



Hoja de Trabajo

¿Cómo saber si tengo una Adicción al Comportamiento Sexual?

¿Cuándo fue la última vez que te Masturbaste?

¿Lo hiciste con Pornografía?

¿Podrías dejar de Masturbarte durante 7 días completos?

¿Cuándo fue la última vez que viste Pornografía?

¿Cuánto tiempo le dedicas a la Pornografía / Masturbación?



¿Has experimentado Problemas de Eyaculación Precoz - Retardada?

¿Has experimentado Problemas de Erección con una pareja pero no al masturbarte con pornografía?

¿Sientes que ahora tu pareja no te genera excitación / deseo sexual, pero antes sí?

¿Tus gustos Pornográficos han escalado a Géneros Extremos?

¿Has trasladado tus gustos Pornográficos a la Realidad?

¿Cuando tienes Relaciones Sexuales estás Pensando en Pornografía?



¿Cuántas veces al Día / Semana / Mes tienes Sexo? ¿Estás conforme?

¿Has tenido conflictos en tu vida por la masturbación, la pornografía o el sexo?

¿Te masturbas en momentos o lugares no adecuados?

¿Alguien en tu familia ha sufrido por tu comportamiento sexual?

¿Has desarrollado fetiches debido a tu consumo de pornografía?

¿Luego de masturbarte experimentas sentimientos de culpa?