersexo pero que conservan cierto control sobre su propia conducta. Finalmente, estarían los adictos al cibersexo, que serían los que presentarían el cuadro clínico completo ya descrito. Resulta complicado hacer una estimación de las dimensiones del problema, por el elevado subregistro que existe en la actualidad.

Las cifras de consumo que conocemos a nivel global sugieren que la búsqueda y consumo de pornografía es una de las actividades más frecuentes en Internet: En 2010 la empresa de análisis Optenet realizando un estudio sobre 4 millones de URL encontró que el 37% de los contenidos en la red eran material pornográfico (Optenet, 2010) y la tendencia va en aumento.

Epidemiología e impacto personal y social

En cuanto al consumo voluntario de pornografía en Internet, Wolak et al. (2007) realizaron un estudio entre chicos y chicas estadounidenses de 10-17 años. En chicos, apenas un 1% de los niños de entre 10-11 años había buscado pornografía en Internet. Sin embargo, este porcentaje aumentó hasta el 11% entre los 12-13, el 26% entre los 14-15 y el 40% en la franja de edad de 16-17. En chicas, el

consumo de pornografía era prácticamente inexistente hasta los 16-17 años, franja en la que el 8% dijo haber buscado pornografía online. Porcentajes similares (39.5% y 14.4% de chicos y chicas respectivamente) obtienen Bleakley et al. (2011) en una investigación con adolescentes estadounidenses de entre 13 y 18 años.

Los estudios realizados en Europa documentan una prevalencia similar a la obtenida en EEUU. En los estudios de Daneback et al. (2005) y Shaughnessy et al. (2011) el porcentaje que reconoció participar en chats sexuales osciló entre el 9,430% en hombres y el 14,9-34% en mujeres. Más recientemente, en una investigación realizada con 2092 adolescentes holandeses de 12 a 17 años, Peter and Valkenburg (2006) encontraron que el 25% había buscado porno en Internet en alguna ocasión. Por sexos, la prevalencia fue superior en chicos (el 35% frente al 14%).

En lo referente al consumo patológico, algunas investigaciones ponen de relieve que un número significativo de usuarios de Internet pueden estar padeciendo esta patología. En el estudio de Albright (2008) con 15246 usuarios, aproximadamente el 8% cumplía criterios de adicción al cibersexo. Los datos que tenemos sobre Italia parecen apuntar una prevalencia de “adictos” al cibersexo de entre el 6 y el 10% de los adultos que navegan por Internet (Cavaglion & Rashty, 2010). Un trabajo realizado en Suecia (Ross et al., 2012) eleva la prevalencia de uso problemático hasta el 13%.

En nuestro país, los primeros estudios fueron los desarrollados por Ballester Arnal (2010) y Salmeron et al. (2009) en los que se evidenció que un 80% de adolescentes varones de 17 años han buscado material sexual en Internet y entre los estudiantes universitarios varones, un 21% han participado en chats sexuales, un 45% se han masturbado viendo imágenes sexuales en Internet y un 8,5% consideran que podrían tener problemas de adicción en

este sentido. En otro estudio realizado en 2010, Ballester Arnal et al. (2010), evaluando a alrededor de 1300 jóvenes de entre 18 y 26 años y a unos 400 escolares de entre 13 y 17 años, encontraron que alrededor del 10% de los jóvenes españoles de entre 18 y 26 años, podría estar en riesgo de padecer o ya padece una adicción al cibersexo.

Es importante hacer notar que las diferencias de género que se ha comentado anteriormente también se observan en nuestro país. Así, Ballester-Arnal y Gil-Llario (2016) encontraron que aproximadamente el 27,9% de los jóvenes entre 13 y 17 años había buscado pornografía en un buscador de Internet, con una prevalencia 7 veces mayor en el caso de los chicos (49,2% frente al 6,7% en las chicas).

En cuanto al impacto del problema en las esferas personal y social, no existen demasiados datos que evidencien los efectos del consumo recreativo (no patológico) a la pornografía sobre la salud sexual de los jóvenes y adultos que ya cuenten con una cierta educación o experiencia sexual (Velezmoro et al., 2012). En el caso de niños y en adolescentes que carecen de esta formación, podría: 1) fomentar una visión distorsionada sobre el sexo y la sexualidad; 2) fomentar un debut sexual más temprano y con mayor número de parejas; 3) modelar actitudes sexistas; 4) propiciar un empeoramiento en el autoconcepto y la autoimagen; y 5) desembocar en un cuadro clínico de adicción a la pornografía. Al respecto de esta última posibilidad, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García et al. (2017) mostraron cómo un 37,7% de hombres jóvenes españoles presentaban un perfil de riesgo para la adicción al cibersexo, siendo en el caso de las mujeres del 20% y la mayor parte de ellos habían iniciado el consumo en la adolescencia o incluso en la infancia. Por otro lado, como se ha dicho, la adicción al cibersexo puede constituir solo una de las consecuencias de un abuso del mismo a medio o

largo plazo, con múltiples implicaciones a su vez que afecta a muy distintos ámbitos de la persona que la padece.

Hasta el momento se desconoce si el abuso de la pornografía puede tener un papel importante en otros problemas como la generación de disfunciones sexuales, de complejos sexuales o baja autoestima sexual o el desarrollo de parafilias. El impacto real de la exposición involuntaria y voluntaria a la pornografía en el desarrollo psicológico y sexual de niños y adolescentes aún no está suficientemente explorado, aunque desde algunas instancias comienzan a surgir dudas de si podrían estar asociados a fenómenos graves como el incremento del 40% observado en el 2019 en nuestro país de las agresiones sexuales perpetradas por menores. Por lo tanto, la investigación acerca de estos fenómenos en estas edades y su posible impacto en la salud mental y sexual de adolescentes y jóvenes puede constituir un ejercicio de responsabilidad social necesario para desarrollar políticas preventivas al respecto.

Factores de riesgo y protección

Una línea de investigación existente en estos momentos es la que tiene que ver con los aspectos que pueden resultar factores predisponentes de la adicción al cibersexo. Por un lado, parecen encontrarse las propias características del cibersexo, que lo hacen particularmente adictivo. Cooper, Scherer, et al. (1999) hablaron de la “Triple A” (“Affordability, Accessibility and Anonymity”) o lo que es lo mismo “bajo coste, accesibilidad y anonimato”, para referirse a algunos de los factores que podría hacer del cibersexo un medio adictivo. Young (1999) también desarrolló una variante del Triple A que denominó modelo ACE en el que se contemplan tres características: Anonimato (puede proporcionar una gran sensación de control al usuario sobre el contenido, formas y naturaleza de la experiencia sexual on-

line), Comodidad y Escape (a pesar de que se suele pensar que el principal refuerzo del uso de cibersexo es la gratificación sexual, muy pronto el cibersexo ofrece más bien el refuerzo de escapar de la realidad). Por último, Carnes et al. (2007) destacan en un modelo más reciente que la capacidad del cibersexo para elicitar una adicción se debe a que es un medio intoxicante, aislante (limita el entorno social y las relaciones reales), integrado, impuesto, interactivo y barato.

Pero, en segundo lugar, habría que hablar de los factores psicológicos que otorgan una mayor vulnerabilidad ante el trastorno. En este sentido, se considera que las personas que sufren de timidez (Ross et al., 2007), baja autoestima, una imagen corporal muy distorsionada, una alta tendencia a la búsqueda de sensaciones sexuales (Luder et al., 2011), disfunciones sexuales no tratadas o que han tenido previamente una adicción sexual presenta mayor riesgo de desarrollar adicción al cibersexo. La comorbilidad que presenta la adicción al cibersexo con otros trastornos también puede aportarnos alguna luz acerca de la etiología de este cuadro clínico. La mayoría de pacientes que presentan una adicción al cibersexo, también sufren otros trastornos psicológicos (Orzack & Ross, 2000). En el estudio de Schwartz and Southern (2000) con 40 pacientes adictos al cibersexo, el 23% presentaba también algún tipo de adicción química, el 30% trastornos del estado de ánimo, el 20% trastornos de ansiedad y el 30% adicción al sexo. En nuestro país, Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Giménez-García et al. (2020) han hallado que el trastorno de conducta sexual compulsiva entre cuyas manifestaciones podría encontrarse la adicción al cibersexo, co-ocurre frecuentemente con otros trastornos el eje I y II y más concretamente, un 91% de estos pacientes cumplen criterios de al menos un trastorno del eje I y en general tienen más probabilidad de padecer un trastorno por uso de sus-

tancias, depresión mayor, bulimia nerviosa, trastorno adaptativo o trastorno límite de la personalidad

Homofobia/Bifobia

Descripción del problema

A pesar de que la diversidad afectivo-sexual existe desde los inicios de la historia de la humanidad, su estudio científico es más bien reciente. En la actualidad, la orientación sexual se considera una variable dimensional a lo largo de la cual se puede situar cualquier ser humano (Kinsey et al., 1998; Kinsey et al., 1948). De acuerdo con estos modelos, una persona puede sentirse atraída exclusivamente por el sexo opuesto, por el mismo sexo o con preferencias intermedias entre estos dos extremos. Algunos autores señalan la presencia de dos ejes, el de la atracción heterosexual y el de la homosexual, de modo que una persona podría sentirse muy o poco atraída hacia los dos sexos a la vez o más atraída por uno que por otro (Storms, 1980). Además, la “asexualidad” describiría a aquellas personas que no sienten ninguna atracción hacia ninguno de los dos sexos.

De acuerdo con el modelo multidimensional de la orientación sexual (Klein, 1978), cualquier persona se puede situar no sólo en un continuo de siete puntos referido a la atracción sexual, sino en otros continuos referidos al comportamiento sexual, las fantasías, la preferencia emocional, la preferencia social, el estilo de vida homo o hetero y la autoidentificación como hetero u homosexual. Este modelo señala también que la situación dentro de esos continuos puede modificarse y ser diferente a lo largo del tiempo. En la actualidad, se considera que no existen tan solo tres orientaciones sexuales clasificadas de manera categorial, sino que hablemos, además de la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad, de la

asexualidad y la pansexualidad, consideradas todas ellas como continuos multidimensionales, de acuerdo con la actual teoría queer referida a las orientaciones sexuales y las identidades de género (Alexander & Anderlini-D’Onofrio, 2012).

Epidemiología e impacto personal y social

Por lo que respecta a la prevalencia de distintas orientaciones sexuales, aunque existen bastantes estudios internacionales al respecto, destacaremos sólo los estudios nacionales más relevantes por su cercanía cultural. Así, Pichardo et al. (2007) en un estudio realizado con un total de 4.636 estudiantes de entre 11 y 19 años, afirmaron que un 84% manifestaba una atracción exclusiva por personas del sexo opuesto, un 1% sentía un deseo exclusivamente homosexual, un 3% presentaba posiciones intermedias, un 10% no contestó a esa pregunta, y un 1% decía no tenerlo claro.

El estudio de Ballester y Gil (1995) fue pionero al preguntar no sólo por orientación sexual autoadscrita de manera categorial sino también por comportamientos, fantasías y deseos. En cuanto a las relaciones homoeróticas, ya las había tenido el 1,5% de chicos y 2% de chicas de 14-15 años; y el 6,3% y 4,4% de chicos y chicas respectivamente de 17-18 años. Un 1,5% de chicos y 2% de chicas de 14-15 años habían sentido deseo de tenerlas. Y un 6,2% de chicos y 9,8% de chicas habían tenido fantasías homoeróticas. Pero el sentimiento de ser diferente a los demás puede llegar más temprano. Así, en el artículo de Ballester-Arnal y Gil-Llario (2006) se halló que un 3,8% de niños y un 2,9% de niñas de 13-14 años ya se habían planteado la posibilidad de ser homosexuales y, algo bastante grave, en esas mismas edades, el 27,5% de niños y el 10,1% de niñas ya pensaban que la homosexualidad es una enfermedad.

En el estudio más reciente de García-Barba et al. (2017) con adolescentes entre 14 y 18 años, un 3,2%

del total de la muestra dijo no ser heterosexual, pero cuando se preguntaba por la atracción a lo largo de un continuo, un 17,2% no se situaron en el extremo de heterosexualidad exclusiva (24,5% de mujeres vs. 11,5% de hombres). La homofobia fue mayor en chicos y en los más jóvenes.

Las limitaciones de la mayoría de estudios realizados hasta el momento para recoger toda la complejidad de la diversidad afectivo-sexual y la necesidad de profundizar más en las preguntas que se realizan a los evaluados se aprecian en los resultados del estudio de Ballester-Arnal and Gil-Llario (2006) con jóvenes de 18 a 23 años donde un 21% de los que se consideraban heterosexuales habían tenido deseos homosexuales, un 22% fantasías homosexuales y un 3%, relaciones homosexuales. Y al mismo tiempo, de entre los que se consideraban homosexuales, un 34% habían tenido deseos heterosexuales, un 21% fantasías heterosexuales, y un 24%, relaciones con personas del otro sexo. Eso significa que más de un tercio de la población general en España presenta comportamientos, deseos o atracciones que no encajan con la heteronormatividad imperante.

Pichardo et al. (2007) destaca que los adolescentes LGTBI sufren una importante falta de referentes que puedan ser modelos a seguir. Un dato interesante respecto a la homofobia imperante en nuestra sociedad es que un 13,4% afirmó que si dijera que era LGTBI sus compañeros le pegarían, un 42% que le rechazarían y sólo un 8,4% creía que le apoyarían. Sólo un 53% creía que su familia le apoyaría y el porcentaje se reducía al 32% de los amigos y el 25% del profesorado. Finalmente, un 30% de los adolescentes reconoció haber llevado a cabo acciones homófobas (insultos, burlas, comentarios...). Todos esos datos explican que los adolescentes LGTBI consideren la escuela y el instituto como un lugar inseguro (Pichardo et al., 2009).

En un estudio de Generelo et al. (2012) con parti-

cipantes entre 12 y 25 años que habían sufrido acoso LGB, se encontró que la violencia verbal o psicológica era la principal: un 64% había recibido burlas e imitaciones, un 69% rumores en torno a su persona, un 71% había sido insultado, y un 72% había sufrido que hablaran mal de él o ella por el hecho de ser LGB. En segundo lugar, destacaba la violencia social o relacional, que implica mecanismos concretos de rechazo, exclusión y aislamiento hacia la persona por parte del grupo. Así, a un 37% no le habían dejado participar o le habían aislado y a un 39% le habían dejado de hablar o le habían ignorado por el hecho de ser LGB. En tercer lugar, respecto a la violencia física, un 5% había recibido palizas, un 6% había recibido acoso o agresiones sexuales, un 23% de jóvenes sufrió amenazas, a un 36% le habían tirado cosas o había recibido golpes o empujones. Además, un 14% había recibido algún tipo de violencia a través de internet o móvil. Algo todavía más grave se refiere a la edad de inicio de la violencia. El mayor porcentaje de respuestas se corresponde con la etapa que va desde los 10 a los 16 años. Y el 69% había vivido el acoso en un período superior a un año. Desgraciadamente este problema no se resuelve a medida que crecen los individuos, bien al contrario, suele empeorar. Una prueba la encontramos en el reciente estudio de Morell-Mengual, Gil-Llario y Gil-Juliá (2020) quienes en una muestra de 730 personas homosexuales de entre 18 y 60 años encontraron que entre el 29,6 y el 76,7% habían sido víctimas de violencia psicológica o verbal y entre el 4,2% y el 19,6% habían sufrido violencia física.

Los datos a nivel internacional son similares. Friedman et al. (2011) en un estudio realizado con adolescentes estadounidenses LGTBI hallaron que éstos presentaban 3,8 veces más probabilidades de padecer abuso sexual, 1,2 veces agresiones físicas de los padres, 1,7 veces agresiones en la escuela y 2,4 veces abandono de la escuela por miedo. Por

su parte, Mitchell et al. (2014) en un gran estudio con una muestra de 5907 adolescentes de 13 a 18 años, encontraron que un 23-72% sufrió acoso sexual en el último año.

El impacto del problema en las esferas personal y social es elevado. Los comportamientos no heterosexuales son con demasiada frecuencia castigados por la propia sociedad poniendo, en riesgo la salud mental e incluso física de las personas que representan esa diversidad y los adolescentes son especialmente vulnerables a este hecho. En 2006, ILGA Europa (Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales) presentó un informe paneuropeo que muestra cómo estos jóvenes se enfrentan a la discriminación y exclusión en su vida diaria: sufren distanciamiento de su familia, así como acoso y marginación en la escuela, lo que les puede llevar a tener problemas de fracaso escolar y abandono de los estudios, baja autoestima y problemas mentales.

Es frecuente que la discriminación y la violencia que sufren las personas LGTBI comience en la escuela y hoy sabemos que esos eventos están relacionados con una mayor tendencia a la depresión (Cochran, 2001; Shenkman & Shmotkin, 2010), ansiedad generalizada (King et al., 2008), ansiedad social (Roberts et al., 2011), baja autoestima, estrés post-traumático, abuso de sustancias (Cochran, 2001), aislamiento, intento de suicidio (Almeida et al., 2009; Cochran, 2001), suicidio (D'Augelli et al., 2002; Espegel et al., 2008) y en general con todo tipo de problemas mentales (Chakraborty et al., 2011; Cornellà i Canals, 2010). De hecho Meyer (2003) afirma que los gays y lesbianas tienen 2,5 veces más probabilidad de padecer problemas de salud mental comparados con los heterosexuales. Sabemos además que el estatus de víctima, así como esos efectos suelen ser duraderos en el tiempo y que algunas de estas personas siguen teniendo síntomas de estrés post-traumático como consecuencia del recuerdo de las

experiencias de acoso en la escuela (Rivers, 2004; Rivers & Cowie, 2006).

En nuestro país, Espada et al. (2012) hallaron que los adolescentes no heterosexuales presentaban mayor sintomatología depresiva, aunque no había diferencias en ansiedad social. Por su parte, Generelo et al. (2012) encontraron que las emociones que más frecuentemente mencionan los adolescentes y jóvenes acosados resultan ser: la humillación (63%), la vulnerabilidad (50%), la incompreensión (57%), el aislamiento (50%), la soledad (53%), la rabia (59%), la impotencia (60%) y la tristeza (59%). Además, el 42% de los jóvenes acosados no recibió ninguna ayuda en el período que duró el acoso. Sólo un escaso 19% recibió ayuda del profesorado. Un 72% de los jóvenes no verbalizaron el malestar que estaban padeciendo en el colegio o instituto por el acoso homofóbico sufrido. Un 43% presentó ideación suicida, el 22% lo llegó a intentar una vez y un 18%, varias veces.

Factores de riesgo y protección

Los datos anteriores indican que los adolescentes LGTBI conforman su identidad a partir del insulto y la agresión que sufren cuando todavía no saben siquiera quiénes son. Crecen con la discriminación y por tanto no es difícil que asuman el rechazo hacia sí mismos en forma de homofobia o bifobia internalizada. La homofobia o bifobia que padecen estos adolescentes se traduce fácilmente en una mayor prevalencia de problemas de salud mental.

Respecto a los factores explicativos de los mayores problemas de salud mental que encontramos en la población LGTBI, cada vez son más los estudios que apoyan el “modelo de estrés de minorías”, de Meyer (2003, 2007) según el cual, el estrés social al que están sometidas las personas con orientaciones e identidades sexuales no normativas, puede explicar que la prevalencia de trastornos mentales en este colectivo sea mayor. Parece que el apoyo social puede moderar o neutralizar el

impacto que tiene sobre las minorías sexuales la discriminación y el estigma al que están sometidos. La falta de apoyo puede hacer que la persona LGTB no comunique su orientación o identidad al entorno más próximo pero también incluso, que no llegue a aceptarse a sí misma (Alderson, 2003).

Tenemos datos que indican que el apoyo familiar y por parte de los iguales (D'Augelli et al., 2001; Mitchell et al., 2014) puede reducir enormemente el estrés psicológico y los síntomas derivados de ese estigma social en jóvenes gays.

Almeida et al. (2009) encontraron que adolescentes LGTB (13-19 años) presentaban más síntomas depresivos, autolesiones (21%) e ideación suicida (30%) que los heterosexuales (6% y 6% respectivamente) y que estos problemas estaban mediados por la discriminación percibida. También Lehavot and Simoni (2011) hallaron que los problemas de salud mental y uso de sustancias en mujeres lesbianas y bisexuales estaban asociados a una mayor victimización, homofobia internalizada y menos recursos psicosociales. Finalmente, Chard et al. (2015), en un estudio realizado en siete países concluyeron que las experiencias de discriminación están asociadas a padecer más problemas mentales (depresión, ansiedad...) e incluso al suicidio. El rechazo de su identidad conduciría a una mayor homofobia internalizada y estigma percibido y por el contrario, la existencia de redes sociales disminuiría la homofobia internalizada.

En este sentido, en nuestro país Martxueta and Etxebarria (2014) encontraron que la aceptación y apoyo por parte de la familia y del entorno estaba relacionada significativamente con la autoaceptación de la orientación sexual. A su vez, una mayor autoaceptación está relacionada con una mayor autoestima, mayor percepción de apoyo de amigos y familia, menor ansiedad y menor depresión. En definitiva, sus resultados indican que el bullying sufrido en el pasado por personas LGTB influye en

el bienestar psicológico de la actualidad y más concretamente en sus niveles de depresión, ansiedad y autoestima. En este sentido, Morell-Mengual et al. (2020) encontraron que la victimización en forma de risas, burlas, golpes y empujones disminuye el nivel de autoestima y aumenta la sintomatología depresiva. Y también, que las dificultades para aceptar la propia orientación, la falta de aceptación de personas significativas del entorno y de apoyo social en general, están asociadas a un menor bienestar psicológico en estas personas (Martxueta & Etxebarria, 2014). También Beltrán-Catalán et al. (2015) han encontrado que el apoyo social recibido después de episodios de bullying puede disminuir sus efectos devastadores incluso a largo plazo.

Violencia de género en adolescentes (teen date violence)

Descripción del problema

La violencia en el noviazgo adolescente (teen dating violence: TDV) se considera una preocupación de salud pública a nivel nacional e internacional (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2017). Este tipo de violencia (TDV) se define como la violencia física, sexual o psicológica/emocional, incluido el acoso, que ocurre dentro de una relación de noviazgo adolescente (Niolon et al., 2019). El TDV es un problema importante de salud pública con consecuencias sustanciales a largo plazo, incluido un bajo rendimiento académico, depresión, ideación suicida, trastornos por consumo de sustancias y victimización por violencia de pareja íntima en adultos (Exner-Cortens et al., 2017; Foshee et al., 2004; Ravi et al., 2019). No se puede obviar o invisibilizar esta problemática, a la luz de los estudios que sitúan los episodios violentos a edades cada vez más tempranas, pues la mayoría señalan

las edades entre los 11 y 17 años como las de mayor impacto de esta realidad violenta (Anderson & Danis, 2007).

Una forma de control sobre la pareja es el denominado cibercontrol. Al respecto, Rodríguez-Castro et al. (2017) señalan que la violencia de control en línea es ejercida bidireccionalmente en las parejas, encontrando entre los motivos utilizados por los chicos y las chicas la desconfianza y los celos, enmascarados por una “falsa” preocupación por su pareja.

Epidemiología nacional e internacional

La violencia durante el noviazgo juvenil ha sido menos estudiada que en adultos, pero su frecuencia es igualmente elevada (Esquivel-Santoveña et al., 2013). A nivel internacional, la prevalencia de cualquier forma de violencia en las relaciones de noviazgo juvenil oscila entre el 6 y el 86% (Fernández-Fuertes & Fuertes, 2010; Menesini et al., 2011; Próspero & Vohra-Gupta, 2007; Rodríguez-Franco et al., 2012), ya que depende en gran medida del tipo de violencia considerada. Por ejemplo, entre un 30 y un 40% de las personas jóvenes sufren algún tipo de violencia física por parte de su pareja (Muñoz-Rivas et al., 2007; O’Leary et al., 2008). Según López-Cepero et al. (2015), en España, el 3,6% de los hombres y el 7,9% de las mujeres se han sentido víctimas de maltrato durante alguna relación de noviazgo juvenil (Rodríguez Castro et al., 2009).

A nivel internacional los estudios indican que el 10% de los estudiantes de secundaria de EE.UU. informan victimización por violencia física y el 10% victimización por violencia sexual de pareja (Kahn et al., 2016; Niolon et al., 2019). Sin embargo, The National Survey of Teen Relationships and Intimate Violence informa que el 69% de los adolescentes entre las edades de 12 y 18 años manifestaron haber experimentado violencia en el noviazgo en algún momento de sus vidas (Taylor & Mumford, 2016).

Impacto personal y social

El TDV afecta negativamente la salud física y mental de los adolescentes y se ha asociado con una baja autoestima, depresión, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, bajo rendimiento académico, absentismo escolar, conductas sexuales de riesgo y embarazo, ideación suicida, trastornos por consumo de sustancias y victimización por violencia de pareja íntima en adultos (Banyard & Cross, 2008; Debnam et al., 2014; Eaton et al., 2007; Niolon et al., 2019; Vagi et al., 2015).

Factores de riesgo y protección

En un estudio llevado a cabo por Fernández-Fuertes and Fuertes (2010) acerca de los principales factores de riesgo, se subraya que si bien la insatisfacción con la pareja es el motivo más comúnmente señalado para las discusiones entre las parejas, son los celos el factor más importante para explicar los actos agresivos. Al parecer, ejercer determinado tipo de agresión se asocia con haber sido víctima de ese mismo tipo de agresión. Estos autores también hallaron que el deterioro de la relación correlacionaba con ser víctima de agresión verbal-emocional, mientras que la agresión física correlacionaba con haber sido víctima de agresión física. Así pues, la duración de la relación, el deterioro de la relación y los celos (Jackson et al., 2000) son los principales predictores de la violencia en el noviazgo entre los adolescentes. García-Díaz et al. (2018), por su parte, encuentran que tener actitudes de género más igualitarias se asocia con menor probabilidad de vivir situaciones de TDV. Dado el elevado porcentaje de jóvenes que sufren TDV, lograr un cambio en las actitudes sexistas entre los menores es una prioridad en salud pública.

Referencias

- Acción Contra la Pornografía Infantil & Protégeles (2002). *Estudio sobre Seguridad Infantil y costumbres de los menores en Internet*. Descargado de http://www.protegeles.com/docs/estudio_internet.pdf
- Ahern, N. R., & Kiehl, E. M. (2006). Adolescent sexual health & practice—a review of the literature: implications for health-care providers, educators, and policy makers. *Family & community health, 29*(4), 299-313.
- Aisbett, K. (2001). *The Internet at Home: A report on Internet use in the home*. Sydney: Australian Broadcasting Authority.
- Albright, J. M. (2008). Sex in America Online: An exploration of sex, marital status and sexual identity in Internet sex seeking and its impacts. *Journal of Sex Research, 45* (2), 175-186.
- Alderson, K. (2003). The ecological model of gay male identity. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 12*(2), 75-85.
- Alexander, J. y Anderlini-D'Onofrio, S. (2012). *Bisexuality and Queer Theory*. London: Routledge.
- Almanza, A. C. G., Castillejo, D., & Vargas, G. (2013). Cyberbullying: intimidación entre adolescentes a través de la red social Facebook. *Praxis Pedagógica, 14*, 31-44.
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(7), 1001-1014.
- Amores-Villalba, A., & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología educativa, 23*(2), 81-88.
- Anderson, K. M. & Danis, F. S. (2007). Collegiate sororities and dating violence: An exploratory study of informal and formal helping strategies. *Violence Against Women, 13*(1), 87-100. doi: 10.1177/1077801206294808
- Antons, S., & Brand, M. (2018). Trait and state impulsivity in males with tendency towards Internet-pornography-use disorder. *Addictive behaviors, 79*, 171-177.
- Arboleda, M. R. C., Duarte, J. C., & Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria, 25*(2), 157-165.
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., y Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(3), 402-412. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
- Asenjo-Araque, N., García-Gibert, C., Rodríguez-Molina, J.M., Bercerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M.J. ...& Grupo GIDSEEN (2015). Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2*(1): 33-36
- Atteraya, M.S., Kimm, H. y Song, I.H. (2014). Women's autonomy in negotiating safer sex to prevent HIV: findings from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *AIDS Education and Prevention, 26*(1), 1-12.
- Ballester, R. (2010). Los riesgos del cibersexo en los menores. *II Congreso Estatal sobre los Derechos de los Menores frente a las Nuevas Tecnologías: Intimidad y delitos informáticos contra los menores*. Palma de Mallorca, 17 de mayo.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (1995). Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicothema, 7*, 95-104.
- Ballester, R., Castro, J., Gil, M. D., Giménez, C. y Ceccato, R. (2014). Exposición involuntaria: impacto en usuarios y no usuarios de cibersexo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1* (1), 517-526.
- Ballester, R., Gil, M. D., Gómez, S. y Gil, B. (2010). Propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación de la adicción al cibersexo. *Psicothema, 22* (4), 1048-1053.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez, C. & Kalichman, S. (2015). What works well in HIV Prevention among Spanish young people? An analysis of differential effectiveness among six intervention techniques. *Aids and Behavior, 19*, 1157-1169. Doi: 10.1007/s10461-014-0863-3.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez, C., Ruiz, R. & Ceccato, R. (2011). Exposición involuntaria a material sexual en internet: Un análisis en la adolescencia y juventud. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1* (2), 207-214.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez-García, C. & Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*, 3, 181-191.
- Ballester, R., Gil, M.D., Ruiz, E. & Giménez, C. (2010). The role of personality in perceived risk of HIV infection. *International Journal of Behavioral Medicine, 17*, 148.
- Ballester, R., Gil, M.D., Ruiz, E., & Giménez, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Annals of Psychology (Anales de Psicología), 1* (29), 76-82.
- Ballester, R., Gil, MD., Ruiz, E. & Giménez, C. (2010). Does depression influence on HIV risk behavior of youth? *International Journal of Behavioral Medicine, 17*, 149.
- Ballester-Arnal, R. & Gil-Llario, M.D. (2016). Orientación del deseo sexual: Crisis y decadencia de los modelos categoriales. *En A. López de la Llave (Coord.), Sexología positiva: Placer, salud y bienestar* (pp. 59-66). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ballester-Arnal, R. (2019). SALUD Y PREVENCIÓN 2.0: el papel de internet en la prevención sexual del vih. *Conferencia en X Jornadas de sensibilización y formación en VIH y VHC de Ashecová*. Valencia: 30 de octubre.
- Ballester-Arnal, R. (2020). Disfunciones sexuales, trastornos pa-

- rafílicos y disforia de género. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de Psicopatología (vol.I)*, cap. 14. Barcelona: McGraw-Hill.
- Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M.D. (1995). Homosexualidad: comportamientos, deseos y fantasías. *Análisis y Modificación de Conducta*, 76, 263-284
- Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M.D., (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18, 25-30.
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M.D. y Giménez-García, C. (2020). *Adicción al cibersexo: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B. y Gil-Llario, M.D. (2020) Psychiatric comorbidity in Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD). *Addictive Behaviors*, vol 107, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384>
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., Salmerón-Sánchez, P. & Ruiz-Palomino, E. (2015). HIV Risk Behaviors and Sexual Compulsivity in Spanish Young People. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (Suppl 5), 351.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Castro-Calvo, J. & Giménez-García, C. (2016). HIV-Risk Index: Development and validation of a brief risk index for Hispanic young people. *Aids and Behavior*, 20, 1796-1807. Doi: 10.1007/s10461-016-1411-0.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Castro-Calvo, J., Bergero-Miguel, T. Y. & Guzman-Parra, J. (2018). Transgender Sex Work in Spain: Psychosocial Profile and Mental Health. In L. Nuttbrock (ed.) *Transgender sex work and society*. Pp 350-367. New York: Harrington Park Press.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Giménez-García, C., Castro-Calvo, J. y López-Cárdenas, G. (2017). Sexuality in the Internet Era: Expressions of Hispanic Adolescent and Young People. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24, 140-155.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E. & Giménez-García, C. (2017). Effectiveness of a Brief Multi-Component Intervention to HIV Prevention among spanish youth. *Aids and Behavior*, 21, 2726-2735. DOI: 10.1007/s10461-017-1815-5.
- Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Gil-Llario, M. D., & Castro-Calvo, J. (2016). Cybersex in the "Net generation": Online sexual activities among Spanish adolescents. *Computers in Human Behavior*, 57, 261-266. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.036>
- Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E. & Gil-Llario, MD. (2015). HIV Testing Among Spanish Youth: Analysis of the Mediating Role of the Big Five Personality and Other Psychological Factors. *Aids and Behavior*, 19 (11), 2001-2011. DOI: 10.1007/s10461-015-1084-0.
- Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E. y Gil-Llario, M.D. (2017). Structural equation modeling test of an integrated model of Spanish youth's condom use. *AIDS and Behavior*, 21, 1407-1416.
- Banyard, V. L., & Cross, C. (2008). Consequences of teen dating violence: Understanding intervening variables in ecological context. *Violence against women*, 14(9), 998-1013.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., y Tonia, T. (2014). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. doi: 10.1007/s00038-012-0426-1.
- Basterra, V. & Ruiz, R (2016). Comentarios sobre las diferencias de disforia de identidad de género entre niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4): 233-234
- Bayoumi, A., Kaul, R., Mazzulli, T., McGee, F., Rourke, S.B., Burchell, A.N., et al. (2017). Serosorting and recreational drug use are risk factors for diagnosis of genital infection with Chlamydia and gonorrhoea among HIV-positive men who have sex with men: results from a clinical cohort in Ontario, Canada. *Sexually Transmitted Infections*, 93, 71-75.
- Beldarrain, N. O. (2015). *Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicológicas en la edad adulta* (Doctoral dissertation, Universidad de Deusto). (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011).
- Beltrán-Catalán, M., Zych, I., & Ortega-Ruiz, R. (2015). El papel de las emociones y el apoyo percibido en el proceso de superación de los efectos del acoso escolar: un estudio retrospectivo. *Ansiedad y estrés*, 21(2-3), 219-232.
- Bello-Villanueva, A.M., Palacio, J., Rodríguez-Díaz, M. y Oviedo-Trespalacios, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica*, 33,169-180.
- Berbesi, D.Y., Segura A.M., Cardona, D. y Caicedo, B. (2017). Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. *Enfermería Global: Revista electrónica Semestral de Enfermería*, 16, 154-181.
- Bergero, T., Ballester, R., Gornemann, I., Cano, G. & Asiain, S. (2012) Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación del comportamiento sexual de los transexuales: el CSTM. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 11-30
- Berman, S. M., Brown, K., Dittus, P., Ferdon, C. D., Gavin, L. E., Harrier, S., Kan, L., Liddon, N., Mackay, A., Markowitz, L., Rangel, M., Ryan, G. W., Stenberg, M., Ventura, S. F., & Rangel, M. (2009). *Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years—United States, 2002-2007*.
- Bernete, F. (2009) Usos de las TIC, relaciones sociales y cambios en la socialización de las y los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud y nuevos medios de comunicación*, 97, 98-114.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. y Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 434-443. doi: 10.1080/0092623X.2013.772548.
- Black, D.A., Heyman, R. E, & Smith-Slep, A.M. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and violentbehavior*, 6 (2-3), 203-229. doi: 10.1016/s1359-1789(00)00023-9.

- Bleakley, A., Hennessy, M., & Fishbein, M. (2011). A model of adolescents' seeking of sexual content in their media choices. *Journal of Sex Research, 48*(4), 309-315. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.497985>
- Boies, S. C., Knudson, G. y Young, J. (2004): The Internet, Sex, and Youths: Implications for *Sexual Development. Sexual Addiction & Compulsivity, 11* (4), 343-363.
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., y McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health, 100*(3), 468-475.
- Brito, M.O., Davis, M. y Chakrabarti (2014). A cross-national study to compare the knowledge, attitudes, perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of Latino adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 26*, 203-208.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Annals of Psychology, 31*(2), 552-561.
- Carnes, P. (1983). *Out of the shadows*. Minneapolis, MN: Compcare.
- Carnes, P. J., Delmonico, D. L. y Griffin, E. J. (2007). *In the shadows of the net: Breaking free of compulsive online sexual behavior*. Center City, MN: Hazelden educational materials.
- Castro, Y. R., Fernández, M. L., Fernández, M. V. C., & Garrido, J. M. F. (2009). Aproximación conceptual al sexismo ambivalente: Estado de la cuestión. *Summa Psicológica UST, 6*(2), 131-142.
- Cavaglioni, G. y Rasthy, E. (2010). Narratives of suffering among Italian female partners of cybersex and cyber-porn dependents. *Sexual Addiction and Compulsivity, 17*, 4, 270-287.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Understanding teen dating violence. Fact Sheet. *Injury Center: Violence Prevention*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-2014-a.pdf>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). *Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual*. Descargable en: <https://www.cdc.gov/std/>.
- Centro Nacional de Epidemiología (2017). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015*. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia_ITS_1995_2015_def.pdf.
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., Fernández-Aranda, F., y Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in trans people: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(1), 168-179. <http://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- Clark, T.C., Lucassen, M.F.G., Bullen, P., Denny, S.J., Fleming, T.M., Robinson, E.M., y Rossen, F.V. (2014) The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health, 55*, 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clayton, A. H., & Hamilton, D. V. (2009). Female sexual dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics, 36*(4), 861-876.
- Cochran, S. D. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter?. *American psychologist, 56*(11), 931-947.
- Cohen-Kettenis, P.T. & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 29*, 485-495.
- Cooper, A., Putnam, D.E., Planchon, L.A. y Boies, S.C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention, 6*, 79-104.
- Cooper, A., Scherer, C., Boies, S. y Gordon, B. (1999). Sexuality and the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology, 30*, 154-164.
- Cooper, K., Quayle, E., Jonsson, L., & Göran, C. (2016). Adolescents and self-taken sexual images: A review of the literature. *Computers in Human Behavior, 55*, 706-716. doi: 10.1016/j.chb.2015.10.003
- Cornellà-Canals, J. (2010). La sexualidad en la adolescencia. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 10*(61), 4191-4195.
- Cortés, D. C., & Justicia, F. J. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicohema, 20*(4), 509-515.
- Covington, S. N., Martinez, P. E., Popat, V., Nandagopal, R., Ryan, M., & Nelson, L. M. (2008). The psychology of antecedents to adult reproductive disorders in adolescent girls. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1135*, 155.
- Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T. S., Bebbington, P., & King, M. (2011). Mental health of the non-heterosexual population of England. *British Journal of Psychiatry, 198*(2), 143-148.
- Champion, AR. & Pedersen, CL. (2015). Investigating differences between sexters and non-sexters on attitudes, subjective norms, and risky sexual behaviours. *Can J Hum Sex, 24*, 205-214
- Chard, A. N., Finneran, C., Sullivan, P. S., & Stephenson, R. (2015). Experiences of homophobia among gay and bisexual men: results from a cross-sectional study in seven countries. *Culture, health & sexuality, 17*(10), 1174-1189.
- Choi, E. P. H., Wong, J. Y. H. y Fong, D. Y. T. (2018). An Emerging Risk Factor of Sexual Abuse. *Sexual Abuse, 30*(4), 343-366.
- Choi, H., Van Ouytsel, J., & Temple, J. R. (2016). Association between sexting and sexual coercion among female adoles-

- cents. *Journal of Adolescence*, 53, 164-168. doi: j.adolescence.2016.10.005
- D'Augelli, A. R., & Patterson, C. J. (2001). Lesbian, gay and bisexual identities and youth: psychological perspectives. Nueva York: Oxford University Press.
- D'Augelli, A. R., Pilkington, N. W., & Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 148-167.
- Daneback, K., Cooper, A., y Mansson, S. (2005). An Internet study of cybersex participants. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 321-328
- Daneback, K., Sevcikova, A., Mansson, S. A. y Ross, M. W. (2013). Outcomes of using the Internet for sexual purposes: Fulfillment of sexual desires. *Sexual Health*, 10, 26-31.
- De Paul, J., Milner, J. S., & Múgica, P. (1995). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(8), 907-920. doi: 10.1016/0145-2134(95)00053-B.
- Debnam, K. J., Johnson, S. L., & Bradshaw, C. P. (2014). Examining the association between bullying and adolescent concerns about teen dating violence. *Journal of school health*, 84(7), 421-428.
- Delevi, R., & Weisskirch, R.S. (2013). Personality factors as predictors of sexting. *Computers in Human Behavior*, 29 2589-2594.
- Delmonico, D. y Carnes, P. (1999). Virtual sex addiction: when cybersex become the drug of choice. *CyberPsychology & Behavior*, 2, 457-463.
- Díaz, I., Gil, M.D., Ballester, R., Morell, V. y Molero, R.J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 415-422.
- DiStefano, A. S. (2008). Suicidality and self-harm among sexual minorities in Japan. *Qualitative Health Research*, 18(10), 1429-1441. <https://doi.org/10.1177/1049732308322605>
- Eaton, D. K., Davis, K. S., Barrios, L., Brenner, N. D., Noonan, R. K. (2007). Associations of dating violence victimization with lifetime participation, co-occurrence, and early initiation of risk behaviors among U.S. high school students. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 585-602.
- EDIZIONES (2016). *Tinder no permitirá el acceso a los menores de 18*. Recuperado de <https://www.europapress.es/portaltic/socialmedia/noticia-tinder-no-permitira-acceso-menores-edad-20160609102147.html>
- Ellis, H., & Symonds, J. A. (1897). *Sexual Inversion*. Wilson and Macmillan, 16, John Street, Bedford Row, WC.
- En Ravi, Black, Mitschke & Pearson (2019) Ravi, K. E., Black, B. M., Mitschke, D. B., & Pearson, K. (2019). A pilot study of a teen dating violence prevention program with Karen refugees. *Violence against women*, 25(7), 792-816.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M., & Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Espada, J.P., Huedo-Medina, T., Orgilés, M., Secades, R., Ballester, R., Remor, E., Piqueras, J.A. & Antón, F.A. (2009). The level of knowledge about HIV/AIDS as a predictor of high-risk sexual behavior among adolescents. *VI Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Santiago de Chile*, 27-30 Octubre. Organizado por Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud.
- Espelage, D. L., Aragon, S. R., & Birkert, M. (2008). Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students. What influence do parents and schools have? *School Psychology Review*, 37(2), 202-216.
- Esquivel-Santoveña, E.E., Lambert, T.L., & Hamel, J. (2013). Partner abuse worldwide. *Partner Abuse*, 4(1), 6-75.
- Esteva, I., Asenjo, N., Hurtado, F., Fernández-Rodríguez, M., Vidal, A., Moreno-Pérez, O., ... & López, J. P. (2015). Grupo GIDSEEN. Disforia de Género en la infancia y la adolescencia. Grupo de identidad y diferenciación sexual de la sociedad española de endocrinología y nutrición (GIDSEEN). *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 1(6), 45-48.
- Eu Kids Online II (2011). *Riesgos y seguridad en Internet: Los menores españoles en el contexto europeo*. Recuperado de <https://goo.gl/RnDbmp>
- Exner-Cortens, D., Eckenrode, J., Bunge, J., & Rothman, E. (2017). Revictimization after adolescent dating violence in a matched, national sample of youth. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 176-183. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.015>
- Family Safe Media (2006). Pornography statistics. Extraído el día 20 de Octubre de 2011 desde http://www.familysafemedia.com/pornography_statistics.html.
- Fernández-Fuertes, A. A., & Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: Motives and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), 183-191.
- Fernández-García, O., Ballester-Arnal, R., Iglesias, P., Morell-Mengual, V. & Gil-Llario, M.D. (2018). Transexualidad y adolescencia: una revisión sistemática. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1): 91-104.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*, 18(5), 409-417.
- Finkelhor, D., & Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. *Child abuse & neglect*, 8(1), 23-32.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). Trends in children's exposure to violence, 2003 to 2011. *JAMA pediatrics*, 168(6), 540-546.
- Fisher, W., Boroditsky, R., & Morris, B. (2004). The 2002 Canadian

- contraception study: part 2. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(7), 646-656.
- Flander, G. B., Cosic, I., & Profaca, B. (2009). Exposure of children to sexual content on the internet in Croatia. *Child Abuse & Neglect*, 33(12), 849-856.
- Flood, M. (2007). Exposure to pornography among youth in Australia. *Journal of Sociology*, 43 (1), 45-60.
- Foshee, V. A., Benefield, T. S., Ennett, S. T., Bauman, K. E., & Suchindran, C. (2004). Longitudinal predictors of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence. *Preventive medicine*, 39(5), 1007-1016. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.014>
- Frankel, A.S., Bass, S.B., Patterson, F., Dai, T. y Brown, D. (2018). Sexting, Risk Behavior, and Mental Health in Adolescents: An Examination of 2015 Pennsylvania Youth Risk Behavior Survey Data. *Journal of School Health*, 88, 190-199.
- Frawley y Wilson, 2016). Frawley, P. y Wilson, N.J. (2016). Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. *Sexuality and Disability*, 34, 469-484.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American journal of public health*, 101(8), 1481-1494.
- Galinsky, A. M., & Sonenstein, F. L. (2011). The association between developmental assets and sexual enjoyment among emerging adults. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 610-615.
- Gámez-Guadix, M. y de Santisteban, P. (2018). "Sex Pics?": Longitudinal predictors of sexting among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.032>.
- Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Borrajo, E. y Calvete, E. (2015). Prevalence and association of sexting and online sexual victimization among Spanish adults. *Sexuality Research and Social Policy*, 12, 145-154.
- Gámez-Guadix, M., de Santisteban, P., y Resett, S. (2017). Sexting among Spanish adolescents: prevalence and personality profiles. *Psicothema*, 29, 29-34.
- Gandasegui, V. D. (2011). Mitos y realidades de las redes sociales. *Prisma Social: revista de ciencias sociales*, 6, 340-366.
- García-Barba, M., Castro-Calvo, J., Salmerón-Sánchez, P. y Ballester-Arnal, R. (2017). Orientación sexual y homofobia en adolescentes españoles. *Àgora de Salut*, 4, 163-172.
- García-Díaz, V., Lana-Pérez, A., Fernández-Feito, A., Bringas-Mollada, C., Rodríguez-Franco, L., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2018). Actitudes sexistas y reconocimiento del maltrato en parejas jóvenes. *Atención Primaria*, 50(7), 398-405. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.04.001>
- Garmendia, M. (2012). Spain. En L. Haddon, S. Livinstone, & Eu Kids Online Network (Eds.). *EU Kids Online: National perspectives* (pp. 187-205) Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Garmendia, M. Jiménez, E., Casado, M.A. y Mascheroni, G. (2016). *Net Children Go Mobile: Riesgos y oportunidades en internet y el uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015)*. Madrid: Red.es/Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
- Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G. & Casado, M. A. (2011). *Riesgos y seguridad en internet: Los menores españoles en el contexto europeo*. UPV/EHU. Bilbao: EU Kids Online. Descargado de [http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU Kids II \(2009-11\)/National reports/Spanish report.pdf](http://www2.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU Kids II (2009-11)/National reports/Spanish report.pdf).
- Garner, B. (2011). *Garner's dictionary of legal usage* (3 ed.). Nueva York: Oxford University Press. Recuperado de <http://goo.gl/bCH4rE>.
- Generelo, J., Garchitorena, M., Montero, P., & Hidalgo, P. (2012). *Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB*. Madrid, COGAM/FELGTB.
- Gil, M. D., Ruiz, E., Ballester, R., Giménez, C. & Castro, J. (2012) ¿Qué piensan los adolescentes españoles sobre el Sida? Conocimientos, actitudes y creencias sobre la infección por VIH. *XV Congreso nacional sobre el Sida. Madrid (España), del 6 al 8 de Junio*. Publicado en libro de actas: pág. 125.
- Gil, M.D., Ballester, R., Giménez, C. & Salmerón, P. (2014). Effectiveness of HIV prevention for women: what is working. *AIDS & Behavior*. 18(10), 1924-33.
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., & Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80. doi: <https://doi.org/10.1111/jir.12455>.
- Gil-Llario, M.D. & Meléndez, J.C. (2006). Desarrollo psicosexual. *En A.I. Córdoba; A. Descals y M.D. Gil-Llario (Coords): Psicología del desarrollo en la edad escolar*, pp. 213 - 226 (España): Ediciones Pirámide. ISBN 84-368-2022-3.
- Gil-Llario, M.D. (2013). *El diseño de programas de educación para la salud en contextos educativos*. En R.Ballester-Arnal y M.D. Gil-Llario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp. 47-58). Suffolk: Pearson.
- Gil-Llario, M.D. y Ballester-Arnal, R. (2016). El sexting: un nuevo reto para la educación sexual en la escuela. *En V. Gavidia (coord.), COMSAL: Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en educación para la salud durante la escolarización obligatoria (pp.211-225)*. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch.
- Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C. y Morell-Mengual, V. (2019). Sexting en la adolescencia: prevención e intervención en contextos educativos. *En B. Lucas y M. Giménez (coords). Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R., Iglesias-Campos, P., Gil-Juliá, B., & Caballero-Gascón, L. (2018). Sexting en chicos y chicas

- preadolescentes: análisis de las diferencias. Comunicación presentada al *4th International Congress of Clinical and Health Psychology on children and adolescents*. Palma de Mallorca, 15-17 de noviembre.
- Gil-Llario, M.D., Fernández-García, O.A. y Bergero, T. (2020). Perfil sociodemográfico asociado a la ideación suicida de las personas transexuales. *Informació Psicològica*, 120, 93-105. DOI: dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2020.120.3
- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Díaz-Rodríguez, I. & Ballester-Arnal, R. (2019). Prevalence and sequelae of self-reported and other-reported sexual abuse in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 63 (2) 138-148, doi: 10.1111/jir.12555
- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Giménez-García, C. y Ballester-Arnal, R. (2020). The Phenomenon of sexting among Spanish teenagers: Prevalence, attitudes, motivations and explanatory variables. *Annals of Psychology*, vol 36, n°2, 210-219. <https://doi.org/10.6018/analesps.390481>
- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Jiménez-Martínez, M.C., Iglesias-Campos, P., Gil-Julia, B. y Ballester-Arnal, R. (2020). Culture as an influence on sexting attitudes and behaviors: A differential analysis comparing adolescents from Spain and Colombia. *International Journal of Intercultural Relations*, 79, 145-154.
- Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R. & Morell-Mengual, V. (2016). Influence of sexual sensation seeking, sexual compulsivity and sexual pleasure in condom use among Spanish youth: implications for HIV interventions. *Journal of Preventive Medicine and Care*, 1, 1-8. DOI: 10.14302/issn.2474-3585.jpnc-16-1198.
- Gómez, P., Rial, A., Braña, T., Golpe, S., & Varela, J. (2017). Screening of Problematic Internet Use among Spanish adolescents: Prevalence and related variables. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(4), 259-267. doi: 10.1089/cyber.2016.0262
- González, F., & Ortiz, M. Á. C. (2016). Evaluación del perfil psicosocial en menores víctimas de abuso sexual: diferencias por sexo y edad. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 3(2), 87-98.
- González-Ortega, E. y Orgaz-Baz, B. (2013). Minors' exposure to online pornography: prevalence, motivations, contents and effects. *Anales de Psicología*, 29. Descargado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200003
- González-Ortega, E. y Orgaz-Baz, B. (2013). Minors' exposure to online pornography: prevalence, motivations, contents and effects. *Anales de Psicología*, 29. Descargado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200003.
- Gravningen, K., Aicken, C. R. H., Schirmer, H. y Mercer, C. H. (2015). Meeting sexual partners online: Associated sexual behaviour and prevalent chlamydia infection among adolescents in Norway: A cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections*, 92(2), 97-103.
- Gregg, D., Somers, C. L., Pernice, F. M., Hillman, S. B., & Kernsmith, P. (2018). Sexting Rates and Predictors from an Urban Midwest High School. *Journal of School Health*, 88(6), 423-433. doi: 10.1111/josh.12628
- Greydanus, D. E., & Matytsina, L. (2010). Female sexual dysfunction and adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 22(5), 375-380.
- Greydanus, D. E., Rimsza, M. E., & Newhouse, P. A. (2002). Adolescent sexuality and disability. *Adolescent Medicine Clinics*, 13(2), 223.
- Greydanus, D.E., & Lyubov, M. (2010). Female sexual dysfunction and adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 22(5): 375-380.
- Griffin-Shelley, E. (2003). The Internet and sexuality: a literature review 1983-2002. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 355-370.
- Griffiths, M. (2000). Excessive Internet Use: Implications for sexual behavior. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 537-552.
- Griffiths, M.D. (2012). Internet sex addiction: a review of empirical research. *Addiction Research & Theory*, 2, 111-124.
- Hahn, H. A., You, D. S., Sferra, M., Hubbard, M., Thamotharan, S. y Fields, S. A. (2017). Is it Too Soon to Meet? Examining Differences in Geosocial Networking App Use and Sexual Risk Behavior of Emerging Adults. *Sexuality & Culture*, 22(1), 1-21.
- Hand, J., Heil, S.H., Sigmon, S.C. y Higgins, S.T. (2015). Cigarette smoking and other behavioral risk factors related to unintended pregnancy. *Drug and Alcohol Dependence*, 146, e134.
- Harford, T. C., Yi, H. y Grant, B. F. (2014). Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1389-1398. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.011.
- Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A. M., Williams, G. M., Bor, W. y Najman, J. M. (2013). Early life course predictors of young adults' gambling. *International Gambling Studies*, 13(1), 19-36. doi: 10.1080/14459795.2012.700941.
- Hebert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piche, C. (2006b). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. doi: 10.1007/s10896-006-9026-2.
- Hickey, M., Peate, M., Saunders, C. M., & Friedlander, M. (2009). Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *Human reproduction update*, 15(3), 323-339.
- Holliday, C.N., McCauley, H.L., Silverman, J.G., Ricci, E., Decker, M.R., Tancredi, D.J., et al. (2017). Racial/ethnic differences in women's experiences of reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *Journal of Women's Health*, 26, 828-835.

- Hurtado, F. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 6, 45-52.
- Iglesias-Campos, P., Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Cabañero-Gascón, L., y Giménez-García, C. (2018). Sexting y mitos del amor romántico. Comunicación presentada al *4th International Congress of Clinical and Health Psychology on children and adolescents*. Palma de Mallorca, 15-17 de noviembre.
- ILGA Europa (2006). *La exclusión social de jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales en Europa*. Bruselas: ILGA Europa.
- Inman, A. y Singh, D. (2002). Cross-cultural perspectives on love and sex. En L. Burrell y D. Capuzzi (Eds.), *Sexuality counseling* (pp. 41-55). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). Movimiento natural de la población. Indicadores demográficos básicos. Descargable en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002.
- Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO) (2009). Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres. Recuperado de: http://aui.es/IMG/pdf_estudio_habitos_seguros_menores_y_econfianza_padres_versionfinal_accesible_inteco.pdf
- INTECO (2011). *Guía sobre adolescencia y sexting: qué es y cómo prevenirlo*. Madrid. Recuperado de <https://goo.gl/lpFJki>
- International Telecommunication Union. (2018). *Measuring the Information Society Report 2018*. Geneva: International Telecommunication Union.
- Jakubczyk, A. A., Klimkiewicz, A. A., Krasowska, A. A., Kopera, M. M., Sławińska-Ceran, A. A., Brower, K. J. y Wojnar, M. M. (2014). History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1560-1568. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.06.010.
- Jansen, B. J. y Spink, A. (2006). How are we searching the World Wide Web? A comparison of nine search engine transaction logs. *Information Processing and Management*, 42, 248-263.
- Játiva, R. y Cerezo, M. A. (2014). The mediating role of self-compassion in the relationship between victimization and psychological maladjustment in a sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1180-1190. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.04.005.
- Jones, L. M., Mitchell, K. y Finkelhor, D. (2012). Trends in Youth Internet Victimization: Findings From Three Youth Internet Safety Surveys 2000-2010. *Journal of Adolescent Health*, 50(2), 179-186.
- Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 380, 899-907.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual Disorder: A proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400.
- Kahn, L., McManus, T., Harris, W., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., & Zaza, S. (2016). Youth risk behavior surveillance - United States, 2015. *MMWR Surveill. Summ*, 65(6), 1-174. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6506a1>
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (2001). The Sexual Compulsivity Scale: Further development and use with HIV-positive persons. *Journal of personality assessment*, 76(3), 379-395.
- Kaplan, M. y Krueger, R. (2010). Diagnosis, assessment and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47, 2, 181-198.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people*. *BMC psychiatry*, 8(1), 70-85.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Indiana University Press.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Sloan, S. (1948). *Sexual behavior in the human male* (Vol. 1). Philadelphia: Saunders.
- Klein, F. (1978). *The bisexual option: A concept of one hundred percent intimacy*. New York: Arbor-House.
- Klettke, B., Hallford, D. J., & Mellor, D. J. (2014). Sexting prevalence and correlates: A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 44-53. doi: 10.1016/j.cpr.2013.10.007
- Kuriansky, J. (2009). Talking to teens with no taboo: What sexuality educators need to know about the sexual issues of adolescents. *Sexuality education: Past, present, and future*, 2. Westport, CT: Praeger.
- Labay, M., Labay, A., & Labay, M. (2011). Internet, sexo y adolescentes: una nueva realidad. Encuesta a jóvenes universitarios españoles. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 13, 225-32.
- Laier, C., Pekal, J., y Brand, M. (2015). Sexual excitability and dysfunctional coping determine cybersex addiction in homosexual males. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18, 505-511.
- Lee, B. J., & Goerge, R. M. (1999). Poverty, early childbearing, and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children and Youth Services Review*, 21(9-10), 755-780.
- Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 159-170.
- Levenson, J. S., & Morin, J. W. (2006). Risk assessment in child sexual abuse cases. *Child Welfare-New York*, 85 (1), 59.
- Leventhal, J. M. (1998). Epidemiology of sexual abuse of children: Old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 22(6), 481-491. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00014-3.
- Livingstone, S. & Bober, M. (2005) *UK children go online. Final*

- report of key report findings. London, UK: London School of Economics and Political Science.
- Livingstone, S. & Smith, P. (2014). Annual Research Review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 635-654. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12197>
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 196.
- López, F. (2018). Disforia de género en la infancia y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 4(2).
- López-Cepero, J., Lana, A., Rodríguez-Franco, L., Paíno, S. G., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2015). Percepción y etiquetado de la experiencia violenta en las relaciones de noviazgo juvenil. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 21-26.
- Luder, M.T., Pittet, I., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P.A. y Suris, J.C. (2011). Associations between online pornography and sexual behavior among adolescents: Myth or reality? *Archives of sexual behavior*, 40, 1027-1035.
- Madansky, D. (1996). *Abusos sexuales. Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona. Masson, 355-362.
- Madigan, S., Ly, A., Rash, C.L., Van Ouystsel, J., y Temple, J.R. (2018). Prevalence of Multiple Forms of Sexting Behavior among Youth. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 327-335. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.5314
- Máida, A., Molina, E., Basualto, C., Bahamondes, C., Leonvendagar, X., & Abarca, C. (2005) La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Revista Chilena de Pediatría*, 76(1), 41-47. doi: 10.4067/S0370-41062005000100005.
- Martinet y Legry, 2014 Martinet, M. & Legry, C. (2014). Sexual abuse and intellectual disability: Awareness for a better intervention, *Sexologies*, 23, 91-97.
- Martínez-Otero, J. (2013). La difusión de sexting sin consentimiento del protagonista: un análisis jurídico. *Derecom. Nueva Época*, 12(2), 1-16.
- Martín-García, A., Oter-Quintana, C., Brito-Brito, P. R., Martín-Iglesias, S., & Alcolea-Cosín, M. T. (2013). Patrón sexual ineficaz en un adolescente: abordaje enfermero en atención primaria. *Enfermería Clínica*, 23(5), 231-235.
- Martxueta, A. (2014). Consecuencias del bullying homofóbico retrospectivo y los factores psicosociales en el bienestar psicológico de sujetos LGB. *Revista de Investigación Educativa*, 32(1), 255-271.
- Martxueta, A., & Etxeberria, J. (2014). Análisis diferencial retrospectivo de las variables de salud mental en lesbianas, gays y bisexuales (LGB) víctimas de bullying homofóbico en la escuela. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19(1), 23-35.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E. L., & Seagraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152.
- Menesini, E., Nocentini, A., Ortega-Rivera, F. J., Sanchez, V., & Ortega, R. (2011). Reciprocal involvement in adolescent dating aggression: An Italian-Spanish study. *European Journal of Developmental Psychology*, 8(4), 437-451.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. En I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations* (pp. 242-267). Nueva York: Spring
- Mialon, A., Berchtold, A., Michaud, P. A., Gmel, G., & Suris, J. C. (2012). Sexual dysfunctions among young men: prevalence and associated factors. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 25-31.
- Misra, A. (2014). *Internet data consumption to reach 607 terabytes per second by 2020: 35% will be for pornography!* Recuperado de: dazeinfo.com/2014/04/17/internet-data-consumption-reach-607-terabytes-per-second-2020-35-will-pornography/
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D. y Wollak, J. (2003). The exposure of youth to unwanted sexual material on the Internet: A national survey of risk, impact, and prevention. *Youth & Society*, 34, 330-358.
- Mitchell, K. J., Ybarra, M. L., & Korchmaros, J. D. (2014). Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities. *Child abuse & neglect*, 38(2), 280-295.
- Mmari, K., Moreau, C., Gibbs, S.E., De Meyer, S., Michielsen, K., Kabiru, C.W. ...& El-Gibaly, O. (2018). 'Yeah, I've grown; I can't go out anymore': differences in perceived risks between girls and boys entering adolescence, *Culture, Health & Sexuality*, 20:7,787-798, DOI: 10.1080/13691058.2017.1382718
- Moody, C., y Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of sexual behavior*, 42(5), 739-752. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>
- Moreau, C., Kågesten, A. E., & Blum, R. W. (2016). Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern. *BMC public health*, 16(1), 1170.
- Morelli, M., Bianchi, D., Baiocco, R., Pezzuti, L., & Chirumbolo, A. (2016). Sexting, psychological distress and dating violence among adolescents and young adults. *Psicothema*, 28(2), 137-142.
- Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M.D. y Gil-Julíá, B. (2020). Prevalencia e influencia de la violencia homofóbica sobre la sin-

- tomatología depresiva y el nivel de autoestima. *Informació Psicològica*. doi: 10.14635/IPSIC.2020.120.6
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V. & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, 39, 167-174. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.07.003.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D., & González, M. P. (2007). Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification, and health consequences. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 298-304.
- Niolon, P. H., Vivolo-Kantor, A. M., Tracy, A. J., Latzman, N. E., Little, T. D., DeGue, S., Lang, K. M., Estephan, L.F., Ghazarian, S., Kamwa, W. L., Taylor, B., Johnson, L., Kuoh, H., Burton, T., Fortson, B., Mumford, E. A., Nelson, S. C., Joseph, M. A., & Sharp, A. T. (2019). An RCT of dating matters: effects on teen dating violence and relationship behaviors. *American journal of preventive medicine*, 57(1), 13-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.022>
- O'Sullivan, L. F., & Majerovich, J. (2008). Difficulties with sexual functioning in a sample of male and female late adolescent and young adult university students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17(3), 109-121.
- Ogas, O., & Gaddam, S. (2011). *A billion wicked thoughts*. New York, NY: Penguin.
- O'Leary, K. D., Slep, A. M. S., Avery-Leaf, S., & Cascardi, M. (2008). Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students. *Journal of Adolescent Health*, 42(5), 473-479.
- Omar, H. A., Greydanus, D.E., Patel, D. R., & Merrick, J. (2008). Adolescence, chronic illness and disability. *Internat J Disabil Hum*.
- OMS (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach] ISBN 978-92-4-351288-4
- OMS (2019) Mortalidad materna. Consultado en marzo de 2021 en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS (2021) Definición de la salud sexual. Consultado en marzo de 2021 en https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- ONUSIDA (2018). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
- Optenet (2010). *Estudio preliminar sobre tendencias en Internet: Contenidos con más presencia en la Web y evolución 2009 - 2010*. Consultado el 4 de marzo de 2021 en <https://antonio-gonzalez.es/wp-content/uploads/2010/04/Optenet-EstudioTendencias-Internet-2009-2010.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Notas descriptivas: Infecciones de transmisión sexual*. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Adolescent pregnancy*. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- Orzack, M.H. y Ross, C.J. (2000). Should virtual sex be treated like other sex addictions? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 113-125. Special Issue: Cibersex: The dark side of the force.
- O'Sullivan, L. F., Brotto, L. A., Byers, E. S., Majerovich, J. A., & Wuest, J. A. (2014). Prevalence and characteristics of sexual functioning among sexually experienced middle to late adolescents. *The journal of sexual medicine*, 11(3), 630-641.
- O'Sullivan, L. F., Byers, E. S., Brotto, L. A., Majerovich, J. A., & Fletcher, J. (2016). A longitudinal study of problems in sexual functioning and related sexual distress among middle to late adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 318-324.
- Owens, E. W., Behun, R. J, Manning, J. C. y Reid, R. C. (2012). The Impact of Internet Pornography on Adolescents: A Review of the Research. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19, 99-122.
- Palacios, S., Castaño, R., & Grazziotin, A. (2009). Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas*, 63(2), 119-123.
- Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881-892.
- Paxton, K. C., & Robinson, W. L. (2008). Depressive symptoms, gender, and sexual risk behavior among African-American adolescents: Implications for prevention and intervention. *Journal of prevention & intervention in the community*, 35(2), 49-62.
- Pereda, N. & Forns, M. (1997). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse and Neglect*, 31:417-26.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores* (Tesis doctoral). Recuperado de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2533/02.NPB_INVESTIGACION_EMPIRICA.pdf?sequence=3.
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 126-133.
- Pereda, N., & Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista española de medicina legal*, 39 (1), 19-25.
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31 (4), 417-426.
- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015a). Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in juvenile justice. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-29. doi: 10.1177/0886260515597440.

- Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015b). Victimization and polyvictimization among Spanish adolescent outpatients. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 24 (9), 1044-1066.
- Pereda, N., Guilera, G., Fornis, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse & neglect*, 33(6), 331-342.
- Pérez, P., De la Fuente, S., García, L., Guijarro, J., y De Blas, M. E. (2010). *Estudio sobre seguridad y privacidad en el uso de los servicios móviles por los menores españoles*. Observatorio de la Seguridad de la Información de INTECO y Orange. <https://www.reicaz.org/reicaz-e/intecomv.pdf>
- Pérez-Bonet, G. (2010). Cibersocialización y adolescencia: un nuevo binomio para la reflexión en educación social. *Revista de Educación Social*, 11. Recuperado de goo.gl/8mc1lv
- Perez-Brumer, A., Day, J.K., Russell, S.T. y Hatzenbuehler, M.L. (2017) Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(9), 739-746. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.010>.
- Peter, J. & Valkenburg, P. M. (2006). Adolescents' exposure to sexually explicit material on the Internet. *Communication Research*, 33(2), 178-204.
- Philaretou, A., Mahfouz, A., y Allen, K. (2005). Use of Internet pornography and men's well-being. *International Journal of Men's Health*, 4, 149-169.
- Pichardo, J. I., Molinuevo, B., & Riley, R. L. (2009). Achieving real equality: A work in progress for LGBT youth in Spain. *Journal of LGBT Youth*, 6(2-3), 272-287.
- Pichardo, J. I., Molinuevo, B., Rodríguez, P. O., Martín, N., & Romero, M. (2007). Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria). Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales. Madrid, España.
- Plant, M. y Plant, M. (2003). Sex Addiction: a comparison with dependence on psychoactive drugs. *Journal of Substance Use*, 8, 260-266.
- Pollack, W., & Schuster, T. (2000). *Real boys' voices: Boys speak out about drugs, sex, violence, bullying, sports, school, parents, and so much more*. Random House.
- Pons-Salvador, G., Martínez, A., Pérez, M., & Borrás, J. J. (2006). La evaluación del abuso sexual infantil: comparación entre informes periciales en función del diagnóstico de abuso. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 317-330.
- Pornhub (2018). *Pornhub's 2018 Year in Review*. Retrieved February 4, 2018, from <https://www.pornhub.com/insights>
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R. C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *European urology*, 51(3), 816-824.
- Próspero, M., & Vohra-Gupta, S. (2007). Gender differences in the relationship between intimate partner violence victimization and the perception of dating situations among college students. *Violence and Victims*, 22(4), 489.
- Ragsdale, K., Bersamin, M. M., Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Kerrick, M. R., & Grube, J. W. (2014). Development of sexual expectancies among adolescents: Contributions by parents, peers and the media. *The Journal of Sex Research*, 51(5), 551-560.
- Reid, R.C. y Kafka, M.P. (2014). Controversies about hypersexual disorder and the DSM-5. *Current Sexual Health Reports*, 6 (4), 259-264.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Koch, A. y Rösler, M. (2014). ADHS und sexueller Missbrauch. = ADHD and child sexual abuse. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 62(3), 175-181. doi: 10.1024/1661-4747/a000193.
- Ringrose, J., Gill, R., Livingstone, S., & Harvey, L. (2012). *A qualitative study of children, young people and sexting: a report prepared for the NSPCC*. Recuperado de <http://goo.gl/SJiCnq>
- Rivers, I. (2004). Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay, men, and bisexuals. *Crisis*, 25(4), 169-175.
- Rivers, I., & Cowie, H. (2006). Bullying and homophobia at UK schools: A perspective on factors affecting resilience and recovery. *Journal of Gay and Lesbian Issues in Education*, 3(4), 11-43.
- Roberts, K. E., Schwartz, D., & Hart, T. A. (2011). Social anxiety among lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) adolescents and young adults. In C. Alfano & D. Beidel (Eds.) *Social anxiety disorder in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice*. Washington, DC: American Psychological Association
- Rodríguez-Castro, Y., Alonso-Ruido, P., González-Fernández, A., Lameiras-Fernández, M., y Carrera-Fernández, M. V. (2017). Spanish adolescents' attitudes towards sexting: Validation of a scale. *Computers in Human Behavior*, 73, 375-384. Doi: 10.1016/j.chb.2017.03.049
- Rodríguez-Castro, Y., Alonso-Ruido, P., Lameiras-Fernández, M., & Faílde-Garrido, J.M. (2018). Del sexting al cibercontrol en las relaciones de pareja de adolescentes españoles: análisis de sus argumentos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(3), 170-178. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n3.4>
- Rodríguez-Franco, L., Borrego, J. L. C., Rodríguez-Díaz, F. J., Mollada, C. B., Pineda, C. E., Bellerín, M. Á. A., & Quevedo-Blasco, R. (2012). Labeling dating abuse: Undetected abuse among Spanish adolescents and young adults. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 55-67.
- Ross, M. W., Mansson, S. A. y Daneback, K. (2011). Prevalence, severity and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. *Archives of Sexual Behavior*, publicado online el 12 de mayo de 2011.

- Ross, M., Rosser, B., McCurdy, S., y Feldman, J. (2007). The advantages and limitations of seeking sex online: a comparison of reasons given for online and offline sexual liaisons by men who have sex with men. *Journal of Sex Research*, 44, 59-71.
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M.D. (2015). Personality as a mediating variable in condom use among Spanish youth. *Journal of Health Psychology*, 22, 537-547.
- Salmeron, P., Ballester, R., Gómez, S., y Gil, M.D. (2009). Adicción a internet en jóvenes. *XVIII Reunión de la SPCV*. Genética y ambiente: de los endofenotipos a la intervención familiar, Peñíscola, 29 y 30 de Mayo de 2009.
- Sánchez, L.I., Mora, J.J., Oviedo, O. (2017). Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2017;10(2): 96-103.
- Scott-Sheldon L.A.J., Carey, K.B., Cunningham, K., Johnson, B.T., Carey, M.P. y The MASH Reserch Team. (2016). Alcohol use predicts sexual decision-making: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS and Behavior*, 20, 19-39.
- Schneider, J.P. (1994). Sex addiction: Controversy within mainstream addiction medicine, diagnosis based on the DSM-III-R and physician case histories. *Sexual Addiction & Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention*, 1, 19-44.
- Schwartz, M. F. y Southern, S. (2000). Compulsive Cybersex: The New Tea Room. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 217-144.
- Schwartz, M. F., & Southern, S. (2000). Compulsive cybersex: The new tea room. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 127-144.
- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization of Spanish youth involved in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*.
- Shakeshaft, C. (2004). *Educator sexual misconduct: a synthesis of existing literatura*. U.S. Department of Education Document PPSS 2004-09. US Department of Education. Recuperado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED483143.pdf>
- Shapiro, G. K., Tatar, O., Sutton, A., Fisher, W., Naz, A., Perez, S. y Rosberger, Z. (2017). Correlates of Tinder Use and Risky Sexual Behaviors in Young Adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(12), 727-734.
- Shaughnessy, K., Byers, E. S. y Walsh, L. (2011). Online Sexual Activity Experience of Heterosexual Students: Gender Similarities and Differences. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 419- 427.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2011). Mental health among Israeli homosexual adolescents and young adults. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 97-116.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970-978.
- Sriprasert, I., Chaovitsaree, S., Sribanditmongkhol, N., Sunthornlimsiri, N. y Kietpeerakool, C. (2015). Unintended pregnancy and associated risk factors among young pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128, 228-231. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.09.004>.
- Sriprasert, I., Chaovitsaree, S., Sribanditmongkhol, N., Sunthornlimsiri, N. y Kietpeerakool, C. (2015). Unintended pregnancy and associated risk factors among young pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128, 228-231.
- Stidham, K., Kusunoki, Y., Gatny, H. y Barber, J. (2014). Social discrimination, stress, and risk of unintended pregnancy among young women. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 330-337.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi: 10.1177/1077559511403920.
- Storm, M.D. (1980) Theories of Sexual Orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5) 783-792.
- Strassberg, D. S., McKinnon, R. K., Sustaíta, M. A., & Rullo, J. (2013). Sexting by high school students: An exploratory and descriptive study. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 15-21. doi: 10.1007/s10508-012-9969-8
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., y Eisenberg, M. E. (2018). Connections that moderate risk of non-suicidal self-injury among transgender and gender non-conforming youth. *Psychiatry research*, 268, 65-67. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.068>
- Taylor, B. G., Mumford, E. A. (2016). A national descriptive portrait of adolescent relationship abuse: Results from the national survey on teen relationships and intimate violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(6), 963-988. doi:10.1177/0886260514564070
- Temple, JR., van den Berg, P., Ling, Y., Paul, JA. y Temple, BW (2014). Brief report: teen sexting and psychosocial health. *J Adolesc*, 37, 33-36.
- Thompson, S. (1996). *Going all the way: Teenage girls' tales of sex, romance, and pregnancy*. Macmillan.
- Thornburgh, D. y Lin, H. S. (2002). *Youth, pornography and the Internet*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.
- Tomsa, R. Gutu, S. Cojocar, D. Gutiérrez-Bermejo, B. Flores, N. Jernaro, C. (2021) Prevalence of Sexual Abuse in Adults with Intellectual Disability: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 1980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041980>
- Trillo, V., Loreto, N. & Figueroa, C. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública o de intervención social. *CULCYT*. 49 (1): 51-59.

- Tsai, J. Y., Sussman, S., Pickering, T. A. y Rohrbach, L. A. (2019). Is Online Partner-Seeking Associated with Increased Risk of Condomless Sex and Sexually Transmitted Infections Among Individuals Who Engage in Heterosexual Sex? A Systematic Narrative Review. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 533-555.
- UNICEF (2012). *4º Estudio de maltrato infantil*. Santiago de Chile: Chile. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_maltrato_infantil_unicef.pdf.
- Vagi, K. J., O'Malley Olsen, E., Basile, K. C., Vivolo-Kantor, A. M. (2015). Teen dating violence (physical and sexual) among US high school students: Findings from the 2013 National Youth Risk Behavior Survey. *JAMA Pediatrics*, 169(5), 474-482. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.3
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Ponnet, K. y Walrave, M. (2014). Brief report: The association between adolescents' characteristics and engagement in sexting. *J Adolesc*, 37, 1387-1391.
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Walrave, M., Ponnet, K. y Peeters, E. (2016). Exploring the role of social networking sites within adolescent romantic relationships and dating experiences. *Computers in Human Behavior*, 55, 76-86
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Walrave, M., Ponnet, K., & Peeters, E. (2017). Sexting: adolescents' perceptions of the applications used for, motives for, and consequences of sexting. *Journal of Youth Studies*, 20(4), 446-470.
- Van Schrojenstein, H.M.J., Rook, F. y Maaskant, M.A. (2011). The use of contraception by women with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 434-440.
- Velezmoro, R., Negy, C. y Livia, J. (2011). Online sexual activity: Cross-national comparison between United States and peruvian college students. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1015-1025.
- Verdugo, M.A., Alcedo, M.A., Bermejo, B. y Aguado, A.L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129.
- Villegas-Castaño, A. y Tamayo-Acevedo, L.S. (2013). Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. *IATREIA*, 29, 5-17.
- Voisin, D.R., Hotton, A., Tan, K. y DiClemente, R. (2013). A Longitudinal examination of risk and protective factors associated with drug use and unsafe sex among young African American females. *Children and Youth Services Review*, 35, 1440-1446.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2002). The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 26 (1), 11-22.
- Webster S., Davidson J., Bifulco A., Gottschalk P., Caretti V. Pham T., & Grove-Hills J. (2010). *Scoping Report: European Online Grooming Project*. European Online Grooming Project for the European Commission Safer Internet Plus Programme. Recuperado de <https://goo.gl/5Db5tv>
- Wellings, K., & Mitchell, K. (Eds.). (2012). *Sexual health: a public health perspective*. McGraw-Hill Education (UK).
- Wells, T. T., Vanderlind, W. M., Selby, E. A. & Beevers, C. G. (2014). Childhood abuse and vulnerability to depression: Cognitive scars in otherwise healthy young adults. *Cognition & emotion*, 28(5), 821-833. doi: 10.1080/02699931.2013.86425.
- Whiteley, L. B., Brown, L. K., Swenson, R. R., Valois, R. F., Vanable, P. A., Carey, M. P., ... Romer, D. (2012). African American Adolescents Meeting Sex Partners Online: Closing the Digital Research Divide in STI/HIV Prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 33(1), 13-18.
- Wolak, J., Mitchell, K., & Finkelhor, D. (2007). Unwanted and Wanted Exposure to Online Pornography in a National Sample of Youth Internet Users. *Pediatrics*, 119(2), 247-257. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1891>
- Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S.J. et al. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): Age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex & Marital Therapy* 39:1-6, 2013.
- World Health Organization. Sexual Health. (2012). Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/s_h_definitions/en/
- Ybarra, M. L. y Mitchell, K. J. (2016). A national study of lesbian, gay, bisexual (LGB), and non-LGB youth sexual behavior online and in-person. *Archives of Sexual Behavior*, 45(6), 1357-1372.
- Ybarra, M.L & Mitchell KJ. (2014). "Sexting" and its relation to sexual activity and sexual risk behavior in a national survey of adolescents. *J Adolesc Health*, 55, 757-764.
- Young, K. (1998). *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: John Wiley & Sons.
- Young, K. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. En L. VandeCreek y T. Jackson (eds). *Innovations in clinical practice: a source book*. Sarasota: Professional Resource Press, pp. 1-13.