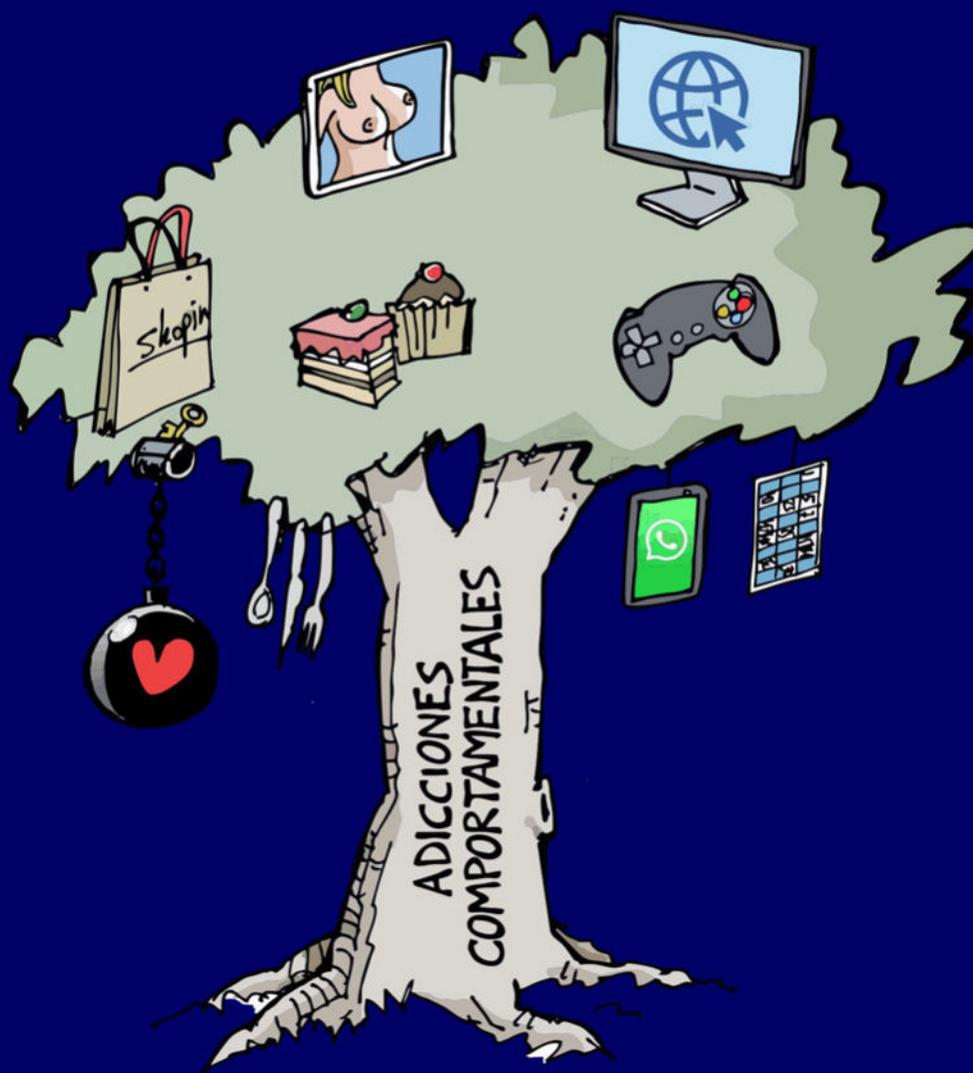


GUÍA DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES

(Manual para profesionales)



1 de mayo de 2023

RPI nº: Pendiente

ISBN: Pendiente

Financiada por el Ministerio de Sanidad de España

Edición: Departamento de Publicaciones Fundación Instituto Spiral

Agradecimiento:

Al Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia del Ministerio de Sanidad por la sensibilidad mostrada al propiciar una guía para profesionales que profundice en una afección poco visible pero frecuente y nociva.

Los puntos de vista y las opiniones expresadas en estos materiales pertenecen únicamente a los autores y no reflejan necesariamente los de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la Unión Europea o la Comisión Europea.

Relación de autores

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

Coordinador de la obra

Psiquiatra

Fundación Instituto Spiral. Madrid

Pilar Blanco Zamora

Médica psicoterapeuta

Fundación Instituto Spiral. Madrid

Leandro Palacios Ajuria

Psicólogo clínico

Fundación Instituto Spiral. Madrid

María Miranda García-Rovés

Técnica en investigación

Fundación Instituto Spiral. Oviedo

Cruz Rivas Reguero

Psicóloga general sanitaria

Fundación Instituto Spiral. Oviedo

María de la Villa Moral Jiménez

Profesora Titular de Universidad.
Psicóloga Social

Universidad de Oviedo

Maquetación: Pablo Martínez

Ilustración: Neto

Índice temático

PARTE GENERAL: MARCO COMÚN

ASPECTOS NUCLEARES DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES
PSICOTERAPIA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN GENERAL

PARTE ESPECÍFICA: DIFERENTES TIPOLOGÍAS

JUEGO PATOLÓGICO
JUEGO ONLINE EN ADOLESCENTES
ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL O CELULAR
ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS
USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET
COMPRA COMPULSIVA
ADICCIÓN AL SEXO Y A LA PORNOGRAFÍA
ADICCIÓN A LA COMIDA
DEPENDENCIA EMOCIONAL O AFECTIVA

ANEXOS

ANEXO I: ALGUNOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ADICCIÓN
COMPORTAMENTAL
ANEXO II: GLOSARIO DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS
ANEXO III: HISTORIA CLÍNICA COMPORTAMENTAL
ANEXO IV: PREVENCIÓN ADICCIONES COMPORTAMENTALES
ANEXO V: CASOS CLÍNICOS DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES
ANEXO VI: RELACIÓN DE CENTROS ASISTENCIALES QUE ATIENDEN A ADICTOS
COMPORTAMENTALES

ÍNDICE

Primera parte

PRESENTACIÓN.....	12
¿POR QUÉ UNA GUÍA INTEMPORAL?.....	12
ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN GENERAL:	14
ASPECTOS NUCLEARES	14
INTRODUCCIÓN	14
EN TORNO AL CONCEPTO DE ADICCIÓN.....	15
<i>NO TODOS LOS HÁBITOS Y USOS ABUSIVOS SON ADICCIONES.....</i>	<i>15</i>
DEFINICIÓN DE ADICCIÓN COMPORTAMENTAL	16
CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES.....	18
<i>Similitudes y diferencias entre ambos tipos de adicción</i>	<i>18</i>
PREVALENCIA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES	18
DIAGNÓSTICO DE ADICCIÓN COMPORTAMENTAL.....	19
ETIOLOGÍA	19
<i>El proceso de convertirse en adicto comportamental.....</i>	<i>19</i>
<i>Bases neurobiológicas.....</i>	<i>22</i>
EVALUACIÓN	24
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS.....	24
<i>Consecuencias (I): Las áreas básicas de la adicción.....</i>	<i>25</i>
<i>Consecuencias (II): Los síntomas diana</i>	<i>33</i>
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.....	33
<i>Relación entre comportamiento compulsivo y adicción.....</i>	<i>34</i>
<i>Personalidad y adicciones comportamentales.....</i>	<i>34</i>
EVOLUCIÓN: CURSO NATURAL DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES	34
TRATAMIENTO	35
<i>Tratamiento farmacológico</i>	<i>35</i>
<i>Tratamiento psicoterapéutico.....</i>	<i>36</i>
BIBLIOGRAFÍA	38
PROGRAMA DE PSICOTERAPIA EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES.....	44
PSICOTERAPIA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES	44
ÁMBITOS GENERALES DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y CRITERIOS EVOLUTIVOS	44
<i>Actitud ante el tratamiento.....</i>	<i>44</i>
<i>Dimensión psicológico / estructural.....</i>	<i>44</i>
<i>Plano sociorrelacional.....</i>	<i>45</i>
<i>Dimensión adictiva.....</i>	<i>45</i>
SECUENCIACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	45
<i>Primera etapa: Dimensión adictiva.....</i>	<i>45</i>
<i>Segunda etapa: Dimensión vincular.....</i>	<i>46</i>
<i>Tercera etapa: Dimensión caracterial.....</i>	<i>46</i>
<i>Cuarta etapa: Dimensión adictiva.....</i>	<i>48</i>

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES	48
<i>Dimensiones de la terapia individual en adicciones comportamentales</i>	48
<i>Fases de la psicoterapia individual en adicciones comportamentales</i>	48
PSICOTERAPIA DE GRUPO EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES	50
<i>A título unipersonal</i>	50
<i>A título relacional</i>	51
<i>Etapas del proceso grupal</i>	52
<i>Algunos consejos prácticos en psicoterapia de grupo</i>	54
TERAPIA FAMILIAR EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES	55
<i>El papel de las Áreas Básicas en la terapia familiar de las AC</i>	55
<i>La codependencia como aspecto focal de intervención</i>	55
MODALIDADES DE INTERVENCIÓN Y ETAPAS DEL PROCESO TERAPÉUTICO	57
<i>Terapia Unifamiliar</i>	57
TERAPIA MULTIFAMILIAR	59
<i>Funciones de la terapia multifamiliar en adicciones</i>	59
<i>Etapas que configuran el plan de intervención multifamiliar</i>	61

Segunda parte

JUEGO PATOLÓGICO LUDOPATÍA CLÁSICA JUEGO POR INTERNET	70
CONCEPTO DE JUEGO PATOLÓGICO	70
PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO	71
EVALUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO	72
ETIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO	72
<i>¿Por qué juega?</i>	72
DIAGNÓSTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO	75
CONSECUENCIAS DEL JUEGO PATOLÓGICO	75
<i>Juego por internet y consecuencias</i>	75
COMORBILIDAD CON OTRAS PATOLOGÍAS	76
<i>Comorbilidad compra- juego</i>	76
<i>Juego y t. uso de sustancias comorbilidad</i>	76
<i>Juego y tabaco: comorbilidad</i>	76
JUEGO ONLINE EN ADOLESCENTES	76
COMORBILIDAD DEL JUEGO ONLINE	77
TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO	77
BIBLIOGRAFÍA	79
USO ABUSIVO Y ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL	83
CONCEPTO DE USO ABUSIVO Y ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL	84
PREVALENCIA	84
<i>Diferencias por edad y género</i>	85
DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL	85
EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL	85
ETIOLOGÍA. FACTORES CAUSALES DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL	86
<i>Factores predisponentes de personalidad</i>	87
<i>Impulsividad, búsqueda de sensaciones y autoestima</i>	87
NUEVAS PATOLOGÍAS DERIVADAS DEL USO DEL MÓVIL	87
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL	87
TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL	88
BIBLIOGRAFÍA	90
ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	94
CONCEPTO DE ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	94

PREVALENCIA DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	94
EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	95
ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	95
<i>Factores de predisposición: trastorno mental previo</i>	96
DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	96
<i>Diferencias entre jugadores</i>	97
CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	97
TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS	98
BIBLIOGRAFÍA	100
USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADOLESCENTES	104
CONCEPTO DE USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADOLESCENTES	104
EVALUACIÓN DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADOLESCENTES	104
COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET Y ADOLESCENTES	105
<i>Trastornos de alimentación y adicción a internet</i>	106
<i>Uso problemático de redes sociales</i>	106
BIBLIOGRAFÍA	107
ADICCIÓN A LA COMPRA	109
CONCEPTO DE ADICCIÓN A LA COMPRA	110
PREVALENCIA DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA	110
EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA	111
DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA	112
CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA	112
COMORBILIDAD GENERAL	112
<i>Comorbilidad compra juego</i>	113
TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA	113
<i>4 experiencias ilustrativas</i>	113
BIBLIOGRAFÍA	115
ADICCIÓN AL SEXO Y A LA PORNOGRAFÍA	117
CONCEPTO DE ADICCIÓN AL SEXO	118
<i>A qué fin sirve la sexoadicción</i>	118
PREVALENCIA DE LA ADICCIÓN AL SEXO	119
EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN AL SEXO	120
ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN AL SEXO	120
TRASTORNO DE CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA	120
ETIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA	121
<i>Diferencias hombre mujer</i>	121
<i>Predictores de conducta sexual compulsiva en mujeres</i>	121
CONSECUENCIAS DE LA CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA	122
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y COMPLICACIONES	122
<i>Trastornos asociados</i>	122
TRATAMIENTO	122
BIBLIOGRAFÍA	125
ADICCIÓN A LA COMIDA	130
CONCEPTO DE ADICCIÓN A LA COMIDA	130
PREVALENCIA DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA	131
<i>Prevalencia comparada con otros trastornos alimentarios</i>	131
EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA	132
ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA	132
<i>Circuitos de recompensa</i>	132
<i>Similitud entre adicción a drogas y a sustancias</i>	133
<i>Personalidad previa</i>	133
<i>Factores concurrentes</i>	133
CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA	134
<i>Adicción a la comida en adolescentes</i>	134
COMORBILIDAD CON OTRAS PATOLOGÍAS	134

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA	134
<i>Tratamiento farmacológico</i>	134
<i>Tratamiento nutricional</i>	135
<i>Tratamiento psicofisiológico</i>	136
<i>Tratamiento psicoterapéutico</i>	136
BIBLIOGRAFÍA	138
DEPENDENCIA EMOCIONAL O AFECTIVA	142
CONCEPTO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL Y COADICCIÓN: AMOR PATOLÓGICO	142
DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA EMOCIONAL O AFECTIVA Y COADICCIONES (CODEPENDENCIA Y BIDEPENDENCIA)	143
PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL	145
EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL	145
ETIOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL	146
PSICOPATOLOGÍA DE LAS DEPENDENCIAS SENTIMENTALES	148
<i>Dependencia emocional o afectiva</i>	148
<i>Codependencia</i>	149
<i>Bidependencia</i>	150
TRATAMIENTO: LÍNEAS PROSPECTIVAS DE ACTUACIÓN	151
BIBLIOGRAFÍA	152
ANEXO I: ALGUNOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ADICCIÓN COMPORTAMENTAL.....	157
ANEXO II: GLOSARIO DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS	161
ANEXO III: HISTORIA CLÍNICA COMPORTAMENTAL	167
ANEXO IV: PREVENCIÓN ADICCIONES COMPORTAMENTALES	185
ANEXO V: CASOS CLÍNICOS DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES.....	191
ANEXO VI: RELACIÓN DE CENTROS ASISTENCIALES QUE ATIENDEN A ADICTOS COMPORTAMENTALES	197

Presentación

¿Por qué una guía intemporal?

Año 2164, una señora se hiperestimula sexualmente con un sensor epicraneal que maneja a voluntad moviendo sus dedos en el aire. Pasa largas horas y toda su vida gira en torno al comportamiento adictivo. Año 2389 un joven recostado y con los ojos cerrados recibe ondas λ (lambda) en el el centro cerebral del placer que ya no es el área tegmental ventral sino otra zona mucho más restringida (delectatio core). Modifica frecuencia y voluntad sin necesitar mover los dedos, solo con el pensamiento.

Mientras existamos sobre la faz de la tierra existirán a su vez las adicciones como condición humana. Y la raíz adictógena siempre será la misma: la obtención del placer, el alivio del malestar o ambas. Enfrentemos -pues- esa matriz adictiva analizando su causalidad, devenir, consecuencias y abordaje. Lo haremos en la primera parte de la guía titulada “adicciones comportamentales en general” desarrollando los aspectos nucleares, y -por tanto- intemporales.

Pero esta guía aparece en el año 2023 y debe responder al tiempo presente. Para ello, en la segunda parte, específica, hemos seleccionado un repertorio representativo de las principales adicciones comportamentales de forma actualizada para servir de referente a profesionales que quieran consultarla. Y para mayor practicidad hemos incorporado al final una relación de recursos que atienden a sujetos con adicción comportamental

Nuestra aspiración es que esta guía permanezca vigente; es decir, que en su parte genérica sirva tanto para las adicciones comportamentales presentes como las futuras. Sabemos que muchas de las actuales desaparecerán por el devenir del

progreso: por ejemplo, la adicción a videojuegos, a smartphones (o teléfonos móviles o celulares) y demás adicciones tecnológicas, porque el paso del tiempo creará nuevas dependencias y dejará en el olvido otras. Pero lo que no cambiará será el núcleo adictivo comportamental que aquí denominamos *áreas básicas* y que permanecerá como referente de abordaje. Es decir, elementos psicológicos como los sentimientos, las emociones y los afectos seguirán manejándose a través del tiempo, cambiando técnicas psicoterapéuticas, tratamientos farmacológicos y modelos de interpretación del fenómeno (que a lo mejor no es ni siquiera un fenómeno, sino otra cosa con otra denominación que aportarán los futuros teóricos).

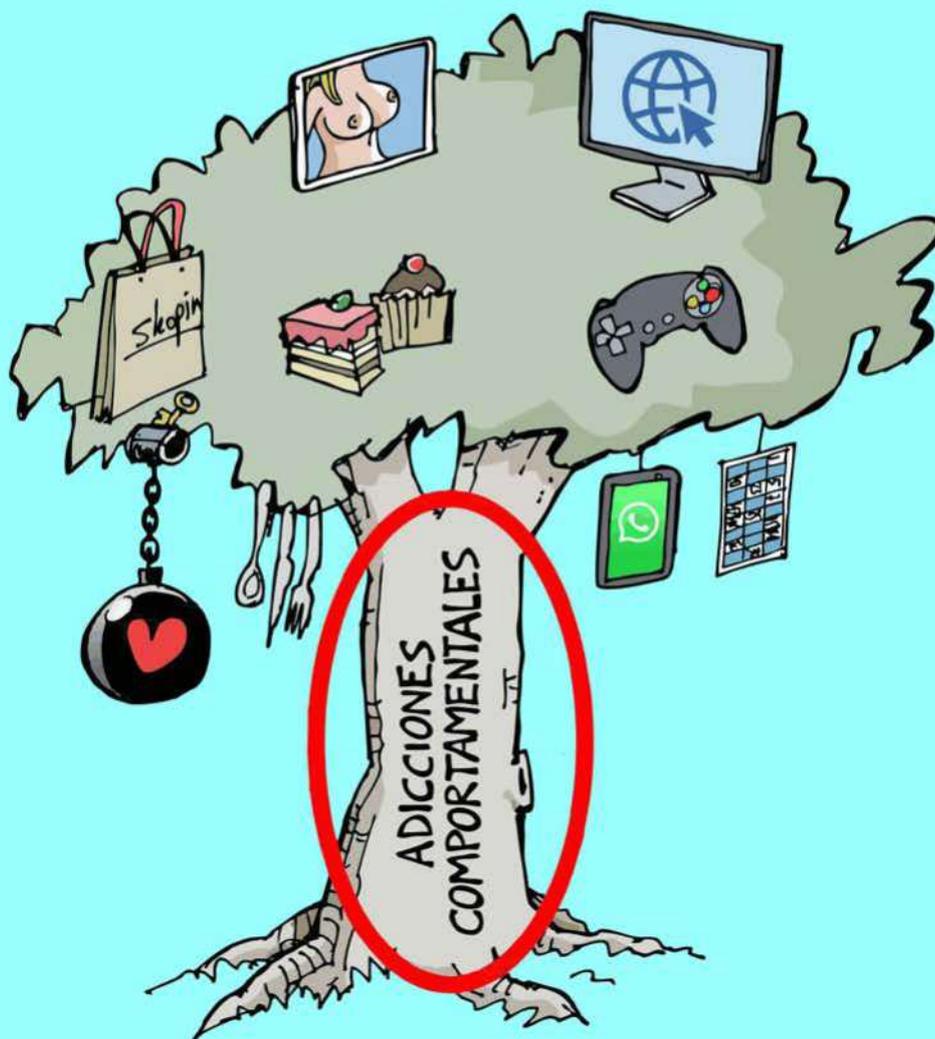
La guía se divide en dos partes bien diferenciadas: una primera, nuclear, aborda el eje troncal de todas las adicciones, lo que aporta ese matiz de vigencia ya que dichos aspectos definen la quintaesencia de la adicción. La segunda parte desarrolla adicciones comportamentales específicas de plena actualidad en el año de esta publicación, 2023, recurriendo a una amplia selección que incluye juego patológico, juego online en adolescentes, teléfono móvil o celular, videojuegos, uso problemático de internet, compra compulsiva, sexo y pornografía y adicción a la comida. Esta segunda parte de la guía, de adicciones comportamentales concretas, se ha confeccionado recurriendo a revisiones y metaestudios además de la propia experiencia, siempre con esa impronta de actualización. En cualquier caso, las ideas motrices de esta obra han sido la condensación práctica y rigurosa de conocimientos y sobre todo la pretensión de que permanezca vigente y se pueda seguir consultando pasados los años.

Madrid, 1 de mayo de 2023

Carlos Miguel Sirvent, coordinador de la obra

ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN GENERAL

ASPECTOS NUCLEARES



ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN GENERAL:

ASPECTOS NUCLEARES

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

INTRODUCCIÓN

Un pastor que pasa largas horas en el campo con su rebaño oyendo la radio para matar el tiempo. Un jubilado que ve televisión sin parar por no aburrirse. Un comercial que se pasa todo el día colgado del móvil por su profesión... ¿Se podrían considerar adictos por el uso excesivo que realizan? ¿Qué determina la adicción? ¿La frecuencia del uso? ¿El abuso? ¿La intensidad del empleo? En realidad, ninguna de las anteriores: lo que define y matiza la adicción mayormente son las consecuencias tanto para el sujeto como para sus allegados. Ninguno de los anteriores ejemplos entra en este supuesto. Otro ejemplo más: un jugador aficionado a la lotería que todas las semanas apuesta pero gasta dinero mesuradamente y es capaz de controlar, es decir, pasar temporadas sin jugar tampoco se puede considerar adicto.

Un hábito, una afición desmedida, una manía compulsiva no son necesariamente adicciones. Para que esta exista debe haber efectos nocivos que se definirán a lo largo de la guía y que comprenden las tres esferas vitales del sujeto: psicológica, social y biológica. Algunos autores^{1,2,3} establecen un paralelismo directo entre la adicción a sustancias y a conductas, concluyendo que cualquier adicción, comportamental o drogodependencia - indistintamente- se caracterizaría¹ por: 1) Capacidad para engancharse a comportamientos reforzantes. 2) Excesiva preocupación por el consumo, o conductas de las que se desprende un refuerzo positivo. 3) Tolerancia o nivel de saciedad temporal. 4) Pérdida de control, en donde la frecuencia de la conducta se incrementa haciéndose cada vez más automática. 5) Dificultad en detener o evitar dicha conducta, a pesar de la existencia de importantes consecuencias negativas.

Por otra parte, la diferencia mórbida entre las adicciones con sustancia y sin sustancia no es clara, salvo por la existencia de la propia sustancia. A pequeña escala, dentro de las adicciones sociales o comportamentales, no es frecuente encontrar a sujetos con adicciones psicológicas múltiples^{4,5,6}. Todavía está por determinar lo que es y no es adicción dentro de esta categoría de adicciones y cuáles son los puntos reales de similitud o diferencia respecto de las adicciones con sustancias. Sin embargo, es evidente que la ludopatía ya comparte el perfil ampliamente aceptado de adicción, lo que permitiría una mayor posibilidad de estudio sin el deterioro producido por las drogas⁷.

Otros autores³ establecen un paralelismo directo entre la adicción a sustancias y a comportamientos. En este caso, aún en ausencia de sustancia, se considera igualmente la intervención de todo el circuito del refuerzo, con toda la maquinaria dopaminérgica del núcleo accumbens e hipocámpica. Es decir, si prescindimos de los receptores-diana de las sustancias, todo lo demás podría explicar las adicciones comportamentales³. Consecuentemente, una conducta de abuso no

es necesariamente una adicción. Se puede abusar de una sustancia o de un comportamiento de forma continuada sin llegar a la pérdida del control y dependencia que caracterizan a las adicciones. Este aspecto es de una relevancia fundamental en el momento de la evaluación inicial de un paciente, dado que un impulso continuado que lleva al abuso no tiene por qué implicar una conducta de dependencia adictiva. Y esto, a nivel de intervención terapéutica, es de una relevancia fundamental⁸.

EN TORNO AL CONCEPTO DE ADICCIÓN

En el anexo I se incluyen algunos modelos teóricos explicativos de la adicción. En este breve apartado aludiremos brevemente solo a dos, el modelo biológico de enfermedad y el biopsicosocial. La breve alusión al modelo de enfermedad de la adicción se basa en las propiedades fisio(pato)lógicas de las sustancias que actúan sobre sujetos concretos abocando a una adicción recurrente, con episodios de recaída y recidiva que conducen a una enfermedad crónica. Dicho concepto lleva implícitos tres factores:

Genotípico (predisposición individual)

Químico (propiedades inherentes a la droga o comportamiento adictivo)

Fenotípico (el impacto del ambiente en el sujeto).

El sujeto -así- se convierte en un enfermo crónico que mantendrá su adicción y que -aún curado- sigue considerándose enfermo -pese a que consiga estar abstinentes- toda vez que un consumo puede de nuevo precipitar una recaída y la subsiguiente involución.

Los defensores del modelo biopsicosocial consideran que las personas se vuelven adictas a las experiencias⁹. La experiencia adictiva es la totalidad del efecto producido por una participación, que se deriva de fuentes farmacológicas y fisiológicas, pero toma su forma

última de las construcciones culturales e individuales de la experiencia. La forma más reconocible de la adicción es un apego disfuncional extremo a una experiencia nociva, pero que a su vez constituye parte esencial de la ecología de la persona y no puede renunciar. Este estado es el resultado de un proceso dinámico de aprendizaje social en el que la persona encuentra una experiencia gratificante, ya que mejora con urgencia las necesidades sentidas, mientras que a largo plazo daña su capacidad para afrontar las dificultades y disminuye su capacidad para generar fuentes estables de gratificación en su medio ambiente¹⁰.

NO TODOS LOS HÁBITOS Y USOS ABUSIVOS SON ADICCIONES

Sin embargo, autores y publicaciones recientes¹¹ han sugerido que casi todas las actividades de la vida diaria pueden conducir a una adicción genuina. Se discute cómo el uso de enfoques de investigación ateóricos y confirmatorios puede resultar en la identificación de una lista ilimitada de nuevas adicciones conductuales promovidas por estudios con deficiencias tanto metodológicas como teóricas.

Dichos autores sugieren que es probable que los estudios que sobrepatologizan las actividades de la vida diaria den lugar a una evaluación desdeñosa de la investigación de la adicción comportamental, destacando de manera central la necesidad de una investigación de la adicción conductual sostenible más prolongada que cambie de un enfoque meramente basado en criterios hacia un enfoque que se centre en los procesos psicológicos involucrados.

Lo importante en este fenómeno no es el tipo de comportamiento implicado, sino la forma en que se relaciona el sujeto con dicho comportamiento, ya que cualquier actividad normal que resulte placentera para una persona puede convertirse en una conducta adictiva y por ende una actividad placentera desmedida puede intentar ser evitada recurriendo al acto adictivo¹². La clasificación DSM-5 ha propuesto una nueva categoría denominada trastornos adictivos, en donde se incluyen dos categorías, los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos no relacionados con sustancias. En esta última

DEFINICIÓN DE ADICCIÓN COMPORTAMENTAL

categoría, se incluye solamente el trastorno del juego (de apuestas); pero esta nueva versión del manual no menciona explícitamente una categoría de adicciones conductuales¹². Investigaciones¹³ señalaron que la dependencia (física y psíquica) podría ser generada por conductas, que sin haber sustancias de por medio, crean una dependencia, con las mismas características que una dependencia por sustancias psicoactivas.

No existe consenso para considerar las adicciones comportamentales realmente una adicción. Muchos las consideran hábitos, hábitos nocivos, manía, apetito desmedido e incluso afición, siendo diversas las sinonimias de las adicciones comportamentales; “adicciones

Tabla 1 Frecuencia de uso de sinónimos de adicciones comportamentales.

(fecha de búsqueda 27/04/2023)

Sinónimo español/inglés	Google	Google académico	Web of Science	PsycINFO	Scopus	PubMed
Adicción(es) comportamental(es)	98.700	1.740	5	2	70	2
Adicción(es) conductual(es)	38.900	1.730	11	3	60	1
Adicción(es) sin sustancia(s)	60.000	1.080	2	0	19	
Adicción(es) psicológica(s)	21.200	1.310	1	1	24	
Adicción(es) social(es)	15.400	476	1	0	12	
Adicción(es) no química(s)	5.020	406	0	0	0	
Behavioural addiction(s) / behavioral addiction(s)	4.200.000	18.600	2.254	2.136	17.721	1.536
Addicton(s) without substance(s)	3.250.000	143	5	5	18	
Substance-free addiction(s)	3.240.000	43	1	1	4	
Addicton(s) without drug	3.250.000	103	5	3	19	3
Drug free addiction(s)	3.250.000	61	4	3	4	
Psychological addiction(s)	3.410.000	4.570	90	58	161	57
Social addiction(s)	3.260.000	951	20	15	49	10
Non chemical addiction(s)	3.260.000	1.250	18	13	292	13

conductuales”, “adicciones psicológicas”, “adicciones sociales” “adicciones psicosociales” “adicciones sin sustancia” “adicciones no químicas” e incluso “nuevas adicciones”. Podemos comprobar en la tabla 1 la frecuencia de aparición de cada sinónimo tanto en español como en inglés en buscadores técnicos y google.

Entonces, ¿qué son realmente las adicciones comportamentales? Se podrían definir como hábitos comportamentales capaces de proporcionar placer, alivio o ambas cosas, que mediante la reiteración se transforman produciendo dependencia física y/o psicológica con afectación psíquica, relacional y social.

Como en toda dependencia, el sujeto tiene anulada la voluntad y la capacidad de controlar el comportamiento adictivo (CA) pese a las consecuencias perjudiciales del mismo. La persona afectada dedica toda su vida hacia la consecución del CA con serio descuido e incluso abandono de las demás facetas importantes de su vida: pareja/hijos/padres, familia, trabajo, amistades, etc., lo que aboca al empobrecimiento cognitivo-afectivo y relacional del sujeto, que vive instalado en un estado de permanente necesidad que solo se satisface recurriendo al CA que ocupa lugar prioritario, por encima incluso de sus necesidades vitales.

El ciclo pernicioso consiste en un malestar afectivo emocional que evoluciona in crescendo hasta ser acuciante (el denominado craving o ansia) que solo se calma recurriendo a una conducta compulsiva que logre el CA y el subsiguiente alivio de la insatisfacción. El acto adictivo no solo calma el ansia, sino que puede provocar un placer cada vez más fugaz y efímero que desaparece -se extingue- con el tiempo hasta que el adicto no busca el consumo para obtener placer, sino para aliviar su inmenso malestar.

A lo anterior cabe añadir las consecuencias inmediatas y negativas de la conducta, depresión, sentimientos de fracaso, culpa, soledad y baja autoestima. Los síntomas principales de una adicción conductual adaptados a los criterios de la clasificación DSM-5 se pueden ver en el cuadro 1.

Cuadro 1: *Síntomas de la adicción comportamental adaptados a la clasificación DSM-5*

- Intenso deseo, ansia o necesidad imparable de concretar la actividad placentera.
- Pérdida progresiva del control sobre la misma, hasta llegar al descontrol.
- Descuido de las actividades habituales previas, tanto las familiares, como las académicas, laborales o de tiempo libre.
- Estas consecuencias negativas suelen ser advertidas por personas allegadas que se lo comunican al adicto, quien, a pesar de ello, no detiene la actividad y se pone a la defensiva, negando el problema que padece.
- Progresiva focalización de las relaciones, actividades e intereses en torno a la adicción, con descuido o abandono de los intereses y relaciones previos, ajenos a la conducta adictiva.
- Irritabilidad y malestar ante la imposibilidad de concretar el patrón o secuencia adictiva (abstinencia) e imposibilidad de dejar de hacerlo, pasado un corto período.

CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES

1. Con sustancia, adicciones químicas o drogodependencias:
 - a) Psicodepresores: ejemplos: alcohol, opiáceos, hipnosedantes.
 - b) Psicoestimulantes: ejemplos: cocaína, anfetaminas, speed.
 - c) Psicodislépticos: ejemplos: LSD, cannabis, psilocibina.
2. Sin sustancia, no químicas, comportamentales o conductuales:
 - a) Juego o ludopatía.
 - b) Móvil, celular o smartphones.
 - c) Videojuegos.
 - d) Comida.
 - e) Redes sociales e internet.
 - f) Sexo/ pornografía.
 - g) Compras.
 - h) Dependencia afectiva o emocional.
 - i) Otros: ejercicio, trabajo, etc.

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE AMBOS TIPOS DE ADICCIÓN

En anterior epígrafe se expuso el paralelismo entre ambos tipos de adicción. Podemos ampliar las semejanzas entre adicciones comportamentales y a drogas en muchos aspectos entre los que citamos:

- *Etiopatogenia*. El proceso de convertirse en adicto es similar en ambas adicciones. Empieza por la obtención de una

recompensa placentera que obra de catalizador para el mantenimiento y el refuerzo de búsqueda y sigue con el alivio de un malestar cuando no se consigue consumir el comportamiento adictivo; es decir, para calmar el craving o ansia que obra de reforzador negativo en ambas adicciones.

- *Fenómenos de tolerancia y abstinencia*. Cada vez se necesitan más consumos comportamentales o mayor tiempo para conseguir el mismo efecto. Y el síndrome de abstinencia aparece cuando el sujeto, tras un período sin consumir, experimenta un creciente malestar psicofísico que solo se neutraliza recurriendo al consumo. Es decir, los procesos de aprendizaje y condicionamiento son absolutamente superponibles.
- *Consecuencias psicopatológicas* similares (ver apartado correspondiente)
- *Secuelas sociofamiliares*, ruina económica, deterioro relacional, problemas laborales, etc.
- *Circuitos neurológicos* implicados (ver debajo)

PREVALENCIA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Una revisión¹⁴ de 94 estudios con 237.657 participantes de 40 países diferentes obtenía una prevalencia global de la adicción comportamental del 11,1%, mientras que las tasas de prevalencia de cada adicción por separado (tras corregir el sesgo de publicación) fueron del 10,6% para la adicción a internet, 30,7% para la adicción a los smartphones, 5,3% para la adicción a los juegos, 15,1% para la adicción a las redes sociales, 21% para la adicción a la comida, 9 % para la adicción al sexo, 7% para la

adicción al ejercicio, 7,2% para la adicción al juego, 7,2% para la adicción a las compras.

Otra revisión¹⁵ ordena de mayor a menor frecuencia las adicciones comportamentales, siendo las compras/gastos las más comunes, seguidas de la adicción a la comida, al trabajo; internet; y sexo/pornografía. (No incluyeron adicción al móvil ni redes sociales).

La AC menos frecuentes fueron el juego, las autolesiones y el ejercicio. Algunas AC se correlacionaron con otras. Las evaluaciones de género, etnia, edad y depresión positiva y trastorno de estrés postraumático se asociaron con AC específicos.

DIAGNÓSTICO DE ADICCIÓN COMPORTAMENTAL

Una revisión narrativa con opiniones de expertos⁴⁷ sugiere los siguientes criterios para considerar que las adicciones comportamentales cumplen la categoría de otros trastornos especificados debidos a conductas adictivas:

-Relevancia clínica: La evidencia empírica de múltiples estudios científicos demuestra que la conducta adictiva potencial específica es clínicamente relevante y los individuos experimentan consecuencias negativas y alteraciones funcionales en la vida diaria debido a la conducta problemática y potencialmente adictiva.

-Incorporación teórica: Las teorías y modelos teóricos actuales pertenecientes al campo de investigación de las conductas adictivas describen y explican de la forma más adecuada el fenómeno candidato de una conducta adictiva potencial.

-Evidencia empírica: Los datos basados en autoinformes, entrevistas clínicas, encuestas, experimentos conductuales y, si están disponibles,

investigaciones biológicas (neuronales, fisiológicas, genéticas) sugieren que los mecanismos psicológicos (y neurobiológicos) implicados en otras conductas adictivas también son válidos para el fenómeno candidato. Se dispone de diversos grados de apoyo para las formas problemáticas de consumo de pornografía, compras y uso de redes sociales.

La revisión concluye que es importante no patologizar en exceso el comportamiento de la vida cotidiana y, al mismo tiempo, no trivializar condiciones que son de importancia clínica y que merecen consideraciones de salud pública. Los meta-criterios propuestos pueden ayudar a guiar tanto los esfuerzos de investigación como la práctica clínica.

ETIOLOGÍA

EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN ADICTO COMPORTAMENTAL

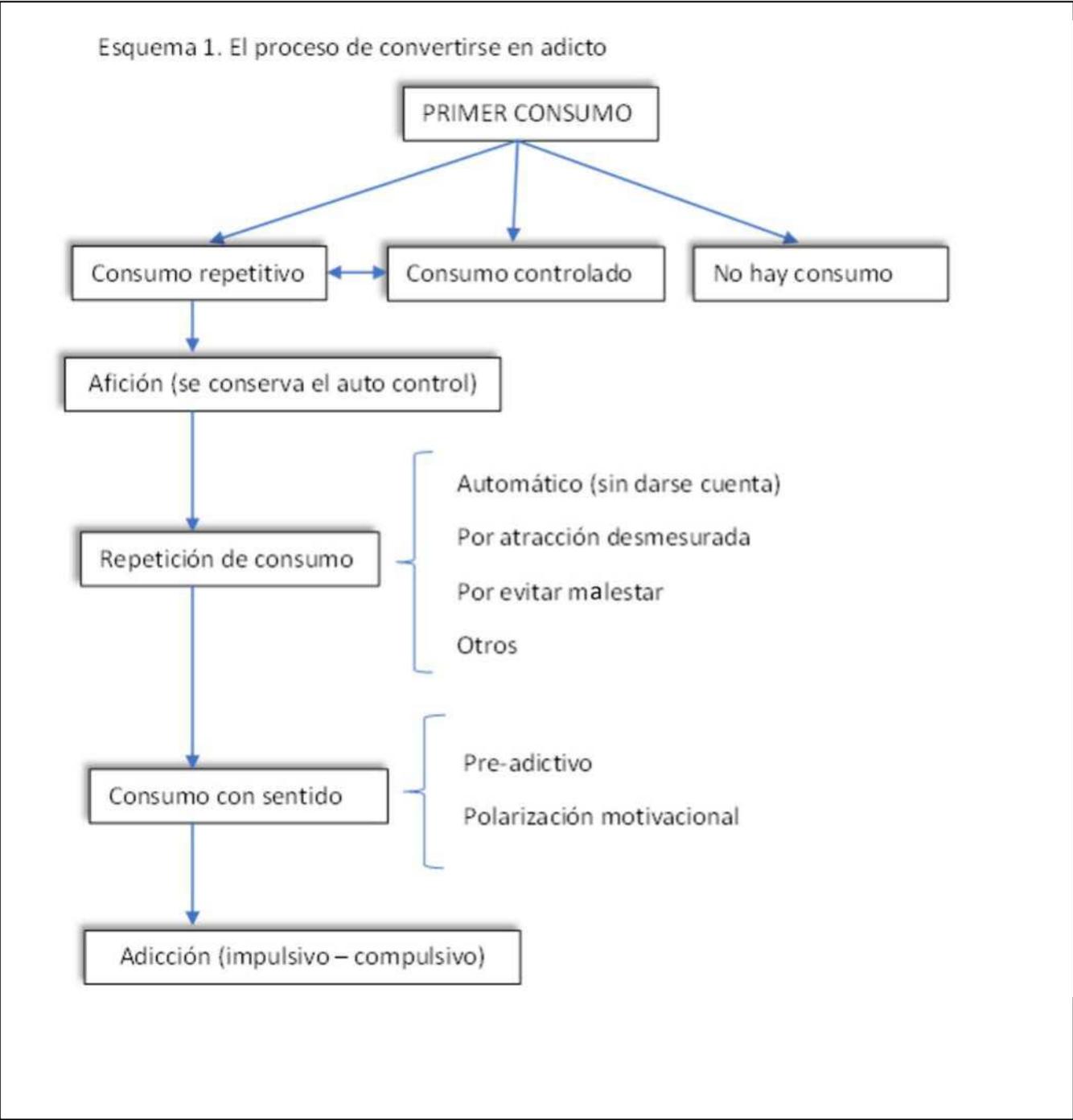
Los primeros contactos están regidos por el impacto del consumo comportamental (CC) en el sujeto (premios en el juego, placer en la comida y sexo, etc.) y así en el resto de los comportamientos). Nótese que casi todos los humanos obtenemos placer con la comida, el sexo, con un premio cuando se juega, comprando algo que nos satisface. Incluso puede ocurrir que los primeros consumos comportamentales sean displacenteros o molestos, como cuando se fuma por primera vez, que resulta desagradable. La cerveza es otro ejemplo, no suele agrandar a la primera. Sin embargo, si se repite el CC, bien porque gustó mucho (atracción desmesurada) o por evitar un malestar, bien por curiosidad, presión social, incluso de forma automática, por pura inercia, puede ocurrir que el sujeto encuentre algo especial que le lleve a repetir casi el comportamiento, al principio con un cierto control de la voluntad y luego por necesidad de repetición porque una fuerza interior le impele al CC. Ha habido un encuentro especial que dispara un

tropismo, una atracción progresiva y a la postre irreversible que impele al sujeto hacia el CC, estableciéndose una suerte de filia, de “consumofilia” para ser más preciso que aboca a un consumo preadictivo que cuando cobra sentido especial para el sujeto acaba siendo adictivo (Esquema 1)

Dicho de forma simplificada: el sujeto se refuerza positivamente (buscando placer) y negativamente (aliviando el ansia por la necesidad de CC). El refuerzo positivo es impulsivo (un

impulso que le impele a buscar sensaciones) mientras que el refuerzo negativo es compulsivo (apremio o deseo vehemente de anular el malestar porque le falta el CC). En cualquier caso, estos fenómenos se van haciendo cada vez más acusados y automáticos hasta que se establece un hábito repetitivo que aboca a una auténtica dependencia.

Lo anterior va provocando una especie de fenómeno de transubstanciación mediante el cual el consumidor entra en una dinámica de pérdida de motivación, de voluntad y ganas de hacer cosas



excepto procurarse el CC. Remarquemos que dicho consumo comportamental (CC) tiene el mismo dinamismo que la adicción a drogas en lo relativo a la escalada y establecimiento de la dependencia. En definitiva, ocurre la siguiente secuencia:

En el esquema 1 se observa la secuencia de un sujeto cuando accede al consumo comportamental (CC) de forma más o menos accidental. La mayoría de los sujetos no establecen vínculos de dependencia, pero algunos encuentran algo especial (el placer con sentido) y de forma casi inadvertida van repitiendo un comportamiento de búsqueda que se retroalimenta cuando avanza el proceso. La fase inicial es la de tránsito entre una afición y una adicción¹⁹. Esta etapa está cubierta por una afición entusiástica, y si se quiere desmedida, hacia un objeto, del que puede hacerse muchas veces un uso abusivo (por intensidad o por frecuencia) pero sin pérdida del autocontrol. La voluntad inhibitoria sigue funcionando, con lo que se acredita su carácter de voluntad libre. Hay muchos individuos que quedan detenidos en esta fase de afición exagerada o apetito excesivo autocontrolado, sin llegar a ser apresados propiamente por el enganche adictivo patológico. (Ver esquemas 1 y 2)

El sujeto pierde motivación y voluntad y sin apercibirse recurre automáticamente al CC adentrándose en una relación de atracción desmesurada con inhibición de la voluntad y pérdida del albedrío. Se va enganchando, siendo el consumo comportamental el epicentro de su existencia, viviendo por y para dicho CC, descuidando otras actividades vitales incluso obligaciones familiares y laborales. El CC supe dicha pérdida proporcionándose placer fácil, evadiéndose de la realidad, compensando la anterior pérdida y aliviando el malestar y ansia que se apodera del sujeto cuando no consume.

Sobrevienen consecuencias psicosociales adversas, mayores y más graves cuanto más se profundice en lo que termina siendo una adicción comportamental. Todo ello junto con el aprendizaje del autoengaño (que luego se explica) hace que su comportamiento esté mediatizado por una disociación entre conducta - cognición y voluntad del sujeto cuya resultante es su actitud desconfiada y oscura, entre muchas otras cosas. El

consumo comportamental satisface durante la reacción aguda los goznes receptores sensitivo-sensoriales y las correspondientes necesidades instintivas (sexuales, alimentarias, agresivas). Durante una primera etapa este proceso es reversible y parece superable, hasta que aquella se establece y convierte en forma de estar y obstáculo insalvable porque trasciende la volición (la fuerza de voluntad); a este respecto la dependencia (como tal) es única y consustancial al estímulo primario con independencia del tipo de comportamiento capaz de provocar adicción, si bien ésta es mucho más potente en unos casos que en otros. (En la guía se muestran los diferentes impactos personalógicos de las distintas adicciones comportamentales).

La última gran causa es muy probablemente debida a la polarización de la motivación e impulso vital hacia el CC anulando o limitando el interés por las demás cosas de la vida, y, de esta tesitura quedaría ocupada la vitalidad en general por la "vitalidad dirigida y condicionada hacia" la obtención de sustancias.

Esta serie de recompensas o refuerzos positivos y negativos actúan robusteciendo la tendencia a repetir el CC. Es lo que se denomina fase impulsiva, en la que el sujeto parece moverse a instancias de fuertes impulsos para obtener la gratificación del CC, con una impronta neuroquímica en forma de una descarga de endorfinas y de dopamina cerebral del área tegmental ventral hacia el núcleo accumbens hasta llegar a la corteza prefrontal asociativa como veremos luego en mayor extensión.

Cuando se va extinguiendo o amortiguando el placer obtenido del CC, empieza a predominar la búsqueda de dicho comportamiento para evitar el malestar, que se acompaña de acusada inestabilidad emocional, ansiedad, irritabilidad y depresión o disforia con sentimientos negativos de culpa, soledad, fracaso y vacío interior. Se entra en lo que muchos autores denominan fase compulsiva, es decir, recurrir al CC más para evitar el malestar que para obtener placer.

A estas alturas el sujeto se halla inmerso en la acumulación de consecuencias nocivas, con un perfil sintomatológico variable en el que no suelen

faltar los síntomas recogidos en los cuadros 5 y 6.

En conclusión, la dependencia se inicia, por un lado, por la intensa carga como reforzador primario del efecto placentero del CC: asequibilidad, inmediatez de efectos y duración de los mismos; y, por otro, por la desestimación de las demás opciones por parte del sujeto, ya que tienen menor carga reforzadora. Así, la primera etapa de la adicción se regiría por conductas de búsqueda a las que sucederían conductas de autoadministración una vez el hábito está ya establecido. La escalada, desarrollo y mantenimiento de la adicción se consideran vinculados a contingencias de reforzamiento positivo y negativo. Aquí también cabría incluir la evitación de síntomas de abstinencia y del estado psicofísico inherente al mismo.

BASES NEUROBIOLÓGICAS

En las adicciones, tanto comportamentales como químicas, se produce un cambio en las contingencias de refuerzo con anhedonia (disminución de la capacidad de experimentar placer) debido a una menor sensibilidad a la dopamina cerebral endógena y una mayor sensibilidad a factores desencadenantes internos y externos. Un mecanismo biológico subyacente de los trastornos inducidos por el impulso puede implicar a la corteza prefrontal, núcleo accumbens, área tegmental ventral, amígdala e hipocampo, las cuales se considera que desempeñan un papel fundamental en las alteraciones conductuales características de los trastornos adictivos¹⁶.

La literatura reciente implica a sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos, dopaminérgicos, noradrenérgicos y opioidérgicos en la fisiopatología de las adicciones conductuales, mientras la vía mesolímbica dopaminérgica es similar a las implicadas en las adicciones a sustancias¹⁶.

Conducta	Velocidad	Atención	Memoria	Funciones ejecutivas
Abuso de alcohol	↓↓↓	↓↓	↓↓↓	↓↓
Abuso de opiáceos	↓↓	↓↓	↓	↓↓
Abuso de cocaína	↑	↓↓	↓	↓↓
Abuso de nicotina	=	↑	=	↓
Abuso de cannabis	↓↓	↓	↓↓	↓
Conductas sin sustancia	=	↓	↓	↓

Cuadro 2: Alteraciones cognitivas más frecuentes en comportamientos adictivos (Ruiz JM, Pedrero E, 2019)¹⁸ (- déficit + superávit = por valorar)

Los comportamientos impulsivos pueden deberse a cambios en los circuitos frontoestriatales. Se observa que el estriado ventral impulsa el comportamiento y que los componentes prefrontales -en los que interviene el córtex prefrontal ventromedial- no controlan las inhibiciones¹⁶. También se observa una actividad alterada en el mesencéfalo y el estriado durante la toma de decisiones impulsivas, que suelen estar en el centro de las adicciones conductuales. Algunos estudios señalan que los individuos adictos a las redes sociales, que mantienen comportamientos que suelen implicar decisiones basadas en valores, presentan disminución de las áreas del cuerpo estriado y la amígdala. El deterioro del funcionamiento ejecutivo y del control inhibitorio, ambos típicos de la adicción, están relacionados con una menor conectividad funcional en los

circuitos frontoestriatales¹⁷ y una reducción de la sensibilidad del sistema de recompensa cerebral y una hiperactividad hacia los estímulos asociados a la adicción¹⁶.

En el cuadro 2 podemos observar las alteraciones cognitivas más frecuentes en comportamientos adictivos¹⁸ comparando el abuso de sustancias con los comportamientos, observándose en éstos un ligero déficit de atención, memoria y funciones ejecutivas, eso sí menos acusado que el abuso de sustancias, salvo nicotina.

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Items	Ámbito
Múltiples conductas adictivas	Shorter PROMIS Questionnaire (SPQ; Christo et al.) ¹⁹	2003	160 ítems 16 escalas	alcohol, nicotina, drogas recreativas, medicamentos recetados, juego de azar, sexo, cafeína, atracones de comida, inanición, ejercicio, compras, trabajo, relaciones dominantes y sumisas, y codependencia
Múltiples conductas adictivas	Brief Screener for Substance and Behavioural Addictions (SSBA, Schluter et al.) ²⁰	2018	40 ítems 10 escalas	4 sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) y seis conductas (juego, compras, videojuegos, alimentación, actividad sexual y trabajo).
Múltiples conductas adictivas	MULTICAGE-CAD4 (Pedrero-Pérez et al.) ²¹ Aquí incluimos la actualización de Rodríguez-Monje et al. ²²	2019	24 ítems 6 escalas	alcohol, drogas, juego patológico, Internet, videojuegos y smartphone.
Múltiples conductas adictivas	Brief Screener for Substance and Behavioural Addictions (SSBA, Schluter et al.,).	2018	40 ítems 10 escalas	juego, compras, videojuegos, alimentación, actividad sexual y trabajo.
<i>Cuadro 3: pruebas que exploran múltiples adicciones comportamentales</i>				

EVALUACIÓN

En este apartado general nos limitamos a las adicciones múltiples que resumimos en el cuadro 3. Seleccionamos pruebas que exploran su naturaleza comenzando por múltiples adicciones comportamentales, incluyendo también adicciones químicas.

- Shorter PROMIS Questionnaire (SPQ; Christo et al., 2003)¹⁹. 160 ítems y 16 escalas: alcohol, nicotina, drogas recreativas, medicamentos prescritos, juego de azar, sexo, cafeína, atracones de comida, inanición, ejercicio, compras, trabajo, relaciones dominantes y sumisas, y ayuda compulsiva dominante y sumisa. Ámbito de exploración: múltiples conductas adictivas.
- Multicage-CAD4 (Pedrero-Pérez et al., 2007)²¹. 32 ítems y 8 escalas: alcohol, drogas, juego patológico, Internet, videojuegos, gasto compulsivo, trastornos de la alimentación y sexo. La versión actualizada del cuestionario (Rodríguez-Monje et al., 2019)²² consta de 24 ítems y 6 escalas: alcohol, drogas, juego patológico, Internet, videojuegos y smartphone. Ámbito de exploración: múltiples conductas adictivas con y sin sustancias, así como otros trastornos del control de los impulsos.
- Brief Screener for Substance and Behavioural Addictions (SSBA, Schluter et al., 2018)²⁰. 40 ítems y 10 escalas: 4 sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) y seis conductas (juego, compras, videojuegos, alimentación, actividad sexual y trabajo). Ámbito de aplicación: problemas de adicción autoatribuidos.
- Addictive Behaviour Questionnaire (ABQ; Caretti et al., 2018)²³. Consiste en dos instrumentos: Severity Index (SI) y Seven Domains Addiction Scale (7DAS). El SI tiene cuatro escalas: sustancias psicoativas, alcohol, juego de azar, e internet. La 7DAS

tiene 7 escalas: ansiedad de separación, disregulación afectiva, disociación somatomorfa y psicológica, experiencias infantiles traumáticas, descontrol de impulsos, comportamiento compulsivo y ritualización, y pensamientos obsesivos. Ámbito de exploración: conducta adictiva y siete dominios de psicopatología relevantes para la comprensión y tratamiento de las conductas adictivas.

- Behavioral Addictions Questionnaire (BAQ; Mastropietro et al., 2022)²⁴. 54 ítems y 9 escalas: compras, comida, juego de azar, sexo, trabajo, ejercicio, Internet, videojuegos y smartphone. Ámbito de exploración: conductas adictivas comportamentales y su severidad en un continuo desde actividad de ocio, a estado previo a la adicción y estado de adicción comportamental.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS

La enumeración de consecuencias de las adicciones comportamentales sería interminable y aun así cada afectado tendría su propio grupo de síntomas, síndromes o trastornos de manera que no habría dos adictos iguales. Nos ha parecido importante diferenciar dos grupos fenomenológicos/ sintomatológicos:

Las denominadas *áreas básicas* ^{28,29} de las adicciones que forman el sustrato común y nuclear de todas las adicciones (químicas y no químicas), cuyo abordaje es crucial. Son las que definen la adicción y forman la quintaesencia de esta.

Los *síntomas diana* ^{34,35} que son aquellos que con mayor frecuencia se presentan y que es importante conocer para neutralizarlos. Recogen todo el espectro posible de síntomas típicos de las adicciones en orden de frecuencia.

“Consideramos que con el manejo del tándem áreas básicas/ síntomas diana se puede abordar cualquier adicción presente y futura, sea drogodependencia o adicción comportamental, ya que se dirige a la raíz nuclear del comportamiento adictivo.”

CONSECUENCIAS (I): LAS ÁREAS BÁSICAS DE LA ADICCIÓN

Todas las adicciones, tanto químicas como comportamentales tienen un núcleo común e intemporal. Forma parte del proceso adictivo y es consecuencia de este. Además del valor diagnóstico tiene una crucial importancia terapéutica, ya que atendiendo a estas áreas prácticamente se aborda cualquier adicción, cualquiera que sea su origen^{28,29}. Aunque aparezcan síntomas aquí no recogidos, por ejemplo, ansiedad o pensamientos obsesivos, y en muchos pacientes supongan tratamiento prioritario, las denominadas áreas básicas son comunes a todos los adictos y a todas las adicciones^{26,27} y como tal deben ser contemplados. (Ver cuadro 5).

CÓMO SE GESTAN LAS ÁREAS BÁSICAS

Las áreas básicas (AABB)^{26,27,28,29,30,31,32,33} constituyen el sustrato nuclear adictivo, estando presentes en el proceso de forma relevante y definitiva, de ahí su importancia tanto diagnóstica como, y muy especialmente, terapéutica^{28,29}.

Son cuatro, relativas a la patología del placer, de la voluntad, de la vitalidad y del desrealismo. (Ver cuadro 4), y su gestación es superponible a la razón etiopatogénica de la adicción tal como podemos ver en el esquema 1.

Si recordamos el recorrido etiológico del adicto, observamos que lo que atrae al consumo en las primeras etapas, entre otras muchas razones, es la obtención del placer. Como vemos en estas primeras etapas se ven implicadas varias áreas: la

placentera (recompensa del consumo), la volitiva (impulso para consumir), la motivacional (obtención del refuerzo) y la desrealista (minimizando el consumo). Ver esquema 2 y cuadro 4.

Cuando el proceso avanza y el consumo repetido pasa a ser afición desmesurada las AABB cobran mayor sentido: en la primera área, esfera del placer, los deseos de consumo no solo buscan el placer sino el alivio de un displacer, de un malestar creciente cuando no se consume. El sujeto se instala en un ciclo placentero/displacentero que preside su día a día.

En la segunda área, de autocontrol y volición, los impulsos siguen presentes, acompañados de compulsión incipiente: impulsión para obtener placer, y compulsión para aliviar el malestar. El autocontrol empieza a ser deficitario.

La tercera área, de energía vital y motivación, polariza la atención del sujeto para la obtención del consumo con una fuerza motivacional dirigida al mismo. El resto de los elementos de la vida cotidiana va interesándole cada vez menos.

En el cuarto área -de desrealismo- hace tiempo que la necesidad de mentir para obtener consumo hizo estragos, de manera que el sujeto tiene escasa conciencia del problema, le falta sinceridad al respecto y empieza a aparecer el autoengaño: a base de repetir el engaño que utiliza casi automáticamente hasta que acaba creyéndose. Ver esquema 2.

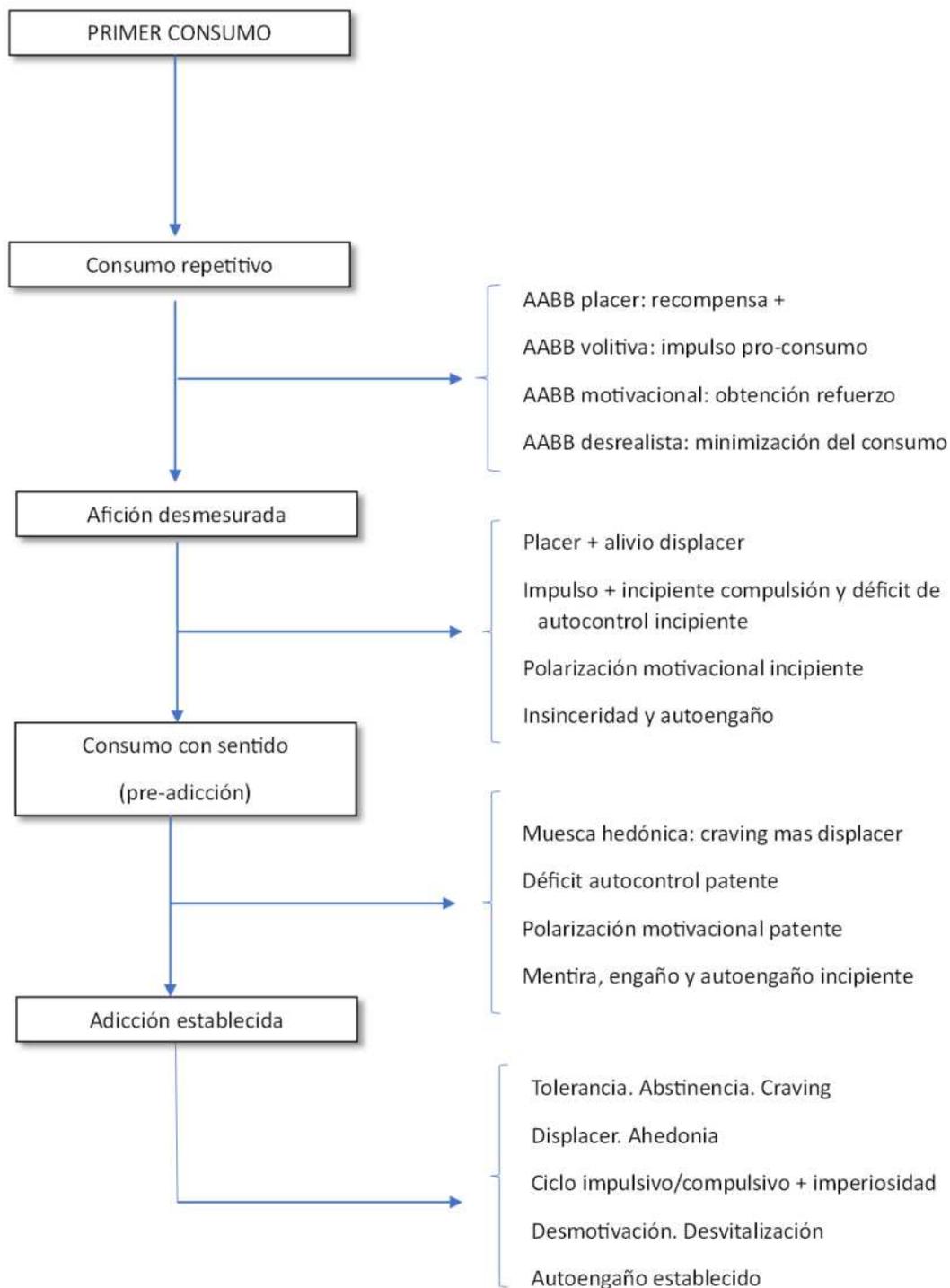
Entre la afición desmedida y la adicción establecida hay un paso intermedio que consideramos crucial para el futuro del sujeto. Se trata de una etapa pre-adictiva en la que el consumo cobra un sentido especial (consumo con sentido) que provoca una muesca hedónica en el sujeto que le puede marcar para el futuro porque le esclavizará, debutando el craving en ausencia del consumo, afianzándose luego hasta abocar a un estado de displacer crónico que se hace patente.

El área básica del placer -como se puede ver- es determinante pero no única, ya que el área de autocontrol se torna deficitaria con un ciclo impulsivo/compulsivo más que evidente. En el área

motivacional y de energía vital se observa desvitalización basal incipiente junto a una polarización motivacional también incipiente que lleva al sujeto a dirigir su atención hacia el consumo comportamental. En la esfera del desrealismo, el pre-adicto no tiene inconveniente

en mentir y en recurrir fácilmente al engaño. El autoengaño está a punto de hacerse presente. (Ver esquema 2).

Esquema 2. Génesis de las áreas básicas adictivas



Área básica	Componente del área básica
Esfera del placer	<i>Placer</i> <i>Búsqueda de sensaciones</i> <i>Deseos de consumo</i> <i>Craving</i> <i>Hedonismo y consumismo</i> <i>Anhedonia</i> <i>Displacer</i>
Autocontrol y voluntad	<i>Impulsividad</i> <i>Compulsividaad</i> <i>Imperiosidad</i>
Energía vital y motivación	<i>Desvitalización</i> <i>Motivación para el cambio</i>
Desrealismo	<i>Conciencia del problema</i> <i>Capacidad autocrítica de objetivación</i> <i>Sinceridad y honestidad</i> <i>Desconfianza y suspicacia</i> <i>Autoengaño</i> <i>Mistificación</i> <i>Sociopatía adquirida</i>
<p><i>Cuadro 4: esferas y componentes de las áreas básicas adictivas (Sirvent, 2023)</i></p>	

Cuando la adicción comportamental está establecida el sujeto se desmorona, quedando su voluntad a merced del comportamiento adictivo, del consumo adictivo. En la primera AB aparecen los fenómenos de tolerancia (necesitar cada vez más consumo para obtener la misma recompensa) craving (ansia de consumo) síndrome de abstinencia, hedonismo (búsqueda de placer), displacer (malestar cuando no se consume) y anhedonia (incapacidad para disfrutar con las cosas de la vida). En la segunda AB el ciclo antes descrito de impulsividad/compulsividad se apodera del devenir del sujeto que además se vuelve imperioso, impaciente e intolerante, forjando un carácter voluble y no pocas veces irritable.

La tercera AB marca una impronta de desmotivación para todo aquello que no sea la búsqueda de consumo comportamental. La falta de vitalidad real (sin consumo) está presente (no confundir la vitalidad inducida por el consumo, por ejemplo, videojuego, sexo, compras, etc.) con la abulia y apatía cuando el sujeto está “a su aire” sin el objeto de consumo. En el cuarto AABB (desrealismo) encontramos a un sujeto absolutamente autoengañado, sin capacidad autocrítica, y -si la ejerce- no se acompaña de acciones (el famoso “mañana lo dejo”). Es tan importante el autoengaño, que, si no se neutraliza, la entrada a un tratamiento primero, y la cura después son imposibles. Ver esquema 2 y cuadro 4.

ÁREA BÁSICA RELATIVA A LA ESFERA DEL PLACER

Placer:

Proviene del impacto estimulativo- sensorial del consumo comportamental (y/o en su caso, droga) en el sujeto. El placer y su antagonista, el displacer, son la quintaesencia de la relación del sujeto con el comportamiento adictivo. La esfera del placer es multipolar, oscilando desde un placer intenso hasta un displacer o malestar insoportable. Quienes definen la adicción en base a un comportamiento de búsqueda de refuerzo positivo (placer) o refuerzo negativo (evitación del displacer) se están

refiriendo a esta esfera, tan importante que para ciertos modelos de adicción es justificación nuclear, llámese refuerzo positivo (placer), refuerzo negativo (alivio del displacer). Impulsivo (búsqueda de placer) o compulsivo (alivio del malestar). El poder excitatorio del placer es decisivo para la interpretación del fenómeno adictivo.

Búsqueda de sensaciones:

Se refiere a la necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones por el simple deseo de disfrutar de dichas experiencias, incluidos los riesgos físicos y sociales. De hecho, la experimentación de consumo comportamental es una sensación fuerte que desplaza a estímulos menos intensos como leer un libro o contemplar un paisaje. Aunque no todos los adictos reúnen estas características, en las valoraciones de búsqueda de sensaciones, puntúan mucho más alto que los sujetos no adictos. En general los adictos se aburren con estímulos “suaves” y, por el contrario, son atraídos por las sensaciones intensas.

Deseos de consumo:

Referido a los deseos, pensamiento o recuerdos de consumo (comportamental), recreándose en los mismos. Dichos deseos suelen ser manifiestos, pero a veces permanecen latentes, aflorando con violencia de forma abrupta e irremediable, de manera que el adicto comportamental necesita el consumo comportamental (jugar, sexo, compra, etc.) preso de un ansia imparables. No hay que fiarse de quienes experimentan un bajo nivel de deseos de consumo, ya que o bien el umbral de disparo comportamental es menor o bien son consumidores insidiosos, solapados que lo hacen no por disfrutar de la sensación intensamente, sino para aliviar un bajo deseo que no por poco intenso deja de ser acuciante para el sujeto. Esta faceta es más frecuente en personas de edad más avanzada.

Craving (o ansia):

En términos generales se refiere a la necesidad inmediata de consumo comportamental (y/o droga) por padecer síndrome de abstinencia. Se acompaña de síntomas neurovegetativos y se

diferencia del anterior apartado (deseos de consumo) en la inmediatez y el correlato fisiopatológico. En muchas ocasiones se utiliza este término -craving- como sinónimo de deseos de consumo y varios autores los denominan así, aunque en nuestro caso preferimos diferenciarlos porque el tratamiento es también distinto. En conclusión, el craving es la manifestación clínica que caracteriza la dependencia como un proceso psicofísico que impele a la búsqueda o consecución de droga. Es el ansia o deseo imperioso de consumo, impregnadas siempre de un fuerte correlato neurovegetativo.

Hedonismo y consumismo:

El hedonismo se define como tendencia al bienestar y al estado placentero con evitación del displacer. El consumismo que suele acompañar al hedonismo representa un estilo de vida fácil, acomodaticio, tendente a buscar el disfrute o evitar el malestar, lo cual lastra la recuperación porque tanto el afectado como su familia no lo relacionan con la adicción. El hedonismo y el consumismo son un obstáculo terapéutico que se debe tener siempre en cuenta.

Anhedonia:

Consiste en la disminución de la capacidad para sentir placer a partir de estímulos positivos, o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente. Es un estado de insatisfacción que solo se subsana con el consumo comportamental. A veces proviene de estados depresivos. Una de las características de la recuperación es la neutralización de la anhedonia empezando a disfrutar con estímulos de bajo umbral (un paseo, un libro).

Displacer:

El malestar que se vive durante la adicción es especial. No es simplemente un fastidio o una contrariedad, sino un vacío doloroso y egodistónico que amarga la existencia del adicto. El displacer no es la carencia de placer, sino un dolor de signo opuesto a la intensidad del placer que experimentaba el adicto, con toda la carga emotivo-afectiva que acrecienta el cuadro. Ya se refirió en anteriores apartados su relación con el

refuerzo negativo y la fuerza compulsiva que trata de remediar el malestar del displacer.

ÁREA BÁSICA RELATIVA A AUTOCONTROL Y VOLUNTAD

En el plano que nos ocupa, el autocontrol equivale al dominio volitivo del sujeto respecto al comportamiento adictivo. Si la persona tiene control voluntario de sus comportamientos decimos que tiene autocontrol, el cual comprende todo el espectro posible entre lo impulsivo y lo compulsivo. Impulsivo y compulsivo tiene diferentes acepciones. El acto impulsivo es inmediato y ajeno a las consecuencias. Generalmente se obtiene para una recompensa placentera. El acto compulsivo es reflexivo y supone lucha interna por no cometerlo. Generalmente se realiza para aliviar el malestar, como reforzador negativo.

Impulsividad:

Es la tendencia a responder de forma inopinada, rápida, y desmedida por déficit de autocontrol. Se acompaña de tensión interna y una excitación que solo revierte con la consecución del objetivo pretendido. Equivale a "tendencia a la acción" sin toma de consciencia, valoración o juicio anticipado. Es una propensión a comportamientos sin evaluar las consecuencias, los cuales conducen a acciones inmediatas no planificadas para obtener un refuerzo que habitualmente le urge.

En los sujetos impulsivos es frecuente la baja tolerancia al estrés y a la frustración, la falta de control de impulsos, y los comportamientos agresivos. Por otra parte, tenemos el impulso como acto irrefrenable al margen del control volitivo que dirige al sujeto a la acción (por ejemplo, al consumo comportamental). En general es el estímulo placentero el que dirige el acto impulsivo y está relacionado con el refuerzo positivo.

Compulsividad:

Es un deseo y fuerza apremiante a hacer algo con control de la voluntad y lucha interna por someterse al impulso. Suele tener carácter repetitivo (por ejemplo, en el trastorno obsesivo-compulsivo). Las compulsiones son conductas repetitivas que responden a una obsesión. Una fuerza interior que determina y domina el pensamiento y la acción de una persona en contra de su voluntad. El individuo se siente coaccionado y extraño a sí mismo. La compulsión tiene lugar contra la voluntad consciente y a pesar de la oposición del yo, por incapacidad de reprimirlo.

Imperiosidad:

Aún el más pacífico de los adictos suele ser imperioso, impaciente e intolerante tanto a las frustraciones como al aburrimiento. Todo ello traduce un autocontrol deficitario que prueba el trastorno de la voluntad, de la fuerza de voluntad o control volitivo que es una de las principales características del sujeto afectado.

ÁREA BÁSICA RELATIVA A DESVITALIZACIÓN Y MOTIVACIÓN

La energía vital está siempre afectada en el adicto, bien de forma directa y aparente, cuando el sujeto se muestra abúlico o apagado, o latente, cuando tras un aparente dinamismo subyace la desvitalización, ya que la adicción comportamental siempre resta vitalidad, sea cual fuere el tipo de adicción; en unos casos por desgaste (por ejemplo, una actividad vigorosa acaba agotando) y en otros por acción directa (que la actividad desvitalice directamente).

La motivación es la fuerza que impulsa a realizar ciertos comportamientos y mueve a hacer unas cosas sí y otras no. Es también un deseo que activa y dirige nuestra conducta.

Desvitalización:

La desvitalización es un fenómeno que lastra siempre la recuperación. Incluso aunque el sujeto sea -de por sí- una persona pasiva y poco dinámica, el plus de desvitalización que añade el comportamiento compulsivo le lleva a instalarse en una situación de falta de energía vital, con apatía, astenia, abulia, pereza y desgana. Dicha energía vital tiene que aportarse a cualquier tratamiento que se precie hasta que el afectado recupere suficiente vitalidad.

En este apartado incorporamos la autoexigencia y capacidad de esfuerzo, elementos íntimamente relacionados con la vitalidad y que sirven de plataforma para el cambio. La autoexigencia, al cabo de tanto tiempo de adicción suele estar bajo mínimos, al igual que una capacidad de esfuerzo, mermada por la desvitalización.

Motivación:

La motivación para el cambio es tan importante que muchos programas terapéuticos y modelos teóricos lo consideran crucial. La desmotivación es inherente a la adicción y está íntimamente relacionada con la desvitalización, retroalimentándose ambas. Si el sujeto carece de ellas aboca a una actitud dependiente con acomodamiento es decir adaptándose al entorno o a las personas de forma parasitaria.

ÁREA BÁSICA DE DESREALISMO

Cuando hablamos de desrealismo nos referimos a la carencia de conciencia del problema, de pragmatismo y de objetivación que experimenta el sujeto. ¿De dónde procede esta tórpida cualidad?

Una vida de insinceridad que se explicó en anteriores apartados aboca al síndrome crucial de este apartado: el autoengaño, que proviene de la interacción sujeto/ ambiente. Este cambio no depende tanto del comportamiento adictivo o droga consumida como del tipo de vida que ha llevado el sujeto. Por lo general, para justificar su consumo o comportamiento adictivo se ve obligado a mentir, ocultar y manipular. Dicho

comportamiento repetido transforma al sujeto y le vuelve desconfiado, incrédulo y poco veraz, de ahí el dicho de que “todos los adictos son unos mentirosos”. Si hacemos el recorrido inverso veremos que el sujeto, antes de engancharse, tenía una personalidad diferente. La mentira y la manipulación se han convertido en una especie de necesidad del sujeto para sobrevivir y justificar su comportamiento^{28,29,30,31,32}.

El área básica de desrealismo está marcada por el autoengaño que es la resultante del impacto de la vida adictiva del sujeto en su personalidad.^{30,31} Es pues un fenómeno personalógico que abarca desde que el sujeto empezó a engancharse hasta la plena instauración de su adicción, permaneciendo como un lastre que si no se aborda puede durar toda una vida. Ese cambio de personalidad puede ser ir desde una transformación en los casos más leves hasta un trastorno en los casos graves (sociopatía adquirida). En definitiva, esta importante área se refiere tanto al modo de relacionarse el sujeto con el mundo como a su percepción de este, pensamientos asociados y demás aspectos cognitivos que modulan tanto la conciencia del problema como la forma en que lo enfrenta.

Conciencia del problema:

Conciencia referida a la percepción, comprensión e internalización del problema acompañada de disposición y sentido de la responsabilidad para cambiar. Conceptos afines son el insight: comprensión de la naturaleza interna u oculta de las cosas o de percibirlo de una manera intuitiva y el locus de control que es donde el sujeto ubica el problema, viviéndolo como propio o ajeno, es decir, depositando la solución en uno mismo o fuera de él.

Sería la percepción que tiene una persona sobre las causas de lo que pasa en su vida. Matizando de nuevo el locus de control, sería interno: cuando el sujeto interpreta que los eventos ocurren como efecto de sus propias acciones; y locus de control externo: cuando el sujeto interpreta que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros.

Capacidad de autocrítica y auto-objetivación:

Es la capacidad del sujeto para valorar lo objetivo e imparcial que es consigo mismo; o, por el contrario, se muestra contemporizador, acrítico, suspicaz, negando la evidencia. En dicha capacidad no hay que evaluar su estado actual sino el esfuerzo que hace por cambiar e intentar ser objetivo consigo mismo sin olvidar su situación actual. La autocrítica debe ser medida. Suele oscilar entre la carencia de ella, frecuente en las primeras etapas de tratamiento o, por el contrario, excesiva y despiadada, generalmente alimentada por sentimientos de culpa y autopunición.

Sinceridad y honestidad:

Con independencia del talante del sujeto (por ejemplo, tendente a mentir o manipular), es importante que el sujeto afronte lo relativo al problema con veracidad y honestidad, sin caer en la negación o diciendo lo que el interlocutor quiere oír. Pero al mismo tiempo se puede ser veraz y no honesto y también se puede pretender ser honesto sin ser sincero del todo. Al respecto hay que valorar también el esfuerzo que hace en ser sincero sin olvidar cómo se encuentra en estos momentos, en qué situación adictiva.

Desconfianza, suspicacia:

En este ámbito es importante diferenciar lo caracterial de lo aprendido, verificando si el sujeto es -por naturaleza- una persona suspicaz o se ha hecho así a través de una vida de comportamiento adictivo. Comprobar si se muestra incrédulo y receloso, pareciendo no querer creerse las cosas y no se emplea lo suficiente. Valorar también el esfuerzo que hace sin olvidar cómo está ahora.

Autoengaño:

Literalmente sería mentirse a sí mismo o acerca de uno mismo de manera más o menos consciente como mecanismo defensivo. Podría ser una forma de negación o una forma de creencia motivada, o tal vez incluso, de engaño total. Es ver lo que pasa, pero ignorando lo que significa. El autoengaño es parcelar y referido a la adicción y elementos relacionados, pero puede coexistir con la capacidad de objetivación y el realismo en otras

facetas de la vida. Es decir, el autoengaño se circunscribe a la relación con el comportamiento adictivo.

La aparente contradicción del autoengaño es que uno no puede engañarse a sí mismo conscientemente. El autoengaño nace de una mentira o manipulación repetida tantas veces a conveniencia del sujeto que éste acaba interiorizándola y creyéndola. Es decir, el autoengaño nace a partir de que el sujeto cree su propia mentira. Desde entonces deja de ser mentira para convertirse en autoengaño. Importante es saber que no solo se trata de repetir la mentira, sino que esta convenga al sujeto. Dicha conveniencia cataliza la conversión de mentira en autoengaño.

El autoengaño es el principal obstáculo para la recuperación, ya que alimenta la recaída del sujeto recuperado con pensamientos del tipo: "Por una vez que lo haga. Yo ya estoy curado...". Para desmontarlo hay que realizar el recorrido inverso, es decir, repetir la "contramentira" (la realidad) en un ambiente favorecedor (clima terapéutico). Dicho clima servirá de abono para desmontar el autoengaño.

Mixtificación:

Cuando el autoengaño se extiende a la vida entera del sujeto de forma que no ve las cosas que se refieren a uno mismo como son, sino como le conviene que sean, queriendo -o creyendo- ver su propia realidad porque le interesa o porque se autoengaña, lo que le lleva a ser manipulador y desconfiado. Además, no permite el paso a los mensajes del exterior, encerrándose en una coraza (de mixtificación) que le impide ser objetivo consigo mismo.

La diferencia entre sujeto autoengañado y mixtificado es que en el primero, el autoengaño se limitaba a la relación sujeto- comportamiento adictivo, mientras que en el mixtificado la adicción se extiende a todas las facetas relacionales³². En definitiva, al sujeto mixtificado ya no le importa nada, no necesita filtrar ni justificar disonancias sino hacer siempre lo que le desee o le venga en gana, despreciando lo que no le gusta con argumentos baladíes o simplemente, negándolos.

Sociopatía adquirida:

Así como la mixtificación es un paso más, una evolución a mayores del autoengaño, la sociopatía adquirida supone un grado más de mixtificación que afecta a la personalidad del sujeto, con egoísmo, desconfianza, y sintomatología asimilable a un pseudo- trastorno límite de la personalidad que incorpora síntomas como la inestabilidad relacional y de la identidad y autoimagen, impulsividad comportamental, amenazas auto y heterolíticas, sensación crónica de vacío, ideas paranoides y esfuerzos por evitar el desamparo.³³

Muchos sujetos que portan diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) son en realidad sociopatas adquiridos. La diferencia estriba en que el TLP es un patrón que proviene de la adolescencia o adultez temprana y perdura (con mayor o menor intensidad) a lo largo de la vida. Por el contrario, la sociopatía adquirida revierte con el tratamiento -si este es exitoso- o con la abstinencia y el cambio de vida. Los rasgos sociopáticos están indeleblemente unidos a la vida adictiva. Sin embargo, si el sujeto consigue superar su adicción y su autoengaño correspondiente, sobreviene poco a poco la reversión de la sociopatía adquirida de manera que la interacción sujeto/ambiente (que condujo al autoengaño primero, a la mixtificación luego y finalmente a la sociopatía adquirida), acaba restituyéndose y el trastorno de personalidad desapareciendo. Este es el gran diagnóstico diferencial con el trastorno límite de la personalidad con el que suele ser confundido y con frecuencia mal diagnosticado.

CONSECUENCIAS (II): LOS SÍNTOMAS DIANA

En el anterior apartado de áreas básicas se abordaba el nexo común a todas las adicciones, tanto comportamentales como químicas. Aquí nos vamos a referir a los síntomas diana más frecuentes^{34,35}. Por síntoma diana se entiende aquel que es más relevante para la intervención. Enumeramos los más frecuentes, describiéndolos sucintamente. En el cuadro 6 podemos comprobar un repertorio de los síntomas presentes en el apogeo clínico de cualquier adicto comportamental. (Ver definición de síntomas diana en el glosario (anexo II))

En una comparativa⁷³ se exploraba -entre otros elementos- la diferencia entre adicción comportamental (AC) y química o a sustancias (AS) en el primer registro observacional de datos al ingresar el paciente con los síntomas característicos de una adicción en su apogeo clínico. Muchos sujetos adictos comportamentales (AC) tendrán parecida sintomatología, y otros no presentarán tantos ni tan acusados síntomas (por

ejemplo, ludópatas y compradores compulsivos todavía no arruinados o asintomáticos).

Hay una gran semejanza clínica en los síntomas diana entre adictos a sustancias y comportamentales. Ambos grupos tienen puntuaciones altas y similares en ansiedad, depresión, insomnio, anhedonia, desvitalización, sentimientos negativos, manipulación, hostilidad y malestar general.

Los AC superan a los AS en inestabilidad del ánimo, hiperactividad y pensamientos de muerte, en tanto que los AS obtienen puntuaciones más altas que los AC en impulsividad, deseos de consumo, irritabilidad, atención alterada, mistificación, pesadillas y síntomas de abstinencia.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Las asociaciones entre la mayoría de las adicciones comportamentales y los trastornos depresivos y de ansiedad son fuertes y parecen

Ansiedad	Depresión
Impulsividad	Insomnio
Vacío interior	Anhedonia
Desvitalización	Irritabilidad
Inestabilidad del estado de ánimo	
Sentimientos negativos de culpa, soledad y fracaso	
Deseos de consumo comportamental (jugar, sexo, comprar, etc.)	

Cuadro 6: síntomas diana de las adicciones comportamentales

relativamente inespecíficas. Los estrechos vínculos con los trastornos por consumo de sustancias pueden apoyar la idea de que algunas personas son más propensas a las conductas adictivas con independencia de que éstas impliquen sustancias o actividades problemáticas. Otras asociaciones parecen relativamente específicas, por ejemplo, las existentes entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y las compras compulsivas, por un lado, y los trastornos alimentarios y el acaparamiento, por otro; también entre la adicción al ejercicio y los trastornos alimentarios.⁵⁴

RELACIÓN ENTRE COMPORTAMIENTO COMPULSIVO Y ADICCIÓN

Los comportamientos compulsivos están inducidos por impulsos repetitivos y suelen conllevar la experiencia de un control voluntario limitado sobre estos impulsos, una capacidad disminuida para retrasar o inhibir estos comportamientos y una tendencia a realizar actos repetitivos de forma habitual o estereotipada.

La compulsividad no sólo es una característica central del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), sino que también es crucial para la adicción. Basándose en esta analogía, se ha propuesto que el TOC forme parte del concepto de adicción conductual junto con otros trastornos no relacionados con las drogas que comparten la compulsividad, como el juego patológico, el arrancamiento de piel, la tricotilomanía y la alimentación compulsiva.

Los datos revisados sugieren que la compulsividad en el TOC y las adicciones está relacionada con el procesamiento alterado de la recompensa y el castigo con liberación atenuada de dopamina en el estriado ventral, refuerzo negativo en los sistemas límbicos, inflexibilidad cognitiva y conductual con control prefrontal serotoninérgico disminuido, y respuesta habitual con desequilibrios entre el reclutamiento frontoestriatal ventral y dorsal. Las anomalías frontoestriatales de la compulsividad son objetivos prometedores para la neuromodulación y otras

intervenciones para el TOC y las adicciones. En definitiva, la compulsividad abarca muchos de los constructos de la AC de una manera transdiagnóstica con una disfunción del circuito cerebral común que puede ayudar a identificar objetivos de tratamiento adecuados.

PERSONALIDAD Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES

¿Qué factores de personalidad se relacionan con las distintas AC? Un estudio⁵⁶ empleando el cuestionario big five encontró que, el neuroticismo se asoció positivamente con la adicción a Internet, la adicción al ejercicio y a la compra compulsiva.

La extroversión se asoció positivamente con la adicción a redes sociales, al ejercicio, al teléfono móvil y la compra compulsiva. La apertura a la experiencia se asoció negativamente con la adicción a redes sociales y a los teléfonos móviles. La simpatía se asoció negativamente con la adicción a internet, al ejercicio, a los teléfonos móviles, compra compulsiva. La conciencia se asoció negativamente con la adicción a redes sociales, la adicción a los juegos, a Internet, compra compulsiva y se asocia positivamente con la adicción al ejercicio. Las asociaciones positivas entre las siete adicciones conductuales sugieren uno o varios factores patológicos subyacentes, lo que sugiere que la personalidad explica en mayor o menor medida las puntuaciones de conductas adictivas.

EVOLUCIÓN: CURSO NATURAL DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

¿Cómo evolucionan estas adicciones comportamentales a lo largo del tiempo? En un estudio longitudinal⁵⁷ de 5 años (2006 a 2011) preguntando si su participación excesiva en el

comportamiento les había causado problemas significativos en los últimos 12 meses aplicando la medida de adicción conductual, encontraron que una gran mayoría de las personas informaron tener una sobreenvolucración problemática solo para uno de estos comportamientos en un único período de tiempo. Se encontró un efecto principal del tiempo para cada comportamiento problemático, lo que indica una disminución moderadamente fuerte en la gravedad de los síntomas a lo largo del tiempo.

Los datos también mostraron que la búsqueda de ayuda era muy baja en el caso de comportamiento sexual excesivo, compras, chats en línea y videojuegos, pero sustancialmente más frecuente en el caso de comer y hacer ejercicio en exceso. El ejercicio excesivo, el comportamiento sexual, las compras, el chat en línea, los videojuegos y/o la alimentación autoidentificados tienden a ser bastante transitorios para la mayoría de las personas. Este aspecto de los resultados es inconsistente con las conceptualizaciones de las adicciones como de naturaleza progresiva, a menos que sean tratadas.

TRATAMIENTO

Las adicciones conductuales todavía no tienen mucha presencia en los centros de tratamiento de adicciones. Por ejemplo, el sitio web 2021 Newsweek America's Best Addiction Treatment Centers, se utilizó para examinar la mención y el tratamiento de las adicciones conductuales en 300 centros de tratamiento líderes en 25 estados de los Estados Unidos. De 289 sitios web activos, solo 61 (21,1%) centros de tratamiento mencionaron algo sobre adicciones conductuales³⁸. La prevalencia más alta fue para juegos de azar (n = 38), sexo (n = 22), alimentos/comer (n = 21) y juegos de Internet (n = 12). Un total de 49 centros de tratamiento reportaron tratar esas adicciones. Los tratamientos más prevalentes incluyeron programación de 12 pasos (n = 18), TCC (n = 16), asesoramiento individual (n = 16) y terapia de grupo (n = 15). Se dio poca importancia formalizada a través de sitios web a la mención o tratamiento de las adicciones conductuales en los centros de tratamiento³⁸.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Históricamente, la mayoría de los enfoques farmacológicos para el tratamiento de los trastornos adictivos han utilizado métodos basados en la sustitución (es decir, sustitución de nicotina o mantenimiento con opioides) o se han dirigido a los sistemas neurotransmisores monoaminérgicos u opioidérgicos endógenos³⁹. Sin embargo, se han acumulado pruebas sustanciales que indican que los ligandos que actúan sobre la transmisión glutamatérgica también son de utilidad potencial en el tratamiento de la drogadicción, así como de diversas adicciones conductuales como el juego patológico. Los medicamentos con efectos sobre la transmisión glutamatérgica³⁹ incluyen acamprosato, N-acetilcisteína, D-cicloserina, gabapentina, lamotrigina, memantina, modafinilo y topiramato.

Las adicciones conductuales con mayor componente compulsiva (juego, robo compulsivo, compras compulsivas y conducta sexual compulsiva) sufren deficiencias en la toma de decisiones que reflejan tendencias hacia elecciones arriesgadas o imprudentes que se manifiestan por la presencia de síntomas psiquiátricos o deficiencias cognitivas (por ejemplo, representación de valores, control inhibitorio-selección de respuestas, aprendizaje)⁴⁰. Estas alteraciones incluyen la escalada en el tiempo (de la ingesta de sustancias o de un comportamiento determinado), la falta de control, la desatención de otros ámbitos de la vida y las distorsiones cognitivas (como "perseguir las pérdidas" en el trastorno del juego). En un estudio⁴⁰ se halló que aquellos tratamientos farmacológicos basados en la evidencia para algunos de estos trastornos adictivos, por ejemplo, los antagonistas opioides y los agentes glutamatérgicos, modulan sistemas neuronales que desempeñan papeles clave en la toma de decisiones.

Desde el punto de vista farmacológico, no hay medicamentos aprobados actualmente para el tratamiento de las adicciones conductuales, pero la naltrexona, el topiramato y la N-acetilcisteína tienen algunos efectos prometedores en concretas circunstancias¹⁶.

Varios estudios observaron un efecto beneficioso de la naltrexona en el tratamiento de adicciones conductuales^{41,42,43}. Si se asocian a psicoterapia los efectos son mejores. Otros apoyan la naltrexona y el nalmefeno para la ludopatía, pero lo desaconsejan para la compra compulsiva, hipersexualidad y trastorno por atracón⁴³.

Las adicciones comportamentales y a sustancias supuestamente se correlacionan con reducciones de los receptores D₂/D₃ vinculadas a una menor activación de las señales en el córtex occipital y el cerebelo. La terapia con agonistas dopaminérgicos mantiene la función dopaminérgica y es una táctica de prevención de recaídas centrada en las adicciones a drogas psicoactivas y comportamentales. El tratamiento asistido con medicación (MAT) con énfasis en los medicamentos glutaminérgicos fracasa en el tratamiento a largo plazo de las conductas con síndrome de deficiencia de recompensa (RDS). Aunque se apoya el uso cuidadoso de la terapia antagonista dopaminérgica a corto plazo, se propone el concepto basado en la investigación de la terapia agonista dopaminérgica a largo plazo. La neurogenética y la epigenética son importantes para comprender la respuesta al tratamiento y los resultados clínicos. Los neuromecanismos relacionados con la homeostasis de la dopamina son clave para comprender la recuperación de las conductas adictivas a drogas⁴⁴.

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Los procesos psicológicos básicos que subyacen a los trastornos debidos a las conductas adictivas, como el ansia de consumo, el control inhibitorio, la toma de decisiones inadaptadas y los sesgos cognitivos, son factores importantes que hay que abordar y modificar en las intervenciones. Las técnicas basadas en mindfulness y neurofeedback han sido intervenciones particularmente prometedoras. Una revisión de 15 estudios sugiere que las intervenciones basadas en mindfulness son eficaces para reducir la angustia mental y las reacciones de craving⁴⁵. Se informaron reducciones en los niveles de ansia en cuatro de seis estudios, con mayores efectos para la terapia cognitiva

basada en mindfulness y la terapia cognitivo-conductual mejorada con mindfulness. Se identificaron reducciones satisfactorias del malestar mental en cinco de siete estudios que utilizaron diversas técnicas basadas en mindfulness. Sin embargo, no se pudo identificar más de un estudio sobre intervenciones basadas en mindfulness que mostraran mejorías en el autocontrol, el control inhibitorio, la toma de decisiones desadaptativas y los sesgos cognitivos. En definitiva, la terapia cognitiva basada en mindfulness y el tratamiento cognitivo-conductual potenciado por mindfulness muestran el mayor efecto para el trastorno de juego y ludopatía. No se identificó ningún estudio sobre neurofeedback en el presente contexto⁴⁵.

Varios meta-análisis^{46,47,48,49} han sugerido que las intervenciones basadas en mindfulness (MBI) muestran eficacia clínica en el tratamiento de los trastornos adictivos aumentando la capacidad de respuesta a las recompensas naturales en contraste con las señales relacionadas con la adicción, así como incrementando el control cognitivo descendente, disminuyendo la percepción subjetiva y fisiológica del estrés y mejorando el afecto positivo.

Aunque el tratamiento de las adicciones conductuales tiende a separarse del relativo al consumo de sustancias, un grupo profesional⁵⁰ sostiene que un enfoque terapéutico más eficaz y eficiente consiste en conceptualizar las adicciones conductuales y al consumo de sustancias como expresiones diferentes de un trastorno subyacente común y, en el tratamiento, abordar los mecanismos comunes a ambas. El denominado modelo de componentes del tratamiento de las adicciones (CMAT) es transdiagnóstico en el sentido de que puede utilizarse en el tratamiento tanto de las adicciones conductuales como relacionadas con sustancias. Es pragmático en el sentido de que se dirige a las vulnerabilidades de los componentes, que son características psicológicas, cognitivas y neurobiológicas individuales duraderas, aunque maleables, que son comunes a todos los trastornos adictivos y que se ha demostrado que son modificables, al igual que la falta de motivación, urgencia, expectativas inadaptadas, déficits de autocontrol, déficits de apoyo social y compulsividad, así como sus posibilidades potenciales de intervención.

Las intervenciones basadas en Internet ofrecen beneficios potenciales sobre la terapia cara a cara para el tratamiento de las adicciones conductuales, incluida su accesibilidad, el anonimato percibido y los bajos costos. Una amplia revisión⁵¹ de evaluación de calidad metodológica concluyó que las intervenciones basadas en Internet parecen prometedoras para reducir los problemas de juego, pero hasta la fecha se han publicado muy pocos estudios para sacar conclusiones para otras adicciones comportamentales (AC). Las intervenciones basadas en Internet dirigidas a otras ACs, como el trastorno por juego, el trastorno por uso de Internet, el trastorno por acaparamiento y el trastorno por uso de pornografía, siguen sin examinarse lo suficiente.

Entre las opciones de tratamiento se ha explorado el potencial terapéutico de la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr), dirigiéndose en particular al craving, con resultados heterogéneos. Un metanálisis⁵² evaluó la eficacia general de la EMTr sobre el craving en tres grupos de adicción: depresores (alcohol, cannabis, opiáceos), estimulantes (nicotina, cocaína, metanfetamina) y adicción conductual (ludopatía, trastorno alimentario), y los contextos de estimulación. Se encontró una diferencia significativa entre los tipos de adicción, con un pequeño efecto persistente sólo para los grupos de estimulantes y conductuales. En estos grupos no encontramos diferencias entre las distintas combinaciones de objetivo y frecuencia de estimulación, pero sí una correlación significativa entre el número de sesiones y la reducción del craving.

Por último, el programa psicoterapéutico basado en el modelo de áreas básicas de la adicción antes referido se muestra en el siguiente capítulo, desarrollando la intervención individual, grupal y familiar de forma integradora y progresiva.

BIBLIOGRAFÍA

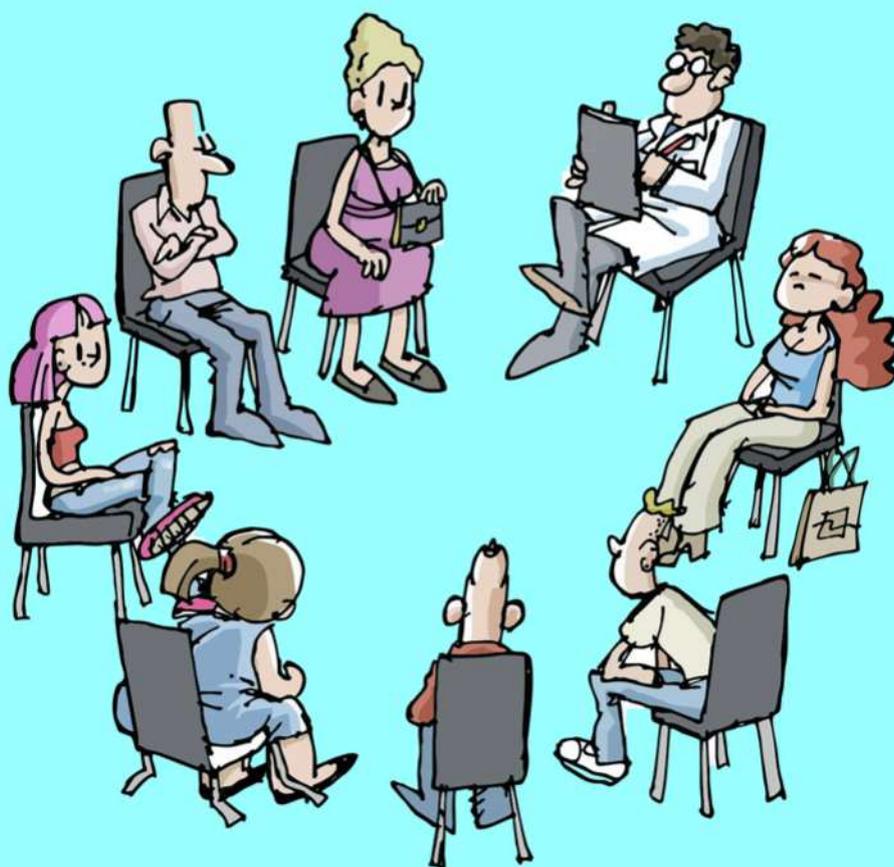
1. Sussman S. Y Sussman A.N, *Considering the definition of Addiction. International Journal of Environmental Research and Public Health.* 8. 4025-4038. 2011
2. Sola G J. *¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones Comportamentales. Evaluación e intervención terapéutica. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.* 4 (2). 2014.
3. Holden C. *Behavioral Addictions: Do they exist? Science.* 294 (5544). 980-982. 2001.
4. Echeburúa, E., & de Corral, P. *Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. Adicciones,* 22(2). 91-95. 2010.
5. Labrador, Francisco J., et al. "Desarrollo y validación del cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT)." *Anales de psicología.* 29 (3). 836-847. 2013
6. Becoña, E. *Adicción a Nuevas Tecnologías.* Vigo. Edicións Nova Galicia. 2006.
7. Verdura V E, Ponce A.G, Rubio V. G. *Programa de Formación Médica Continuada Ejemplar dedicado a: Enfermedades psiquiátricas (III): dependencias, alteraciones de la conducta alimentaria y psicogeriatría,* 10 (86). 5810-5816. 2011
8. Ruiz JM, Pedrero E. *Neuropsicología de las conductas adictivas. Editorial Síntesis.* 186 pp. 2019.
9. Peele S. *The Pleasure Principle in Addiction. Journal of Drug Issues.* 15 (2). 1985.
10. Anaya MN. *Programa de psicología Cartagena de Indias D. T. y C Universidad tecnológica de Bolívar Facultad de ciencias sociales y humanas.* 2021.
11. Billieux, Joel; Schimmenti, Adriano; Khazaal, Yasser; Maurage, Pierre; Heeren, Alexandre. *Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. Journal of Behavioral Addictions.* 4. 119-123. 2015.
12. Cía, AH *Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. Revista de Neuropsiquiatría.* 76 (4), 2013.
13. Becoña E, Orblitas LA. *Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. Revista de Psicología de la PUCP.* XXI, 1. 2003.
14. Alimoradi, Z; Lotfi, A; Lin, CY; Griffiths, MD; Pakpour, AH. *Estimation of Behavioral Addiction Prevalence During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. Current Addiction Reports.* 9. 486-517. 2022
15. Najavits, L; Lung, J; Froias, A; Paull, N; Bailey, G. *A Study of Multiple Behavioral Addictions in a Substance Abuse Sample. Substance Use & Misuse.* 49. 479- 484. 2014.
16. Benbir, G; Poyraz, CA; Apaydin, H. *Diagnostic Approach To Behavioral Or Non-Substance Addictions. Nobel Medicus.* 10. 5-11.2014
17. Sovani, A. *Nonsubstance or Behavioral Addictions: Neuropsychological Underpinnings and Psychosocial Interventions. Annals Of Indian Psychiatry.* 4, 2020.
18. Ruiz JM, Pedrero E. *Neuropsicología de las conductas adictivas. Editorial Síntesis.* 186pp 2019.
19. Christo, G; Jones, SL; Haylett, S; Stephenson, GM; Lefever, RMH; Lefever, R. *The Shorter PROMIS Questionnaire. Further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours, Addictive Behaviours* 28:225-248. 2003.
20. Schluter, MG; Hodgins, DC; Wolfe, J; Wild, C. *Can one simple questionnaire assess substance-related and behavioural addiction problems?Results of a proposed new screener for community epidemiology. Addiction* 113: 1528-153. 2018.
21. Pedrero Pérez, EJ; Rodríguez Monje, MT; Gallardo Alonso, F.; Fernández Girón, M; Pérez López, M; Chicharro Romero, YJ. *Validación de un instrumento para la*

- detección de trastornos de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos*, 9(4): 269-278.
22. Rodríguez-Monje, MT; Pedrero-Pérez, EJ; Rodríguez-Alonso, E; Fernández Giron, M; Pastor-Ramos, V; Mateo-Madurga, A; Cura-González, I; Sanz-Cuesta, T.; Arana-Cañedo, C; Sánchez-Salgado, MP; Escriva-Ferrairo, RA. MULTICAGE CAD-4 for behavioral addiction screening: structural validity after inclusion of a scale on smartphone abuse. *Anales de Psicología* 35(1): 41-46. 2019.
 23. Caretti, V; Gori, A; Craparo, G; Giannini, M; Iraci-Sareri, G; Schimment, A. A new measure for assessing substance-related and addictive disorders: the addictive behavior Questionnaire (ABQ). *Journal of Clinical Medicine*. 7: 194. 2018
 24. Mastropietro S; Favieri, F; Forte, G; Locuratolo, N; Mannarelli, D; Pauletti, C; o, F; Casagrande, M. Behavioral Addictions Questionnaire (BAQ): validation of a new tool for the screening of multiple addictive behaviors in the Italian population. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022.
 25. Alonso Fernández. *Las Nuevas Adicciones*. TEA Ediciones. 285 pp. 2007.
 26. Sirvent CM. *Dialéctica entre la teoría y el método*. Capítulo libro *Drogodependencias: sociología, evaluación y proceso (VVAA)* Edita Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo y Fundación Instituto Spiral. 362 pp. 1997.
 27. Sirvent CM. *Sobre la teoría general de la terapéutica e integración social en drogodependencias*" Capítulo libro *actas Los equipos interdisciplinarios en drogodependencias: estructura, estrategias y evaluación*. (VVAA). Ponencia V Jornadas Regionales de Socidrogalcohol en Castilla-León. Burgos. 348 pp. 1995.
 28. Sirvent CM., *Autoengaño y Adicción*. *Revista Norte de Salud Mental*. 26. 39-49 2006.
 29. Sirvent, C., Blanco P. "La mentira transformada". Trabajo publicado en el Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2007.
 30. Sirvent, CM., Blanco, P. López, B. *Psicopatología del autoengaño en adictos* Trabajo publicado en el Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2007.
 31. Sirvent, CM. *Autoengaño y adicción: clínica y psicoterapia*- Libro del III Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Libro publicado por la Agencia Antidroga de la CCAA de Madrid. Madrid 2007.
 32. Sirvent, C., Blanco P. Moral. MV, Rivas C. *Mixtificación y Adicción*" Ponencia en el 15º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis* 2014.
 33. Sirvent CM. *La sociopatía adquirida*. *Revista Española de Drogodependencias*. Valencia. 32. 310-342. 2007.
 34. Sirvent, C., Blanco P. María de la Villa Moral. Leandro Palacios. Benjamín Salvador. Cruz Rivas. Raquel Delgado. Gloria Campomanes. Andrea García. *Síntomas clave para el tratamiento biológico de las adicciones*. Conferencia en el XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría www.interpsiquis.com - febrero 2017. *Psiquiatría.com*.
 35. Sirvent, C., Blanco P. Moral. MV. Rodríguez, FJ Javier. Delgado R., Benjamín S. *Sistema de registro global de síntomas y tratamientos (base REI)*. Trabajo presentado en el 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis*. Febrero 2012.
 36. Sirvent, C., Blanco P. Moral. MV, Rivas C. Raquel Delgado, Palacios L. Campomanes G., Quintana L., Fernández C. *Visión contrastada entre pacientes y profesionales sobre los motivos de abandono del tratamiento en adicciones*. Conferencia presentada en el 17º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis* 2016 interpsiquis.com - febrero 2016.
 37. Sirvent, C., Blanco P. Moral. MV, Rivas C. Raquel Delgado, Palacios L. Campomanes G. Salvador B. García R. Quintana L. "Emergencias dentro del tratamiento: síntomas críticos" Conferencia en el XVIII Congreso Virtual Internacional. 2017.
 38. Sussman, S; Galimov, A; Ayala, N; Sinclair, DL. *Web-based Evidence on the Treatment of Behavioral Addictions in United States Model Treatment Centers*. *Evaluation & The*

- Health Professions*. 46. 23-29. 2023.
39. Olive, MF; Cleva, RM; Kalivas, PW; Malcolm, RJ. *Glutamatergic medications for the treatment of drug and behavioral addictions*. *Pharmacology Biochemistry And Behavior*. 100. 801-810. 2012.
 40. Chamberlain, SR; Grant, JE. *Efficacy of Pharmacological Interventions in Targeting Decision-Making Impairments across Substance and Behavioral Addictions*. *Neuropsychology Review*. 29. 93-102. 2019.
 41. Mouaffak, F; Leite, C; Hamzaoui, S; Benyamina, A; Laqueille, X; Kebir, O *Naltrexone in the Treatment of Broadly Defined Behavioral Addictions: A Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial*. *European Addiction Research*. 23. 204-210. 2017.
 42. Aboujaoude, E; Salame, WO. *Naltrexone: A Pan-Addiction Treatment? Cns Drugs*. 30. 719- 733.2016.
 43. Piquet-Pessoa, M; Fontenelle, LF. *Opioid antagonists in broadly defined behavioral addictions: a narrative review*. *Expert Opinion On Pharmacotherapy*. 17. 825-844. 2016.
 44. Blum, K; Febo, M; Badgaiyan, RD; Braverman, ER; Dushaj, K; Li, M; Demetrovics, Z. *Neuronutrient Amino-Acid Therapy Protects Against Reward Deficiency Syndrome: Dopaminergic Key to Homeostasis and Neuroplasticity*. *Current Pharmaceutical Design*. 22. 5837-5854.2016.
 45. Brandtner, A; Antons, S; King, DL; Potenza, MN; Tang, YY; Blycker, GR; Brand, M; Lieberr, M. *A Preregistered, Systematic Review Considering Mindfulness-Based Interventions and Neurofeedback for Targeting Affective and Cognitive Processes in Behavioral Addictions*. *Clinical Psychology-Science And Practice*. 29. 379- 392. 2022.
 46. Rosenthal, A; Levin, ME; Garland, EL; Romanczuk-Seiferth, N. *Mindfulness in Treatment Approaches for Addiction - Underlying Mechanisms and Future Directions*. *Current Addiction Reports*. 8. 282-297. 2021,
 47. Schwebel, FJ; Korecki, JR; Witkiewitz, K. *Addictive Behavior Change and Mindfulness-Based Interventions: Current Research and Future Directions*. *Current Addiction Reports*. 7. 117-124. 2020.
 48. Sancho, M; De Gracia, M; Rodriguez, RC; Mallorqui-Bague, N; Sanchez-Gonzalez, J; Trujols, J; Sanchez, I; Jimenez-Murcia, S; Menchon, JM. *Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review*. *Frontiers In Psychiatry*. 2018.
 49. Witkiewitz, K; Bowen, S; Harrop, EN; Douglas, H; Enkema, M; Sedgwick, C. *Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change*. *Substance Use & Misuse*. 49. 513-524. 2014.
 50. Kim, HS; Hodgins, DC. *Component Model of Addiction Treatment: A Pragmatic Transdiagnostic Treatment Model of Behavioral and Substance Addictions*. *Frontiers In Psychiatry*. 9 2018
 51. Boumparis, N; Haug, S; Abend, S; Billieux, J; Riper, H; Schaub, MP. *Internet-based interventions for behavioral addictions: A systematic review*. *Journal Of Behavioral Addictions*. 11. 620-642. 2022.
 52. Gay, A; Cabe, J; De Chazeron, I; Lambert, C; Defour, M; Bhoowabul, V; Charpeaud, T; Tremey, A; Llorca, PM; Pereira, B; Brousse, G. *Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) as a Promising Treatment for Craving in Stimulant Drugs and Behavioral Addiction: A Meta-Analysis*. *Journal Of Clinical Medicine*. 11. 2022.
 53. Brand, M; Rumpf, HJ; Demetrovics, Z; Muller, A; Stark, R; King, DL; Goudriaan, Ae; Mann, K; Trotzke, P; Fineberg, Na; Chamberlain, Sr; Kraus, Sw; Wegmann, E; Billieux, J; Potenza, Mn. *Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of other specified disorders due to addictive behaviors?* 11.150-155, 2022.
 54. Starcevic, V; Khazaal, Y. *Relationships between Behavioural Addictions and Psychiatric Disorders: What Is Known and What Is Yet to Be Learned?* *Frontiers In Psychiatry*. 8. 2017.
 55. Figuee, M; Pattij, T; Willuhn, I; Luigjes, J; van den Brink, W; Goudriaan, A; Potenza, MN;

- Robbins, TW; Denys, D. Compulsivity in obsessive-compulsive disorder and addictions. *European Neuropsychopharmacology*. 26. 856-868. 2016.
56. Andreassen, CS; Griffiths, MD; Gjertsen, SR; Krossbakken, E; Kvam, S; Pallesen, S. The relationships between behavioral addictions and the five-factor model of personality. *Journal Of Behavioral Addictions*. 2. 90-99. 2013.
57. Thege, BK; Woodin, EM; Hodgins, DC; Williams, RJ. Natural course of behavioral addictions: a 5-year longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 15. 2015.
58. Bandura, A. A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10, 214-217. 1999.
59. A Bandura, WH Freeman, R Lightsey. *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman. 1997
60. A. Bandura. *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84 pp. 191-215. 1977.
61. Prochaska J, DiClemente C. *Transactional therapy: toward a more integrative model of change*. En: *Psichoterapy: theory, research and practice*; 19:276-288. 1982
62. 9. Prochaska J, DiClemente C. *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones;1984.
63. Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. 1994.
64. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology* 35:217–238. 2010.
65. Koob, G. y Volkow, N. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3 (8), pp. 760-773. 2016.
66. Volkow, N., Koob, G., & McLellan, A. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*. 374, 363-371. 2016.
67. Alexander, B., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58 (2), 175–179. *Repensar el Método Etnográf.* 1978. Apud, I. 2013.
68. Peele, S. *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*. New York: Lexington Books. 1985.
69. Peele, S. *Addiction as a Cultural Concept*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205–220. 1990.
70. Zinberg, N. E. *Heroin use in Vietnam and the United States*. *Archives of General Psychiatry*, 26, 486–488. 1972.
71. Zinberg, N. E. *Drug , Set , and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press. 1984.
72. Alexander, B., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58 (2), 175–179. 1978.
73. Sirvent CM. *Estudio Clínico Comparativo del Registro de Síntomas Diana y Áreas Básicas Adictivas. (En preedición)*. 2023.

PSICOTERAPIA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES



PROGRAMA DE PSICOTERAPIA EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Leandro Palacios Ajuria

PSICOTERAPIA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Se propone una intervención general en adicciones comportamentales que se ciña al modelo descriptivo y operativo que representan las denominadas **Áreas Básicas adictivas** descritas en el primer apartado y que corresponden a los trastornos nucleares adictivos que mejor cualifican y diferencian a las adicciones de otros cuadros patológicos y de cuya eficaz superación va a depender gran parte del éxito del proceso terapéutico. Recordemos que son cuatro: Esfera del placer, Autocontrol y voluntad, Energía vital y Motivación, y Desrealismo.

ÁMBITOS GENERALES DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y CRITERIOS EVOLUTIVOS

El tratamiento de cualquier trastorno adictivo resulta complejo debido no sólo a las dificultades que acompañan a procesos de esta naturaleza sino al hecho de que una intervención que pretenda resultar verdaderamente eficaz necesita incluir en la misma todos aquellos ámbitos que se revelan de importancia sustancial en el cómputo terapéutico final. Se deben establecer además criterios de evolución que sirvan de guía a los(las) profesionales a la hora de supervisar y de analizar cada caso. Intentaremos por ello concretar y definir los unos y los otros (ver cuadro 2).

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

Quizá resulte innecesario mencionarlo por ser algo tan evidente, pero una de las mejores y más fiables fuentes de información de que los profesionales disponen para valorar la trayectoria de las personas adictas que tratan es el conjunto de actitudes que mantienen respecto al propio proceso terapéutico. No sólo eso, sino que, además, este conjunto de actitudes es en sí mismo uno de los focos de intervención más importantes dado que entroncan con las **Áreas Básicas adictivas** y mediante su transformación se pueden subsanar las secuelas imputables a la adicción.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICO / ESTRUCTURAL

Cuando se menciona la necesidad de cambios psicológicos como parte sustancial de la recuperación, muchos adictos oscilan entre la extrañeza (*"cuando deje mi adicción se me solucionan todos los problemas"*), el miedo (*"no quiero dejar de ser yo mismo"*) y la desconfianza (*"me quieren comer la cabeza, lavar el cerebro, etc."*). La resolución exitosa de un tratamiento en

adicciones no se pliega a cualquier fórmula ya que siempre requerirá que el paciente aborde una serie de reformas psicológicas de mayor calado y envergadura que el simple “no ejercicio de la conducta adictiva”.

PLANO SOCIORRELACIONAL

Las adicciones son sucesos supra - individuales e incluso supra - relacionales (sociales, educativos y culturales). Por ello, la interacción con otras personas es un ámbito prioritario en que los sujetos adictos suelen representar las patologías que caracterizan su adicción o adicciones y, de igual forma, proporciona un escenario donde tales alteraciones pueden ser abordadas y modificadas.

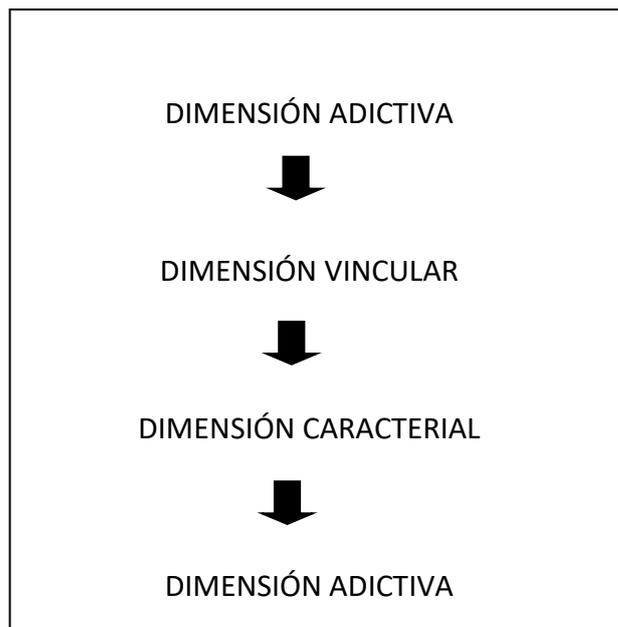
DIMENSIÓN ADICTIVA

Todos los ámbitos señalados hasta ahora pueden formar parte de la intervención en otros campos de la salud mental diferentes al de las adicciones. No obstante, el plano específico de las mismas y que nunca debe ser olvidado por mucho que el sujeto parezca “poco” adicto o haya mejorado ostensiblemente a este respecto durante el tratamiento. (Cuadros 1 y 2)

SECUENCIACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para que un plan de abordaje psicoterapéutico de las adicciones comportamentales se desarrolle congruentemente debe construirse respetando una delicada secuencia de etapas, sobre todo en cuanto se refiere la preparación para la consciencia del sujeto adicto. Dicha secuencia sería la siguiente (ver cuadro 1):

CUADRO 1: “Secuenciación de la intervención”



PRIMERA ETAPA: DIMENSIÓN ADICTIVA

En primer lugar, hay que incidir sobre los *aspectos más patentes de la adicción*, ya que suelen ser no sólo los más evidentes de percibir sino aquéllos que más sufrimiento causan a los(las) adictos y en torno a los cuales se enmarcan sus demandas y quejas más inmediatas:

- *Trastornos de raíz adictiva tanto internos* (obsesiones, ideas irracionales, estilo cognitivo, etc.) *como externos* (comportamientos ligados a la adicción, gestión del tiempo, desórdenes en ritmos y hábitos, relación con personas y ambientes que refuerzan la adicción, etc.).
- Manifestaciones asociadas al *craving* y a la *deprivación* (si la persona las experimenta).
- Sintomatología concomitante relacionada con el (los) *trastornos psicopatológicos asociados*.

En esta fase el profesional debe ser muy directivo, pero ajustándose a las características y al tempo de cada paciente, que debe encontrar aceptación pero no permisividad pues se trata no sólo de establecer una relación terapéutica adecuada sino de ofrecer un modelo diferente de relación.

Las *técnicas* que mejor funcionan en este momento son las cognitivo - conductuales y las de gestión de hábitos ya que se impone un corte radical con el estilo de vida previo, precisándose incluso medidas drásticamente conductuales y tratamiento psicofarmacológico durante esta inicial etapa adictiva.

SEGUNDA ETAPA: DIMENSIÓN VINCULAR

Si el paciente cambia sus conductas y remite la sintomatología aguda, es de esperar que consiga cierto bienestar que redunde no sólo en un cambio de actitud y en una perspectiva diferente de sus problemas sino que fortalezca la alianza terapéutica y posibilite un abordaje cada vez más profundo de los mismos. Llega ahora el turno del abordaje de *lo vincular* dado que, si la persona ha modificado al menos alguno de sus comportamientos adictivos, por fuerza tiene que observar cambios relacionales, aunque éstos sean (o parezcan - desfavorables).

Uno de los focos de intervención y de análisis en esta fase es la *relación terapéutica*, por ser ésta simultáneamente un escenario privilegiado donde se representan las dificultades relacionales del adicto y un molde para poder cambiarlas. El profesional debe seguir siendo directivo aunque cada vez menos, atreviéndose incluso a frustrar al paciente cuando demande pautas concretas o espere soluciones mágicas pues, si bien la relación terapéutica ofrece a la persona nuevas formas de relación con los demás al ser escuchada, valorada y comprendida, resulta crucial que también incluya la posibilidad de que profesional y paciente puedan entrar en conflicto y aprender a resolverlo maduramente.

Las *técnicas activas* (gestálticas, psicodramáticas, incluso el entrenamiento en HHSS y asertividad) ofrecen buenos resultados en esta etapa pues introducen un factor de aprendizaje dinámico en la terapia. Así mismo, la *terapia de grupo* proporciona ahora un contexto de interacción para agregar otras perspectivas a las propias y conseguir una revinculación eficaz mediante el trabajo con roles, resultando proverbial incidir en los vínculos de dominio-sumisión y en los roles de auto y heterocuidado.

TERCERA ETAPA: DIMENSIÓN CARACTERIAL

Una vez desbrozado el camino, toca incidir en la *vertiente intrapsíquica* a fin de ayudar al paciente no sólo a descubrir las líneas maestras de su autoconcepto, cómo se construyeron biográficamente y en qué medida la relación consigo mismo es reflejo, causa o consecuencia de todo lo vivido sino a aceptarse en profundidad y eliminar o modular aquellas tendencias que le dificulten una mejor adaptación. De gran importancia es establecer la *pauta o pautas disfuncionales* que el adicto haya estado practicando durante su vida a fin de favorecer el paso de un locus de control externo a otro interno, especialmente en el campo de las relaciones. Se trataría con ello de que la persona lograra un cambio en la gestión de sus necesidades, miedos y deseos más básicos y una reconstrucción de la propia autoimagen que promocióne la autonomía desde el realismo.

En el *apartado técnico*, además de todas las estrategias terapéuticas anteriores, cabe destacar el valor de los instrumentos procedentes de modelos humanistas no directivos y los derivados de las corrientes narrativas, constructivistas e incluso psicodinámicas.

CUADRO 2: “Ámbitos generales de intervención y criterios evolutivos en adicciones comportamentales”

ÁMBITOS GENERALES DE INTERVENCIÓN	CRITERIOS EVOLUTIVOS
Actitud ante el tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia y constancia en los actos que conformen el plan terapéutico global (actividades, consultas, entrevistas, sesiones grupales, tareas a desarrollar, etc.). 2. Interés mostrado en las anteriores cuestiones. 3. Interés en comprender y solventar los problemas y dificultades que experimenta tanto en el ámbito de la adicción como en otros aspectos de su vida. 4. Afán de superación y disciplina terapéutica. 5. Asunción por parte del adicto de su responsabilidad y de su protagonismo en el proceso que sigue.
Dimensión psicológico / estructural	<ol style="list-style-type: none"> 1. La estabilización comportamental y el cambio de hábitos y de estilo de vida. 2. La estabilización emocional y anímica. 3. El nivel de veracidad y sinceridad que muestre cada adicto. 4. La receptividad y el sentido crítico (auto y hetero). 5. El esfuerzo destinado a la consecución de objetivos personales. 6. El grado de madurez psicológica tanto cognitiva, afectiva y conductual como relacional
Plano sociorrelacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. La actitud y comportamiento generales en la relación interpersonal. 2. El estilo de interacción que muestra cada adicto. 3. La conflictividad relacional que acompaña como causa y/o consecuencias a sus trastornos. 4. La evolución de las relaciones significativas. 5. El nivel de coherencia y de asertividad en la interrelación y el desarrollo de habilidades comunicativas.
Dimensión adictiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. La capacidad objetivada para mantenerse abstinentes que desarrolle el adicto. 2. Su actitud general respecto a los comportamientos potencialmente adictivos. 3. Su eficacia en el manejo del craving y de los pensamientos asociados a su adicción. 4. El cambio del “locus de control” externo característico de muchos adictos por un “locus de control” interno más acorde con los objetivos del proceso terapéutico. 5. La identificación y cuestionamiento de aquellas ideas irracionales (incurabilidad /curación fácil, etc.) relacionadas con la adicción y con el tratamiento. 6. La identificación y solventación de situaciones de riesgo de recaída.

CUARTA ETAPA: DIMENSIÓN ADICTIVA

Como colofón – y a la manera de bucle evolutivo – el paciente tendría que revisar todas las dimensiones anteriores, captar sus posibles tendencias o inercias, aprehender los cambios protagonizados durante su proceso terapéutico y comprometerse en profundidad con la continuidad de los mismos, señal clara de autonomía.

Llega el momento de la *despedida de la terapia* y se impone una cuidadosa preparación de la misma para que se resuelva adecuadamente tanto la dependencia del terapeuta como la grupal y la institucional. Si así lo quiere, se puede pactar con el paciente un *plan individualizado de seguimiento* a posteriori que sirva para consolidar todas las adquisiciones y cambios y prevenir posibles recaídas.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES

DIMENSIONES DE LA TERAPIA INDIVIDUAL EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Durante mucho tiempo la psicoterapia individual fue el tratamiento de primera elección – y en muchas ocasiones el único – para las adicciones. Hoy en día múltiples estudios señalan que la conjunción de varias herramientas terapéuticas (fundamentalmente psicoterapia individual, de grupo, terapia familiar y tratamiento médico – farmacológico) promueve una mayor efectividad en el logro de la abstinencia, prevención de recaídas y en la reincorporación social de pacientes adictos. En el caso de que el paciente, por diferentes motivos, no pudiese integrarse en este plan terapéutico y únicamente se abordase el problema mediante la psicoterapia individual, el terapeuta nunca debe de olvidar las tres dimensiones siguientes: (Cuadro 3)

- Dimensión adictológica: en la que se incluye el abordaje de elementos como el craving y el manejo de situaciones de riesgo tanto

internas como externas. Debe quedar claramente establecida una serie de medidas de control externo (estilo de vida, relaciones, manejo de dinero y de dispositivos electrónicos, etc.) que aseguren el proceso y para ello resulta muy importante contar con la familia del paciente pues el hecho de que se trate de una terapia individual no supone que se deje al margen al entorno relacional del mismo. Tampoco se deben olvidar los aspectos médicos y farmacológicos.

- Dimensión estructural: no basta con curar o deshabituarse. También hay que reestructurar (en algunos casos estructurar directamente), es decir trabajar el núcleo psicológico del sujeto de manera suficiente, procurando analizar y reconstruir aquello que puede llevarle bien a vivir autoengañado y propenso a la recaída o bien a sufrir crónicamente y tornar a la adicción porque su vida no le satisfaga.
- Dimensión reeducativa: dirigida a orientar e inducir actividades válidas de cara a la fenomenología específica de cada paciente, proporcionando además conocimientos prácticos sobre las adicciones.

FASES DE LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES

FASES INICIALES

Destinadas a una evaluación específica del caso que permita decidir cuál va a ser el plan de tratamiento, la propuesta de contrato que se entregará al paciente y cómo se establecerá la alianza terapéutica con el mismo. (Cuadro 3)

Algunas indicaciones prácticas al respecto son:

- En el momento de realizar la evaluación es fundamental tener una *visión global* del problema de adicción, de los recursos

disponibles para el tratamiento (apoyo familiar, hábitos, red de relaciones sociales, situación laboral, tiempo libre) y de la motivación del sujeto pues de estos factores en gran medida va a depender la modalidad del tratamiento (residencial, ambulatorio, individual, grupal). Conviene disponer de un modelo de historia clínica adictiva (ficha de identificación, motivo de consulta, historia adictiva, patrón adictivo, situación somática, tratamientos anteriores, antecedentes familiares, antecedentes personales, comorbilidad psiquiátrica, etc.) y un relato biográfico que ayuden así mismo a establecer el diagnóstico y la modalidad y los objetivos del tratamiento.

- El *contrato* debe incluir los siguiente puntos: plan terapéutico, duración estimativa del tratamiento, normas (horarios, restricción de lugares y personas de riesgo, manejo de dinero, registro de actividades diarias, administración de fármacos si fuera el caso, etc.) y objetivos del tratamiento.
- Muy importante resulta la modificación del *estilo de vida* del paciente, que debe de abordarse desde el inicio del tratamiento. Los tratamientos centrados en conseguir tan sólo el abandono de la conducta adictiva pero que no en modificar el estilo de vida del adicto conseguirán la remisión del mismo por un corto periodo de tiempo pues lo más probable es que se produzca una recaída.
- Se debe tener en cuenta la necesidad de pautar o no *tratamiento farmacológico* por trastornos derivados de la privación del comportamiento adictivo y/o de concurrencias psicopatológicas y de un seguimiento y supervisión medicamentosos estrechos y acordes con las características de cada paciente.
- En cuanto a la *alianza terapéutica*, la calidad de la relación entre paciente y

terapeuta será un importante factor predictor de la adhesión y de la eficacia de la psicoterapia. Muchos son los avatares que acompañan a una relación como la que establecen un adicto y un terapeuta en el marco de un proceso de recuperación intensivo y a medio – largo plazo, pero uno de los mayores riesgos deriva del inadecuado manejo de la distancia emocional por parte de los(las) profesionales y de las posiciones dicotómicas (permisividad/autoritarismo) adoptadas por éstos durante la interacción terapéutica.

Cuadro 3: “Fases de la psicoterapia individual en adicciones comportamentales”

FASES	<p>I. FASES INICIALES</p> <p>II. FASES INTERMEDIAS</p> <p>III. FASES FINALES</p>
DIMENSIONES	<ul style="list-style-type: none"> • DIMENSIÓN ADICTOLÍTICA • DIMENSIÓN ESTRUCTURAL • DIMENSIÓN REEDUCATIVA

FASES INTERMEDIAS

En estas etapas se llevan a cabo dos procesos: la construcción de la pauta disfuncional y el proceso de cambio como resultado de la intervención terapéutica mediante una serie de técnicas y estrategias. Indicaciones prácticas a tener en cuenta durante estas etapas serían:

- A la hora de instrumentar la intervención resulta importante diferenciar el proceso de cambio terapéutico de las técnicas de intervención. En la socorrida pero no por ello menos útil teoría de los procesos de cambio, Prochaska y DiClemente (1982) consideran el tratamiento de las conductas adictivas como la aplicación de diferentes estrategias de

intervención durante los cinco estadios de cambio que enuncian. Para ello, resulta fundamental que el terapeuta sepa en qué estadio de cambio se encuentra el paciente, así como que conozca las técnicas y estrategias que va a utilizar para lograr cada uno de los objetivos propuestos, ayudando así al sujeto a progresar hacia el estadio siguiente.

- Un error de manejo estriba en considerar que la adicción comportamental es un síntoma de procesos psicopatológicos subyacentes o un trastorno de personalidad y que por ello los esfuerzos de la psicoterapia se dirigen a la remoción de estos componentes, dejando en segundo plano el comportamiento adictivo. Se ha comprobado que este enfoque conduce en la mayoría de los casos a un fracaso terapéutico. El conflicto psicológico existe realmente, pero la intervención primera en el tratamiento de las dependencias comportamentales debe centrarse en el abandono de la conducta problemática incidiendo sobre cuanto tenga que ver con lo adictivo a corto plazo y, a partir de esos cambios, avanzar hacia aspectos estructurales de la personalidad del paciente
- Resulta especialmente aconsejable en adicciones comportamentales emplear un modelo terapéutico integrador que utilice las técnicas que se han probado más efectivas, que trate de la manera más adecuada cada caso y que no albergue prejuicios que limiten la práctica terapéutica. Con todo, no debemos confundir integrar con juntar o mezclar un conjunto inconexo de técnicas. La integración debe ser algo más que disponer de un nutrido arsenal de recursos para abordar las patologías específicas y asociadas a estos cuadros clínicos. También debe constituirse en una teoría psicológica de largo alcance que considere la globalidad del individuo y aspire a su crecimiento personal.

FASES FINALES

La terminación del tratamiento es un punto crítico, especialmente en lo que concierne a la despedida de la terapia y a la finalización del vínculo terapéutico. En esta etapa se tiene que haber alcanzado los objetivos propuestos y que no deben fundamentarse tan sólo en el mantenimiento de la abstinencia. Una vez conseguido lo anterior, es necesario efectuar un seguimiento a largo plazo que evite descompensaciones, sustente los cambios efectuados y prevenga recaídas.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES

A TÍTULO UNIPERSONAL

INTERVENCIÓN EN ÁREAS BÁSICAS

La psicoterapia de grupo permitirá incidir no sólo en cuestiones interpersonales sino en muchos aspectos de la personalidad del adicto que tienen que ver tanto con los trastornos generados por su adicción como con otros de su estructura psicológica. De hecho, en el espacio grupal se incide de manera tal en las *Áreas Básicas adictivas* que sin este tipo de intervención las posibilidades de solucionar tales alteraciones quedarían muy reducidas. Concretando aún más, la terapia de grupo logra que el paciente vuelva a introyectar una imagen de autonomía y de consistencia psicológica frente a la dependencia y debilidad que en muchas ocasiones suelen atribuirse muchos adictos. Les ayuda de igual forma a ser más realistas y objetivos consigo mismos, eliminando las distorsiones que acompañan tanto al propio autoconcepto como a la percepción de la realidad externa y además les devuelve la sensación de protagonismo sobre su propia vida y de interés, energía y vitalidad sobre cuanto les acontece.

AYUDA A GENERALIZAR Y PONER EN PRÁCTICA LO TRABAJADO EN LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Ayuda a generalizar y poner en práctica lo trabajado en la psicoterapia individual: Resolver satisfactoriamente cualquier adicción supone un plan terapéutico global que incluya, al menos, cuatro planos de intervención: el médico - farmacológico, el individual, el familiar y el grupal. Debido a ello, la terapia de grupo ni puede ni debe desmarcarse del resto de planos de intervención y, antes bien, tiene que complementar y ser complementada por las medidas que se adopten en otros planos del proceso terapéutico del sujeto en tratamiento.

A TÍTULO RELACIONAL

ABORDAJE DE LA DIMENSIÓN RELACIONAL DE LAS ÁREAS BÁSICAS

Aceptando la naturaleza intrapsíquica de las Áreas Básicas Adictivas y su capacidad para generar conflictos internos, la terapia de grupo permite abordar toda aquella patología relacional en que, a la postre, se traducen dichas alteraciones dado que dependencia vs autonomía desmotivación/vitalidad, mistificación/realismo y d escontrol/autocontrol son bipolaridades psicológicas que se escenifican en la interacción con los demás y pueden ser modificadas en el mismo escenario. De hecho, este es uno de los motivos que justifica la importancia que siempre se ha otorgado en el campo de las adicciones al cambio del estilo de vida y de los patrones de relación interpersonal como potenciales factores de recaída.

PROPORCIONA UN ENTORNO DONDE APRENDER A IDENTIFICAR, A EXPRESAR Y COMPARTIR CONTENIDOS ÍNTIMOS DESDE LA NORMALIDAD Y LA TRANQUILIDAD

Aparte de los "fantasmas" que tanto experiencias previas fallidas en grupos (de autoayuda o de psicoterapia) como las propias dificultades relacionales implícitas en este problema despiertan en el adicto con la inclusión en un grupo, hay que tener en cuenta el hecho de que a cualquier persona (con o sin alteraciones de relieve) le resultará de partida más difícil y menos agradable verse participando en un grupo que

charlando con un profesional en un despacho, por lo que las reticencias iniciales que presente entrarán dentro de la normalidad. Aunque pudiera parecer una paradoja, una vez superadas las primeras etapas de filiación grupal, el terapeuta grupal debe conocer y manejar el peligro de que el adicto acabe generando una dependencia del grupo que le impida continuar su crecimiento psicológico. Si así sucediera - más allá de la fase de despedida propia del final de un tratamiento como al que nos estamos refiriendo - el terapeuta debería obrar con esta "adicción al grupo" siguiendo los mismos principios que con cualquier otro fenómeno adictivo.

USO TERAPÉUTICO DE LAS RELACIONES SANAS Y ANÁLISIS E INTERVENCIÓN SOBRE LAS TRANSFERENCIALES

El grupo proporciona de manera simultánea a sus integrantes un espacio de exploración y de aprendizaje de nuevas vinculaciones, un "gimnasio" relacional donde practicarlas sin las interferencias y obstáculos de sus circunstancias personales y un "laboratorio arqueológico" donde descubrir e investigar aquellas maneras de atribuir, comunicar y comportarse ligadas a su biografía y a sus trastornos psicológicos. Hay que afirmar que este conjunto de oportunidades posee un enorme potencial terapéutico es una consecuencia lógica de comprender la dimensión relacional de las adicciones y de las dificultades que encuentran generalmente los adictos para integrarse en un grupo.

POSIBILITA LA INTERVENCIÓN SOBRE ROLES FIJOS, EL ENRIQUECIMIENTO DE LOS QUE POSEE EL ADICTO Y LA CREACIÓN DE OTROS NUEVOS, FAVORECIENDO ASÍ LA RECONSTRUCCIÓN DE MODOS VINCULARES ADECUADOS

Para que exista relación interpersonal se necesitan al menos dos personas que desempeñen un papel a causa o como consecuencia de una propuesta o modo de interacción entre ellas. En el caso de los adictos, los roles y vínculos que más caracterizan su patología relacional frecuentemente tienen que ver con los de dominio - sumisión y los de dependencia - egoísmo. Tanto los unos como los otros acaban emergiendo en el escenario grupal y este mismo marco ofrece

potentes herramientas de abordaje de dichas patologías relacionales.

FACILITA LA INTERACCIÓN CON OTRAS PERSONAS, DESARROLLANDO LA CAPACIDAD EMPÁTICA Y VINCULAR CON LOS OTROS

Durante las sesiones grupales se busca que sean los propios participantes quienes obren de terapeutas con el resto, aportándose información significativa tanto vivencial como acerca de las posibles formas de enfrentarse a las respectivas problemáticas. No basta, sin embargo, con confortar y ser confortado, sino que es indispensable que en las sesiones grupales los adictos establezcan compromisos de cambio en aspectos concretos a fin de que sea posible trascender las propias escenas traumáticas y, dotándolas de nuevo significado, liberarse de las reacciones y comportamientos estereotipados incluidos en las mismas.

CONTRIBUYE A LA RESOCIALIZACIÓN DEL ADICTO EN SU SENTIDO MÁS AMPLIO

Muchos son los autores que no dudan en asociar la influencia de los grupos de terapia con la mejora de la adaptación social de sus componentes¹. Sin entrar en detalle en cuestiones psicopatológicas, mencionar tan sólo que además de las alteraciones relacionales e intrapsíquicas que sufre el adicto también experimentará una desestructuración de sus sistemas axiológicos y ético – morales, fenómeno incluido en la denominada sociopatía adquirida que muestra

gran mayoría de adictos, especialmente aquellos con un alto componente de marginalidad y desarraigo, de manera que se irá convirtiendo cada vez más en un inadaptado social. La psicoterapia de grupo servirá entonces para crear y/ o restaurar una matriz social adecuada tanto interna como externa que potencie tanto el proceso de curación como el de integración social efectiva.

ETAPAS DEL PROCESO GRUPAL

Se recoge a continuación en un cuadro resumen el ciclo de etapas que sigue un grupo desde su puesta en marcha hasta su finalización y los problemas y funciones que tendrán que afrontar los(las) profesionales que se dediquen a esta modalidad terapéutica en el campo de las adicciones comportamentales.

¹ Por ejemplo, Herman (1992) habla de que en los grupos de terapia con adictos se produce una "restauración de los lazos sociales", Matano y Yalom (1991) dicen que los grupos poseen "(...) el poder para contrarrestar las presiones culturales prevalentes hacia la bebida". Golden, Khantzian y McAuliffe (1997) por su parte afirman que "si se pretende que los miembros crezcan y empiecen a verse como parte del colectivo humano, el grupo debe progresar para encontrar lazos comunes en alguna experiencia humana universal más amplia".

CUADRO 4 "Etapas del proceso grupal en adicciones comportamentales"

ETAPA	CARACTERÍSTICAS	PROBLEMAS	FUNCIONES DEL TERAPEUTA
I. Integración en grupo/formación de un grupo nuevo	<ul style="list-style-type: none"> -Creación del espacio grupal/incorporación al grupo. -Establecimiento del compromiso grupal. -Creación/inclusión de/en la trama grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Extrañeza, incomodidad, no identificación. -Abandonos prematuros. 	<ul style="list-style-type: none"> -Selección y preparación de los candidatos. -Información sobre características, normas, objetivos, etc. del grupo. -Explicitación de miedos, deseos, etc
II. Estadios iniciales	<ul style="list-style-type: none"> -Orientación y exploración. -Inclusión e identidad. -Confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pasividad de los miembros. -No se comparten sentimientos relacionados con el grupo. -No se comparten contenidos íntimos generales o se hace de manera vaga o ambigua. -Los miembros se vuelven "consejeros" o jueces de otros miembros. 	<ul style="list-style-type: none"> -Soporte normativo y distribución de responsabilidades. -Enseñar y modelar pautas de comunicación interpersonal. -Facilitar la expresión emocional. -Presencia y comportamiento activos. -Manejar abiertamente tanto las preguntas como los conflictos y problemas que surjan. -Orientar sobre el desarrollo del proceso grupal. -Favorecer la trama grupal.
III. Estadios de transición	<ul style="list-style-type: none"> -Manejo de la ansiedad. -Transición de una postura de dependencia a otra más autónoma. -Progresiva implicación. -Aprender a enfrentarse a los conflictos y a la confrontación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Posturas evitadoras y/o defensivas. -Posturas dependientes o agresivas. -Lejanía, falta de implicación, pasividad grupal. -Creación de subgrupos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Crear y mantener un clima donde se puedan expresar y manejar miedos, ansiedad, resistencias, etc. -Proporcionar un modelo adecuado manejando directa y honestamente los problemas entre miembros del grupo e incluso los desafíos que reciba. -Fomentar la autonomía personal y grupal.
IV. Estadios de madurez	<ul style="list-style-type: none"> -Alto nivel de confianza mutua, de cohesión y de autogestión grupal. -Comunicación abierta, libre y espontánea. -No se evitan los conflictos ni los temas difíciles y se manejan directamente. -Se ofrecen opiniones sinceras y se aceptan de manera no defensiva. -Hay voluntad de cambio tanto dentro como fuera del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acomodamiento por disfrute de las relaciones establecidas sin asumir otros retos. -Relaciones fantasma. -No generalización de los avances grupales a otros ámbitos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Potenciar la cohesión y la productividad terapéutica. -Apoyar y reforzar la generalización a otros ámbitos. -Evitar la creación de relaciones falseadas. -Ampliar y profundizar el cambio psicológico.
V. Estadios finales	<ul style="list-style-type: none"> -Aparece la tristeza y la ansiedad de separación. -Resolución de la dependencia grupal, institucional y del terapeuta. -Elaboración de la experiencia global y responsabilización con el mantenimiento de lo conseguido. 	<ul style="list-style-type: none"> -Algunos miembros pueden sufrir retrocesos (recaídas) o generar nuevos problemas a abordar. -Asuntos inconclusos personales o grupales. -Enfriamiento del clima grupal. -Transformación del grupo de instrumento a fin en sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pautar y facilitar la despedida grupal. -Reforzar los cambios conseguidos y el compromiso con su continuidad. -Potenciar la generalización de lo obtenido a otras situaciones.

ALGUNOS CONSEJOS PRÁCTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

Finalizaremos este apartado dedicado a la psicoterapia de grupo listando en el cuadro siguiente algunos consejos e indicaciones útiles a la hora de conducir grupos de adictos.

- Siempre que se trabaje en grupo con adictos ha de animárseles a ponerse en el lugar de la otra persona y a que hablen desde esa posición, o al menos, que reconozcan la dificultad para hacerlo (fomento de la empatía).
- Resulta conveniente plantear los problemas y, sobre todo, las soluciones como algo grupal, aunque sea algo individual. Esta estrategia sirve para la creación de nexos grupales y vínculos de solidaridad por oposición a la soledad e individualismo egótico de muchos adictos.
- El terapeuta debe tener siempre en cuenta la complementariedad patológica que acompaña a las adicciones y que se observa en la interacción con otros adictos e incluso con el propio terapeuta.
- Invitar a que se participe (postura activa del terapeuta) desde la opinión, la experiencia, el sentimiento, etc. de cada cual, evitando en la medida de lo posible lo general y las terceras personas.
- Fomentar que sea el propio grupo quien implique a los(las) ausentes, promoviendo así la autonomía grupal frente a la dependencia del terapeuta, máxime en grupos de pacientes tan dependientes como los(las) adictos.
- Intentar que se concrete, pero sin llegar a agotar los temas con la imposición autoritaria de la sinceridad pues se adoptaría una postura sojuzgadora cuyos peligros son evidentes.
- Solicitar contrastes vivenciales que favorezcan la ruptura de las experiencias constrictivas del adicto: “¿Le sucede (o le sucedió) lo mismo a alguien?, ¿qué hace (o hizo) para solucionarlo?”.
- Tipos de intervenciones grupales que hay que diferenciar y manejar en terapia de grupo:
 - Aquéllas que inciden sobre el contenido individual y/ o grupal: señalan algo sobre el tema que se está tratando, pero encierran el peligro de los juicios de valor por parte del terapeuta.
 - Aquéllas que inciden sobre la interacción individual y/ o grupal: indican algo sobre cómo se ve al grupo en ese momento y sirven para fomentar la trama grupal. Uso adecuado de tonos y maneras. Aunque se sea firme (postura necesaria) no hay por qué ser agresivo. Resulta muy aconsejable en este sentido que el terapeuta realice algún tipo de trabajo que eduque su expresión corporal y verbal o, al menos, que solicite supervisión de otros compañeros o externa a este respecto.
- Uso del refuerzo y de lo constructivo: ej. Resaltar la intervención de alguien que se haya mostrado ausente, rescatando lo que aporta al grupo.
- Tener en cuenta que toda sesión tiene fases (inicio y caldeamiento, productividad terapéutica, cierre), siendo especialmente importante con caldeamiento.

Cuadro 5: “Consejos prácticos en Psicoterapia de Grupo”

TERAPIA FAMILIAR EN ADICCIONES COMPORTAMENTALES

EL PAPEL DE LAS ÁREAS BÁSICAS EN LA TERAPIA FAMILIAR DE LAS AC

Como se ha dicho repetidas veces en apartados precedentes, Las Áreas Básicas adictivas son aquellos trastornos psicopatológicos nucleares sufridos por el adicto que mejor cualifican y diferencian a las adicciones de otros cuadros clínicos. La práctica terapéutica nos ha permitido conocer y establecer la especial simetría existente entre los trastornos y las dificultades de los adictos y los problemas relatados por sus familias. Tomando pues como punto de partida las definiciones previas y utilizando el enfoque que proporcionan las Áreas Básicas para acercarnos de nuevo al universo relacional del adicto, podemos decir que:

- Los familiares también viven en un mundo irreal y distorsionado (Mixtificación) que, bien por ignorancia, bien por tácita negación o bien por los fenómenos propios de las dinámicas relacionales que acompañan a las adicciones, dificulta el afrontamiento objetivo del trastorno y sus posibles soluciones.
- Por otra parte, los vaivenes afectivos y la interdependencia (Codependencia) que en mayor o menor grado mantienen los familiares con el adicto (Dependencia) son patentes en estas familias y, de igual manera que las distorsiones de la realidad antes mencionadas, entorpecen el mantenimiento de vínculos funcionales y adaptativos.
- Como consecuencia de lo anterior, en las relaciones familiares predomina el impulso afectivo descontrolado y el subjetivismo a ultranza (Descontrol) sobre posturas más equilibradas, sensatas y objetivas.
- Además, tanto el progreso de la propia adicción como de las maneras patológicas de

comunicación e interacción que acompañan a la misma conducen a los familiares a una carencia, en muchos casos alarmante, de energía vital (Desvitalización) que explicaría la prevalencia de trastornos ansiosos y del estado de ánimo en familiares de adictos.

LA CODEPENDENCIA COMO ASPECTO FOCAL DE INTERVENCIÓN

Debido a su relevancia clínica y terapéutica, resulta obligado incluir en este apartado sobre terapia familiar de las adicciones al menos un esbozo de algunas de las cuestiones básicas relacionadas con el fenómeno de la codependencia dado que el terapeuta que se dedique a la intervención en familias de adictos se va a encontrar con este trastorno de manera recurrente.

DEFINICIÓN

La codependencia sería la peculiar relación de dependencia afectiva que establece un sujeto normal (por lo común familiar o muy allegado) respecto a un adicto. "En realidad existen numerosos tipos de codependencias cuyo denominador común sería el vínculo patológico dependiente o interdependiente que mantiene un sujeto no adicto (sujeto codependiente) con un sujeto adicto (alcohólico, drogodependiente o ludópata)" El concepto de codependencia se comenzó a utilizar en los años setenta para describir al familiar, amigo o voluntario que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción. Más tarde se ha definido al codependiente como aquél que se dedica a cuidar, corregir o salvar al adicto, involucrándose en sus conflictos, sufriendo y frustrándose ante sus repetidos fracasos y recaídas y llegando a adquirir características y conductas tan anormales como las del propio adicto y, posteriormente, se ha ido generalizando a familiares de personas con enfermedades crónicas (esclerosis múltiple, insuficiencia renal, trastornos alimentarios, cáncer, esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer) e incluso a profesionales de la salud, dándose la paradoja de que los(las) terapeutas en adicciones, entre todos los(las) profesionales sanitarios, son el colectivo que más peligro corre

de desarrollar un vínculo codependiente con sus pacientes si no saben adoptar y mantener las actitudes y comportamientos adecuados para atenderlos.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DEL ABORDAJE DE LA CODEPENDENCIA

De manera extractada y utilizando el perfil macrofactorial y factorial del sujeto codependiente los objetivos terapéuticos básicos a satisfacer en el abordaje de la codependencia serían:

Autonomía (vs. dependencia afectiva)

La vida del familiar codependiente se va empobreciendo poco a poco hasta quedarse sin espacios propios ni energía que dedicarse a sí mismo. Por ello, el terapeuta inicialmente debe ser muy directivo aunque ajustándose a las características y al tempo de cada persona al incidir sobre aspectos tanto internos (obsesiones, ideas irracionales, estilo cognitivo vinculado a la dependencia en particular y a las relaciones interpersonales en general, autodiálogo, etc.) como externos (gestión del tiempo y hábitos de autocuidado físico y psicológico, posibles comportamientos de persecución del adicto, etc.) de raíz adictiva al objeto de revertir dicho proceso. Si el codependiente cambia sus conductas, es de esperar que consiga cierto bienestar que redunde no sólo en un cambio de actitud y en una perspectiva diferente de sus problemas que le permita un manejo más autónomo, responsable y maduro de los mismos.

Realismo (vs. autoengaño)

Si bien una de las dimensiones menos afectadas en la codependencia es la de las capacidades cognitivas (como se sabe, las “creencias irracionales” nacen de las distorsiones en la manera de aprehender e introyectar ciertos patrones psicológicos, no de los déficits perceptivos o de procesamiento intelectual del sujeto), hay que considerar la enorme dificultad de los codependientes para objetivar sus propios problemas aunque no así los de los demás, instalándose en un autoengaño del que sólo pueden salir mediante tareas concretas y dando pasos adelante aunque sea basándose en la

referencia ajena. Una vez más, aparte de la incidencia en cuanto de distorsión afectiva y relacional tiene el autoengaño, la intervención ha de poseer una vertiente eminentemente práctica que se concreta en actuaciones que el profesional prescribe y pautas específicas que enuncian una serie de normas y de conductas frente a circunstancias previsibles o reacciones esperadas y conocidas gracias a la experiencia.

Estabilidad emocional (vs. recreación de sentimientos negativos)

A fuerza de sufrir sucesivas y reiteradas frustraciones, el familiar codependiente experimenta la pérdida de la motivación y del interés por lo que le ocurre, llegando a la sensación de vacío emocional y de irse destruyendo progresivamente. Además, le atrapa la percepción repetitiva de tristeza, culpa, ansiedad, angustia y demás sentimientos de naturaleza nociva. Se trata por ello de que el codependiente aprenda a gestionar sus necesidades, miedos y deseos más básicos y consiga una reconstrucción de la propia autoimagen desde un realismo que promocióne su autonomía.

Fuerza del yo (vs. caracterosis)

La codependencia debilita las fronteras del yo volviendo hipoasertivo a quien la padece, pero paradójicamente egoísta (“te ayudo para quedarme tranquilo”) y manipulador (victimista). Debido a ello, el codependiente precisa reforzar su individualidad mediante la defensa de unos límites del yo que sean sólidos pero permeables y no punitivos con el propio sujeto o con los demás. En definitiva, necesita fundamentar su individualidad en el “yo y los demás” en vez del “yo o los demás” propio de posturas individualistas y dependientes.

Autocuidado (vs. tríada codependiente)

El familiar codependiente acaba cediendo a la persona de la que depende el papel central en su vida y se dedica en cuerpo y alma a cuidarla, aunque ésta no se lo pida. Resulta crucial por ello ayudarle a concentrar su atención en el aquí y ahora mediante el análisis de sus costumbres y rutinas y la prescripción de tareas muy básicas

relacionadas con los hábitos de autocuidado (alimentación, descanso, higiene, ejercicio físico y ocio). Además, hay que inducir al codependiente a recuperar no sólo la sensación de que se merece tener espacios propios en los que sólo se dedique a sí mismo sino también la responsabilidad sobre ellos y sobre la continuidad de su mantenimiento día tras día.

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN Y ETAPAS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

TERAPIA UNIFAMILIAR

Al hablar de terapia unifamiliar hacemos referencia al plan terapéutico que combina entrevistas de familiares más el paciente con entrevistas en paralelo y con cada uno de ellos por separado. Las entrevistas, en sus diversas modalidades, tienen una frecuencia mínima mensual y una duración de 60' y pueden ser solicitadas por la familia o el paciente o convocarse a instancias de los(las) terapeuta(s), bien de manera sistematizada o bien por la vía de la urgencia.

ETAPAS QUE CONFIGURAN EL PLAN DE INTERVENCIÓN UNIFAMILIAR

Las etapas que a nuestro juicio configuran el plan de intervención unifamiliar (ver cuadro 6) son:

Diagnóstico familiar de la adicción (fase previa al tratamiento)

Cuando un adicto solicita tratamiento, el primer paso en la intervención familiar es una valoración técnica que permita conocer a su familia (de origen y propia si la tiene). Conviene no construir demasiadas hipótesis a priori salvo algunas muy generales y de carácter funcional a fin de que el terapeuta no pierda su objetividad y sea capaz de juzgar sobre lo que en ella aparezca. Si tras dicha valoración resulta pertinente el tratamiento y puede elaborarse un contrato terapéutico, se abre expediente clínico al paciente y se inicia un estudio

médicopsicosocial amplio que incluye una evaluación familiar que servirá como primer punto de referencia para la intervención. Los principales interrogantes que es preciso contestar en esta primera etapa son: si se trata de una familia con un miembro adicto o de una familia generadora de la adicción, cuáles serán las consecuencias del cambio, qué función cumple la familia en la adicción, qué función cumple la adicción en la familia y si es posible elaborar con ésta un contrato de tratamiento aceptable.

Tras la valoración comienza el verdadero proceso terapéutico, que arranca definitivamente después del inicio efectivo del programa elegido por parte del adicto. Desde este momento, la familia ingresa a su vez en el programa de terapia familiar y se intenta que acuda a cuantas sesiones tanto multifamiliares como unifamiliares se fijan.

Fase de integración – reestructuración

Se corresponde temporalmente con los primeros meses de la trayectoria del paciente en el tratamiento. En estos momentos la familia necesita recibir instrucciones y consignas firmes y claras sobre cómo tratar a su familiar si aparecen las circunstancias que frecuentemente caracterizan a esta etapa y que tienen que ver con las posibles modalidades de abandono prematuro del tratamiento (desde “curaciones mágicas” hasta quejas sobre el trato recibido por los profesionales que le atienden o sobre las condiciones del tratamiento).

Esta fase se centra monográficamente en las dificultades de manejo práctico del problema por parte de la familia, señalando la necesidad del acuerdo y de la adopción de una postura firme y clara respecto al adicto como requisito básico para su recuperación y como la mejor manera de ayudarle a situarse en la realidad. Así, mientras se elude validar, ratificar o desmentir la culpabilidad de la familia en la génesis y establecimiento de la adicción, las consignas y las tareas directas encomendadas a los miembros de ésta sirven para reconstruir una autoimagen familiar de competencia, para establecer límites a diversos niveles y para generar nueva información útil en fases posteriores.

Fase de maduración psicoterapéutica

A pesar de que esta etapa se presente cronológicamente posterior a la previa, en la realidad clínica no existen límites tan claros entre ellas dado que las descompensaciones afectivas que la familia experimenta la acompañan en mayor o menor medida a lo largo de todo el tratamiento y únicamente la insistencia del terapeuta en las consignas básicas y el efecto acumulativo de las intervenciones realizadas dentro de los diversos planos que conforman la rutina terapéutica familiar hacen que dichas descompensaciones no interfieran en el manejo práctico del problema.

Es el momento de abordar decididamente el trabajo en Áreas Básicas pues, al ser ésta una etapa de maduración interesa producir cambios estructurales que pervivan una vez finalizado el tratamiento y doten a la familia de suficientes mecanismos para no sólo seguir evolucionando dentro del programa sino para hacer de esta evolución un principio sólido de su dinámica íntima.

Así, al mismo tiempo que se siguen prescribiendo tareas que mantengan la vitalidad familiar y doten de dinamismo al proceso de cambio (Vitalidad vs. Desvitalización), las sesiones unifamiliares buscarán objetivar cada vez más las circunstancias que rodean no sólo al adicto sino también al resto de componentes de la familia (Realismo vs. Mistificación) mediante el aprendizaje de estrategias para controlar las emociones y crisis que, como ya se ha comentado, alumbra esta etapa (Autocontrol vs. Descontrol) y la ganancia de perspectiva familiar y de capacidad de maniobra sobre el adicto y sobre la propia interacción familiar (Autonomía vs. Dependencia).

Fase de reincorporación social – implementación

La terapia familiar entra en su fase final, una fase de resolución de las dificultades abordadas a lo largo del tratamiento y de reorganización de la estructura familiar mediante la progresiva pérdida de importancia del adicto dentro de la misma y su desplazamiento a un plano de igualdad con el resto de los miembros de la familia (resolución de la dependencia familiar).

En esta fase resulta frecuente que, ante la inminente finalización del tratamiento individual y familiar, se produzcan retrocesos que incluso lleguen a conducir a la familia a una situación semejante a la de los inicios del mismo. Afloran de nuevo sentimientos de indefensión ante el problema y la imagen de incapacidad asumida por la familia en el transcurso de la adicción vuelve a veces a manifestarse bajo la forma de un deseo más o menos explícito de cesión de las responsabilidades sobre el adicto al equipo terapéutico que los(las) terapeutas tienen que manejar con resolución.

En las sesiones previas al alta terapéutica, se aborda asimismo la resolución de la dependencia hacia los terapeutas, se lleva a cabo un resumen final de la trayectoria de la familia y se confecciona una especie de decálogo de consejos y de medidas a seguir ante diversas situaciones, sobre todo las de riesgo real o potencial (prevención de recaídas). Además de lo antes señalado, se negocia con la familia el seguimiento terapéutico posterior.

Fase de seguimiento posterapéutico

Cuando el paciente obtiene el alta terapéutica por finalización del programa (o fórmula consensuada similar) y concluido también el trabajo familiar en sus diversos planos de intervención, paciente y familia entran en una etapa de seguimiento dentro de la cual se mantienen contactos periódicos tanto conjuntos como separados a fin de conocer la evolución general y contrastar cómo se va produciendo la nueva adaptación familiar (autorregulación), procurando, en el caso de situaciones en extremo difíciles, proveer a los miembros de la familia de los recursos personales suficientes como para mantener el mejor equilibrio psicorrelacional posible.

CUADRO 6: "Etapas de la intervención unifamiliar"

1.- DIAGNÓSTICO FAMILIAR DE LA ADICCIÓN (FASE PREVIA AL TRATAMIENTO)
2.- FASE DE INTEGRACIÓN - REESTRUCTURACIÓN
3.- FASE DE MADURACIÓN PSICOTERAPÉUTICA
4.- FASE DE REINCORPORACIÓN SOCIAL - IMPLEMENTACIÓN
5.-FASE DE SEGUIMIENTO POSTERAPÉUTICO

TERAPIA MULTIFAMILIAR

Entre las ventajas de reunir a varias familias de sujetos con problemas adictivos queremos destacar, en primer lugar, todas aquellas que se derivan de concebir al grupo de familiares como un grupo terapéutico con identidad propia, no sólo como un espacio educativo y formativo de adquisición de habilidades y recursos para hacer frente a los problemas de los participantes. Desde esta perspectiva tanto la aparición de fenómenos grupales clásicos como las técnicas y estrategias utilizadas en la psicoterapia de grupo tienen cabida en la intervención multifamiliar en adicciones. Mediante los grupos multifamiliares, además, se posibilita no sólo la subsanación del deterioro relacional y normativo de la familia sino una reestructuración familiar elucidatoria y un funcionamiento lo más armónico y saludable posible que sea capaz de prevenir la reaparición del menoscabo relacional secundario a la presencia de un miembro adicto e incluso dotar a los familiares de más recursos para hacer frente a una recaída, si ésta se produjese.

FUNCIONES DE LA TERAPIA MULTIFAMILIAR EN ADICCIONES

CREA UN ESPACIO TERAPÉUTICO PROPIO PARA FAMILIARES Y UN GRUPO DE REFERENCIA QUE FRENE EL PROCESO DE DESPERSONALIZACIÓN FAMILIAR.

Las personas más cercanas a los adictos sufren un progresivo deterioro psicológico imputable a diversos factores: el apropiamiento involuntario por parte de los familiares (especialmente los padres y la pareja) de funciones, roles y cometidos que corresponden al adicto según éste se vuelve más negligente o incapaz, la enorme tensión que provocan las adicciones en quienes están cerca de las mismas dadas las situaciones límite que les toca vivir, la voracidad emocional de trastornos como los que acompañan a las adicciones, la reclusión de los familiares en la problemática adictiva de manera que la ésta se esclerotiza y cronifica por efecto de su participación en ella, etc. Se podrían dar muchas más razones, pero el resultado final seguiría siendo la ya apuntada despersonalización de los familiares y la desaparición de distancias emocionales adecuadas respecto al problema y al sujeto del mismo. El grupo terapéutico multifamiliar devuelve un referente a sus integrantes que contrarresta eficazmente todas estas distorsiones y restituye poco a poco el sentido de individualidad de los familiares participantes.

FAVORECE EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y SOLUCIONES

De manera similar a lo que sucede en psicoterapia de grupo con pacientes adictos, las sesiones multifamiliares sirven para que sean los propios participantes quienes obren de terapeutas los unos de los otros, aportándose información significativa tanto vivencial como acerca de las posibles formas de enfrentarse a las respectivas problemáticas

INCIDE EN CUESTIONES EMOTIVO-AFECTIVAS DESDE UN MARCO DE EMPATÍA E IDENTIFICACIÓN

La posibilidad de abordar alteraciones, trastornos y problemática afectiva general en un entorno cómodo para los familiares ayuda - y mucho - a que solventen dichos problemas. No basta, sin embargo, con confortar y ser confortado, sino que es indispensable un verdadero encuentro entre quienes participan en las sesiones a fin de que sea posible trascender las propias escenas traumáticas y, dotándolas de nuevo significado, liberarse de las reacciones y comportamientos estereotipados incluidos en las mismas.

POSIBILITA LAS INTERVENCIONES DE TALANTE PSICOEDUCATIVO

Siempre hemos considerado un error confundir esta modalidad terapéutica familiar con las denominadas “Escuelas de Padres”, en las que - desde distintas perspectivas - se entrena con un enfoque predominantemente educativo a progenitores en el afrontamiento de determinadas problemáticas sin incidir en demasía en otro tipo de cuestiones más profundas. Pues bien, el hecho de que concibamos la terapia multifamiliar como algo que trasciende lo formativo no quiere decir que esta dimensión no se tenga en cuenta y que no posea importancia terapéutica. Antes bien, en las primeras fases de la intervención multifamiliar predomina un enfoque psicoeducativo (recogiendo las ideas de Anderson sobre el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia) sobre otro más decididamente psicoterapéutico, pues las familias necesitan orientación e indicaciones claras tanto respecto a los fenómenos adictivos como al programa terapéutico. Con todo, además de proporcionar a las familias información básica sobre dichos fenómenos, se intenta establecer un marco terapéutico de diálogo que favorezca la expresión racional y emocional de los distintos problemas de los asistentes y oriente en el establecimiento de futuras líneas de trabajo individual y colectivo, pretendiendo además que los familiares se impliquen progresivamente en el programa de rehabilitación.

FACILITA EL TRÁNSITO DE LA EXPERIENCIA PROPIA Y CONSTRICTIVA DE LOS FAMILIARES A LA COMPRESIÓN DE LOS FENÓMENOS GENERALES QUE ACOMPAÑAN AL PROCESO ADICTIVO

Puede parecer mentira en una sociedad tan informada como la nuestra que los familiares de quienes sufren una adicción sientan que las experiencias que les tocan vivir son extrañas, únicas e irrepetibles. Encontrarse con otras familias que aportan, transmiten y repiten las mismas actuaciones, afectos y vínculos es como mirarse en un espejo y darse cuenta de que los procesos comunes que acompañan a las adicciones, con lo que supone de ganancia en perspectiva y en posibilidades de actuación.

PROPORCIONA UNA VÍA DE ACCESO MENOS TENSA QUE LA TERAPIA UNIFAMILIAR A LAS PATOLOGÍAS RELACIONALES Y VINCULARES

Teniendo nuevamente en cuenta la enorme conflictividad que caracteriza a estas familias y la circunstancia frecuente de que, cuando se inicia un tratamiento, suele existir una situación de grave enfrentamiento entre el adicto y su familia, en la práctica resulta inviable conseguir cambios significativos hasta que dicha tensión no aminora. Debido a ello, da buen resultado reducir al mínimo en las primeras fases del proceso terapéutico las sesiones y entrevistas conjuntas paciente – familia y, mientras, trabajar con ellos por separado hasta que la intensidad de sus conflictos descienda hasta un nivel que permita la intervención unifamiliar.

POTENCIA LA ADQUISICIÓN DE NUEVOS RECURSOS MEDIANTE SU ENTRENAMIENTO EN UN ENTORNO MENOS TRAUMÁTICO

Las situaciones familiares de crisis tienen un componente fóbico tan intenso que no resultaría viable la capacitación de los familiares de adictos, al menos inicialmente, si no se interviene previamente sobre dicho nivel de tensión para que disminuya, algo muy difícil de lograr en sesiones unifamiliares al comienzo del tratamiento. Una vez que se logra, el grupo multifamiliar se convierte en un catalizador terapéutico que no sólo ofrece soluciones concretas, sino que ayuda al cambio de la manera en que muchos familiares interpretan los fenómenos y procesos asociados a los

trastornos adictivos.

CUADRO 7: "Modalidades, frecuencia y metodología de las sesiones multifamiliares"

MODALIDAD	FRECUENCIA
I. SESIONES TEÓRICO-PRÁCTICAS	90' – 1 cada 2 meses.
II. SESIONES EXPERIENCIALES	90' – 2 a 4 mensuales.
III. SESIONES PSICOTERAPÉUTICAS MONOGRÁFICAS	90' – según necesidades.

ETAPAS QUE CONFIGURAN EL PLAN DE INTERVENCIÓN MULTIFAMILIAR

Al igual que la terapia unifamiliar, las etapas que a nuestro juicio configuran la intervención multifamiliar -y que guardan paralelismo no sólo con dicha modalidad de intervención familiar sino con la secuencia de fases que guían los procesos terapéuticos de pacientes adictos- son:

ETAPA DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL

Esta primera etapa se centra en el abordaje de las contingencias biopsicosociales más inmediatas de las adicciones. Además de proporcionar a las familias información básica sobre dichos fenómenos, se intenta conseguir un marco terapéutico de diálogo que favorezca la expresión racional y emocional de los distintos problemas de los asistentes y oriente en el establecimiento de futuras líneas de trabajo individual y colectivo, pretendiendo además que las familias se impliquen progresivamente en el tratamiento.

ETAPA DE MADURACIÓN

En esta segunda fase se aborda de forma intensiva el papel de la adicción en la estructura familiar y en su estilo comunicativo, las reacciones afectivas, las consecuencias relacionales y las medidas adoptadas al objeto de lograr un cambio

de actitud, de posibilitar entrenamientos específicos en técnicas de solución de problemas y de potenciar tanto el incremento de la autoestima de los familiares como la pérdida progresiva de importancia del miembro adicto en la organización y estructura familiares.

ETAPA DE REINTEGRACIÓN SOCIAL-IMPLEMENTACIÓN

Etapa resulta definitiva tanto para el paciente como para su familia puesto que la culminación del proceso terapéutico individual ha de venir pareja a la clarificación de las dificultades familiares en los diversos ámbitos que configuran la intervención (afectivo, comunicativo, estructural, etc.).

Al igual que en todos los demás planos familiares e individuales, según se confirman los avances tanto de las familias en su conjunto como de los diversos miembros que las conforman por separado (especialmente los más implicados y/o afectados por el problema de la adicción) se va abordando la despedida progresiva de quienes participan en las sesiones multifamiliares. Dicha despedida en muchas ocasiones se produce a instancias del propio equipo terapéutico pues aparece la dependencia institucional con una intensidad que sorprende al tratarse de familiares y no de afectados.

Cuando el paciente obtiene el alta terapéutica por finalización del programa (o fórmula consensuada similar) y concluido también el trabajo familiar en sus diversos planos de intervención, paciente y familia entran en una etapa de seguimiento dentro de la cual se mantienen contactos periódicos tanto conjuntos como separados a fin de conocer la evolución general y contrastar cómo se va produciendo la nueva adaptación familiar (autorregulación), procurando, en el caso de situaciones en extremo difíciles, proveer a los miembros de la familia de los recursos personales suficientes como para mantener el mejor equilibrio psicorrelacional posible.

EJEMPLO DE INTERVENCIÓN: CASO CLÍNICO VIRGINIA

Datos filiación

- Mujer de 43 años.
- Sin pareja estable. Sin hijos.
- Doctorada en medicina y especializada en medicina interna.
- Vive sola.
- Se encuentra de baja laboral desde hace seis meses debido a su problemática psicológica.
- Es la mayor de tres hermanos. Viven ambos padres.

Motivo de consulta

En la primera consulta su comunicación se restringía a exteriorizar la insania y el rencor que sentía hacia su pasado, narrando los hechos ocurridos con su última pareja mediante un discurso circular, rumiativo e iterativo. Absorta en su monólogo interno, se describe como protagonista de todo un elenco de comportamientos que oscilan de lo obsesivo hasta lo extravagante, lindando en ocasiones con lo psicótico pues mantiene profundas creencias religiosas (católicas) que le hacen pensar que está pasando por una suerte de “martirio”: llama al móvil de su expareja y cuelga repetidamente, le persigue por la calle mientras le increpa, piensa constantemente en lo que la hizo, busca miles de interpretaciones a cada cual más peregrina, etc.

Con todo, quiere ayuda y afirma estar dispuesta a esforzarse en solucionar sus problemas. Además – y tal y como como plantean Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega (1997) - observo que existe *“la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que éste aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.”* (Fernández Liria, Rodríguez Vega, Hernández Monsalve y otros, 1997).

Tras la evaluación del caso, se le propone psicoterapia individual con una periodicidad semanal y tratamiento médico-farmacológico sometido a los ajustes que resulten necesarios.

Antecedentes personales y familiares

Nace en Caracas (Venezuela) de padres emigrantes gallegos. Se traslada con 10 años a España y dicho cambio de residencia supone para ella el cumplimiento de una ilusión, pero también le resulta traumático pasar de vivir en Caracas a hacerlo en una aldea en Galicia. Su madre sufre una depresión al regresar a España, se medica de manera discontinua con benzodiazepinas durante 10 años y acaba desarrollando dependencia del lorazepam.

En las relaciones de amistad se describe como cuidadora y responsable, aspectos que según ella eran muy valorados por sus amigas, aunque de igual forma le supusieron el rechazo de compañeras de estudios pues la veían como la “estudiosa” y la “monja” de la clase. Afirma asimismo que su debut sexual fue tardío y que las pocas relaciones de pareja que mantuvo durante su adolescencia y juventud estuvieron condicionadas por su talante religioso y por la promesa que se hizo a sí misma de mantener su virginidad hasta el matrimonio. Dice que el trato con su familia de origen siempre ha sido afectuoso y que ha ejercido de “hermana mayor” con sus hermanos y a veces incluso con sus padres.

No recuerda haber sufrido eventos significativos que le hayan descompensado psíquicamente previos a la crisis de pareja que motiva su demanda terapéutica y, antes bien, se considera una persona estable a todos los niveles, siendo esta característica de su personalidad una de las más valoradas por quienes la rodean, tanto pacientes como colegas y familiares.

Respecto a antecedentes psicopatológicos en la familia, dice que su madre le da vueltas a las cosas en exceso, que su padre bebe más de la cuenta, pero sin llegar al alcoholismo y que un tío materno sufrió delirios a consecuencia de unas fiebres altas que le hicieron ingresar

en un psiquiátrico sin que estas circunstancias le hayan dejado secuelas.

Desarrollo del proceso terapéutico

ETAPAS INICIALES

Como se ha mencionado más arriba, le propongo terapia individual compuesta por sesiones de 45'- 60' en principio semanales y explícito que se irán espaciando conforme ella mejore y así lo acordemos (éste es un anticipo de que su opinión cuenta en el tratamiento, de que no la considero "paciente" sino "agente" y, además, intento responder con ello a su pregunta tácita de "¿tengo solución?").

Es de sobra conocido que el primer acto de un proceso terapéutico está representado por la apertura y la cumplimentación de la historia clínica del paciente. Sin perjuicio de la importancia de estas acciones, en el tratamiento de las dependencias resulta crucial prescribir desde la primera sesión tareas concretas destinadas a que la persona revierta en lo posible los hábitos nocivos que acompañan a estos trastornos y ayuden asimismo a construir el armazón vincular imprescindible para el éxito de la terapia. Debido a ello, el tradicional (y fundado) miedo a que ofrecer pautas convierta a los profesionales en malos sustitutos parentales de sus pacientes o a que éstos se "enganchen" a sus terapeutas, debe ceder protagonismo en la práctica a favor de la urgencia en atajar la extrema confusión, indefensión y vulnerabilidad que sufren muchos de ellos, incluso los más aparentemente autónomos. Cuestiones aparte son cómo hacerlo, en qué tipo de figura significativa pretende convertirse el profesional para las personas que atiende y cómo manejar mediante el trabajo de introspección, análisis y autogestión (más supervisión externa llegado el caso) del terapeuta las perturbaciones afectivas y vinculares que puedan acompañar a tales medidas.

Teniendo en cuenta lo dicho, pido a Virginia que relate de qué manera organiza una jornada estándar y, como era de prever, su tiempo libre se encuentra reducido a la mínima expresión tanto cuantitativa como cualitativamente. Sus horarios de sueño también están alterados y sus pautas alimenticias tres cuartas partes de lo mismo. A su favor, dice que conserva su consulta privada y que

la atiende razonablemente bien. Percibo -sin embargo- cierto "mesianismo" en cómo vive su rol profesional que, al margen de sus creencias religiosas, me parece una suerte de sobrecompensación respecto al conflicto con su expareja, algo así como: "todos mis pacientes acuden a mí en busca de consejo y de cuidado, luego no seré tan mala persona como mi pareja ha hecho creer a los demás". Le doy instrucciones claras respecto a horarios de levantarse y de acostarse, le aconsejo que coma cinco veces al día (por recuperar energía y por obligarse a cuidar de sí misma empezando por lo más básico), le sugiero que practique algún tipo de actividad deportiva (poca pero a diario en vez de mucha y en forma de atracón) y quedamos en que va a comenzar a hacer hueco en su rutina para, o bien actividades lúdicas que practicase en el pasado y que hubiera dejado de lado, o bien para otras nuevas que, si así lo quiere, buscaremos ambos.

Otra cuestión que intento dejar clara en las consultas iniciales con Virginia (aunque sea algo más difícil de conseguir de lo que pudiera parecer no sólo por el "locus de control externo" característico de las adicciones sino porque su logro representa una diana terapéutica de primer orden en el abordaje de las dependencias emocionales) es que la terapia se tiene que centrar en ella, no en su pareja. De hecho, éste resulta un punto delicado de tratar pues Virginia reacciona interpretando que yo, de alguna manera, creo que todo lo que siente y me relata son imaginaciones suyas y que, como dice que ha escuchado de amistades y de los jueces que presidieron las demandas que ella le puso, "exagera" al hablar de su expareja (uno de sus fantasmas es el de que éste es alguien "bueno" y que es ella quien hace las cosas mal, hasta llegar incluso a merecerse que la maltraten). Intento además hacerle ver que lo primero en que tiene que esforzarse es en dejar de practicar las conductas obsesivas que venía ensayando: no debe llamarle, no debe perseguirle y tiene que resistirse a la tentación de hacer que toda su vida gire en torno a él pues esa manera de comportarse refuerza paradójicamente su obsesión, que es lo que no quiere sufrir.

Suelo tener como norma ofrecerme desde el principio de la terapia a responder las dudas y preguntas que los pacientes me planteen, con la salvedad de que insisto en que manifestaré o bien

“mi opinión” – pidiendo la suya a cambio- o bien las posibles explicaciones técnicas que conozca. Dejo claro, no obstante, que en algunas cuestiones me negaré a responder para evitar desplazar el foco de la terapia sobre mí o buscaremos juntos la respuesta, si es que la hay.

ETAPAS INTERMEDIAS

Conforme Virginia empieza a cambiar sus conductas y remite la sintomatología aguda que sufría inicialmente, consigue un bienestar creciente que redundo no sólo en un cambio de actitud y en una perspectiva diferente de sus problemas, sino que fortalece la alianza terapéutica, permitiendo con ello un abordaje cada vez más profundo de los mismos.

Uno de los focos de análisis y de intervención más importantes en esta etapa fue la relación terapéutica al representar simultáneamente tanto un escenario privilegiado donde se objetivaron sus dificultades relacionales como una matriz de cambio para las mismas. Así, gracias a sentirse escuchada, valorada y comprendida, nuestra relación terapéutica permitió explicitar y resolver los conflictos que describo a continuación.

En el caso de Virginia (como en todos los demás casos de dependencia afectiva) tuve que manejar con mucho cuidado la comunicación verbal y no verbal pues ella, por un lado, proyectó sobre mí gran parte de su agresividad hacia el “hombre maltratador” mientras que, por otro, buscaba que fuera su aliado incondicional y que sancionase todo cuanto pensaba, sentía y creía. Tanto fue así que la resolución de esta ambivalencia resultó clave en su proceso terapéutico y por ello merece la pena citar algo que me comentó de manera espontánea en una de las últimas consultas antes del alta al pedirle que evaluase el camino que había recorrido y lo que aún le quedaba por recorrer: “tengo que darte las gracias porque he encontrado en ti alguien que me comprende pero me dice las cosas claras a la vez”. Por extensión y de manera complementaria, incidimos en su historia vital y relacional a fin de poner en conexión lo acontecido con su expareja con otros aspectos de su personalidad y de otorgar con ello un sentido nuevo y más adaptativo a su futuro.

Abundando más en esto último, durante las

etapas centrales de la terapia dedicamos tiempo y esfuerzo a descubrir las líneas maestras de su autoconcepto, a cómo se construyeron biográficamente y a conectar la relación consigo misma con las causas o consecuencias de todo lo vivido. La intención última de este proceder era ayudarle a aceptarse en profundidad y a eliminar o modular aquellas tendencias que le dificultasen una mayor satisfacción personal, como sucedía con el rol de cuidadora que, siendo una de sus fortalezas, mantenía asimismo muchas de las pautas disfuncionales que había estado practicando a lo largo de su vida.

ETAPAS FINALES

Tras casi dos años de psicoterapia individual cuya frecuencia se fue dilatando en el tiempo (al final, Virginia y yo nos citábamos una vez al mes), llegó el momento de la despedida de la terapia y se impuso una cuidadosa preparación de la misma para resolver adecuadamente tanto la dependencia del terapeuta como la institucional. Aparte de las ventajas inherentes al distanciamiento temporal de las consultas en la fase final de la terapia, el cómo proceder para llegar al alta fue una cuestión que también explicitamos y dedicamos varias de nuestras últimas sesiones a revisar el proceso experimentado por ella tanto respecto a su problemática inicial como a la propia relación terapéutica conmigo, a identificar sus tendencias e inercias, a aprehender los cambios protagonizados durante su tratamiento y a comprometerse en profundidad con la continuidad de los mismos.

A manera de resumen final, extrastraré seguidamente uno de los informes que me solicitó para presentar en la vista legal fijada tras la denuncia de su expareja:

“El balance de la trayectoria terapéutica de Virginia hasta el momento de redactar el presente informe se puede calificar de óptimo, pues ha evidenciado un cambio cualitativo tan importante a todos los niveles (personal, profesional y de relación) que la propia Virginia afirma sentirse cada vez mejor consigo misma. Este cambio, no obstante, está siendo lento y gradual, motivo por el que resulta necesario dar continuidad a todas las medidas terapéuticas que se vienen ensayando desde que comenzara su proceso de recuperación,

habida cuenta además de la magnitud de los trastornos a que nos enfrentamos. (...) ahora es capaz de decir cómo se siente y piensa y de expresar con naturalidad sus preocupaciones respecto a lo ocurrido. Además, afirma quererle cada día más ya que con su expareja era humillada y anulada de tal manera que su autoestima era ínfima. De hecho, su evolución personal le está llevando a encontrar claves para redescubrir su valía y para saber hacer frente a muchas circunstancias y sentimientos que antes manejaba deficitariamente. Señalar por último que emocionalmente se encuentra estable pues antes todo le afectaba en exceso y tendía a hacer suyos los problemas de los demás, mientras que en la actualidad reconoce que dispone de autonomía afectiva suficiente como para preocuparse de quienes le rodean e incluso prestarles ayuda, pero sin crear un vínculo de dependencia con ellos ni olvidarse por completo de sus propias necesidades.”

Sobre técnicas utilizadas

Como es lógico, me resulta imposible acordarme de todas las estrategias utilizadas en la terapia de Virginia, habida cuenta además de que muchas de las técnicas que uso las invento sobre la marcha. Aun así, creo muy importante destacar algo bastante obvio pero que, en casos como el suyo se debe tener presente: “elige siempre lo simple frente a lo complejo (porque se puede inducir más confusión donde ya hay mucha), y lo práctico y útil frente a lo espectacular (este tipo de problemas puede tentar hacia la utilización indiscriminada de técnicas que incidan sobre lo emocional)”.

- Dicho lo anterior, recuerdo haber practicado con ella el cuestionamiento de ideas irracionales, inicialmente siendo yo quien las “disputaba” (como dice Ellis) y luego pidiéndole que fuera ella quien lo hiciera. En su caso era fácil encontrar toda suerte de “imperativos categóricos” y de ideas y de conductas fijas sin base real o “empírica”.
- Recurrí en muchas ocasiones a estrategias psicoeducativas pues no sólo ella lo demandaba, sino que creo que lo necesitaba. De hecho, me da muy buenos resultados usar el

Modelo de las Áreas Básicas adictivas (Sirvent, C. 1991) como una referencia, ajustando lo que haya que ajustar a los casos de adicciones no químicas o comportamentales que he atendido.

- Utilicé en diversas ocasiones la ensoñación guiada (Gestalt) y el psicodrama interno (Psicodrama) para ayudarle a conectar consigo misma y tratar de que obtuviese otra perspectiva de ciertas cuestiones. Cuando lo hice, tuve que ser muy cauteloso con no abordar demasiado directamente aquellos núcleos más anclados en su sistema de creencias (religión, familia, etc.).
- Le prescribí tareas para casa de “hacer y/o escribir”. Me explico, desde presentarme alternativas de tiempo libre hasta reflexiones escritas sobre aspectos como “lo que me gusta y lo que no me gusta de mí misma” o “lo que quiero cambiar y lo que no de mí misma”.
- Abordamos su “átomo psicológico” y su “átomo social”, que consisten en dos gráficos que reproducen el modelo atómico (un núcleo central y una serie de órbitas en torno suyo) y que sirven para localizar, posicionar e incidir en los roles y vínculos de la persona analizada. Quedó claro que tendía a representar roles fijos (el de cuidadora especialmente) y con unas connotaciones de entrega, autonegligencia, etc. que la mantenían atrapada a una serie de vínculos que no le satisfacían. A partir de estos gráficos, elaboramos estrategias y medidas para cambiar cada situación indeseada o perjudicial.
- Incidimos sobre su capacidad para poner límites a los demás y no sentirse mal ni culpable por ello. Una vez más, las tácticas cognitivas fueron útiles.
- No recuerdo haber usado técnicas psicodramáticas, salvo el psicodrama interno.
- Finalmente, siguiendo los postulados de las teorías narrativas, intenté ayudarla a cambiar su “relato” respecto a lo ocurrido y a construir una narración y un sentido diferente que le permitiera superarlo e, incluso, aprender de ello.

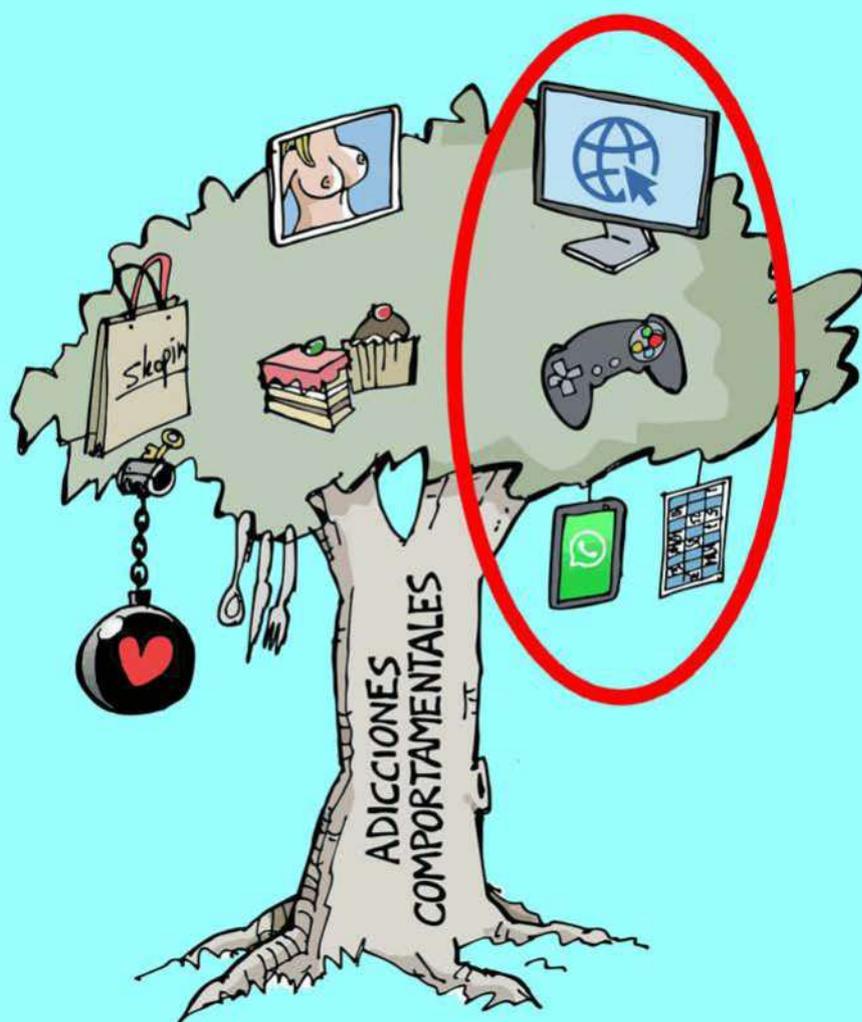
Claves del tratamiento

Renunciando a confeccionar un manual de todo uso, pero con intención de generalizar en lo posible el tratamiento de Virginia al de otras adicciones comportamentales, recojo algunas de las claves del mismo:

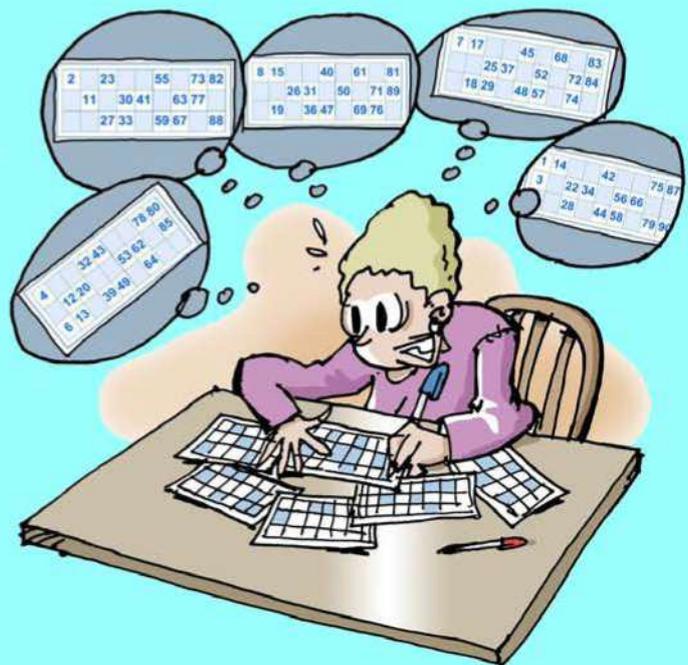
- Al inicio del proceso terapéutico el terapeuta debe ser bastante directivo en cuestiones como sueño, alimentación, consumo de drogas, horarios, tiempo libre, deporte y comportamientos concretos. Es importante evaluar y ofrecer la posibilidad de tratamiento farmacológico.
- La persona debe encontrar aceptación, pero no permisividad. Como dice la Dra. Pilar Blanco, “no sólo se trata de establecer una relación terapéutica adecuada sino de ofrecer un modelo diferente de relación”.
- Poniendo más énfasis en esto último, transcribo las indicaciones de la propia Dra. Blanco al respecto: *“al trabajar o manejar adecuadamente la relación terapéutica se ofrece a la persona nuevas formas de relación con los demás, con lo que ello supone de ser escuchada, valorada y comprendida. Resulta crucial que esta relación incluya la posibilidad de que terapeuta y paciente puedan entrar en conflicto y aprender a resolverlo maduramente, es decir, que el paciente maneje su miedo a que opinar de manera contraria al terapeuta suponga el rechazo por parte de éste y que también el terapeuta pueda hacer lo propio a fin de no asumir un rol sobreprotector (que en el fondo siempre implica descalificación) y de que pueda demostrar a la otra persona que confía suficientemente en ella como para no estar de acuerdo”*(Blanco, P. 2012).
- Resulta muy importante intentar localizar la pauta o pautas disfuncionales que la persona haya estado practicando durante su biografía a fin de conectar sus problemas consigo misma y de favorecer el paso del “locus de control externo” al interno, especialmente en el campo de las relaciones.
- Unas pocas anotaciones finales respecto a la

terapia de grupo y de familia. Creo firmemente que la psicoterapia grupal hubiera resultado un instrumento muy potente en el caso de Virginia al igual que en el conjunto de las patologías adictivas con o sin sustancias, pero no pudo utilizarse por limitaciones sobrevenidas (fundamentalmente, su agenda de trabajo como médica). No obstante, antes de iniciarla es necesario disponer de un tiempo de consultas individuales que “ancla” al paciente a través de la relación con el terapeuta. Respecto a la terapia de familia y/o de pareja, en muchos casos resulta inviable por motivos obvios (no hay o no se puede contar con ellos). En los casos en que sí lo fuera, creo que se debería dejar este tipo de intervención para momentos más avanzados del proceso psicoterapéutico.

LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES ESPECÍFICAS



JUEGO PATOLÓGICO. LUDOPATÍA CLÁSICA Y JUEGO POR INTERNET



JUEGO PATOLÓGICO LUDOPATÍA CLÁSICA JUEGO POR INTERNET

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

Pilar Blanco Zamora

María Miranda García Rovés

Cruz Rivas Reguero

CONCEPTO DE JUEGO PATOLÓGICO

Jugar es apostar un valor (casi siempre dinero) para obtener un beneficio. Cuando este comportamiento se repite pasa a ser juego problemático, en el límite entre el control y el descontrol, llegando a convertirse en hábito con indeseables consecuencias como el endeudamiento, problemas relacionales y conflictos interpersonales que suelen ser graves.

Un estadio más alto es el denominado trastorno del juego que se define ¹ como un comportamiento problemático persistente y recurrente que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos, que puede tener un impacto severo en el bienestar personal y vocacional, así como provocar problemas financieros.

La etiología del trastorno del juego es compleja, con factores genéticos y ambientales concurrentes. Los estudios neurobiológicos han implicado estructuras y circuitos cortico-estriado-límbicos en la fisiopatología de este trastorno². Las personas con ludopatía a menudo no son reconocidas ni tratadas, incluso en entornos clínicos. Tanto los familiares como los propios sujetos se preguntan por qué el ludópata no puede parar de jugar. Una poderosa razón es el vacío existencial en el que vive inmerso el jugador que solo rellena parcialmente cuando vuelve a jugar. El jugador adicto alterna momentos de lucidez con ambivalencia hacia el juego en forma de dudas y lucha consigo mismo, con otros de oscuridad y extrañeza en los que pierde la noción de lo que pasa en su interior y se convierte en un autómatas del juego y aun con otros en los que se siente dotado de hiperclaridad y muy poderoso³.

La tasa de juego patológico oscila según estudios entre 1,2 al 7,1% en la población general ⁴, mientras la proporción de hombres respecto a mujeres en Europa oscila entre 3 a 1 y 2 a 1. Los hombres manifiestan una preferencia por las máquinas recreativas mientras que las mujeres, por el contrario, se sienten más atraídas por los bingos, aunque cada vez más se están igualando las formas de ludopatía. Los hombres presentan 2 picos a los 20 y 40 años. La mujer entre los 45 y 55 años. El riesgo de adicción para un jugador es el mismo que para el bebedor de alcohol: un 15%.

La edad de inicio suele ser la adolescencia tardía o la adultez temprana. Las mujeres comienzan más tarde, si bien la progresión es acelerada y se vuelven adictas más rápidamente.

Entre los factores motivacionales en los hombres se encuentran con mayor frecuencia rasgos de impulsividad y de búsqueda de sensaciones mientras que en las mujeres juegan un papel importante los estados emocionales

negativos en el inicio de la conducta de juego.

Entre los antecedentes parece que los varones tienen frecuentemente un historial de abuso de alcohol o de conductas antisociales. Las mujeres juegan a menudo para escapar de los problemas o hacer frente a la mala relación de pareja o a la soledad y pueden haber sufrido antecedentes de abuso sexual o maltrato físico en la infancia.

Respecto al sustrato biológico, tanto los estudios neuropsicológicos como los hallazgos de neuroimagen coinciden en detectar hipoactividad a nivel de la corteza prefrontal-ventromedial en jugadores patológicos, confirmándose las evidencias en cuanto al correlato neurobiológico del juego patológico.

PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO

La tasa de juego patológico oscila según estudios entre el 0,9% y el 1,5% de la población española mayor de 18 años. 620.611 personas entre 15 y 64 juegan de forma problemática y que 155.153 personas podrían tener una ludopatía⁴ (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

La ludopatía es más frecuente en varones, con una edad de inicio en la adolescencia o adultez temprana. Las mujeres tienen con mayor frecuencia un trastorno afectivo comórbido, por ejemplo, depresión, mientras que los varones tienen con mayor frecuencia un trastorno por abuso o dependencia de alcohol y trastorno antisocial de personalidad⁶.

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Items	Ámbito
Juegos de azar	South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur et al.) ⁷	1987	20	consecuencias conductuales, comportamientos familiares de juego y severidad del juego patológico
Juegos de azar	Canadian Problem Gambling Index (CPGI; Ferris & Wynne) ⁸	2001	31	comportamiento de juego a través de 3 dominios: participación, correlatos y gravedad del problema
Juegos de azar	National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS; Gerstein et al., 1999) ⁹	1999	17	juego problemático

Cuadro 1: Instrumentos de evaluación del juego patológico

EVALUACIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

Aunque existen numerosos instrumentos de evaluación, seleccionamos los siguientes: escala The South Oaks Gambling Screen (SOGS) consistente en un cuestionario de 20 ítems. También destaca como herramienta útil la entrevista clínica, NORC DSM Screen for Gambling Problems (NODS) y el Canadian Problem Gambling Index (CPGI). En el cuadro 1 podemos ver los instrumentos seleccionados.

ETIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO

¿POR QUÉ JUEGA?

Los jugadores dependientes son comparables a los drogodependientes. Viven cotidianamente promesas de parar jamás cumplidas, la obsesión por el juego, la necesidad de jugar cada vez más para “recuperarse” al principio, pero sobre todo para volver a encontrar las sensaciones fuertes que son su verdadera droga. Como los toxicómanos, necesitan su “dosis de droga” (de juego) y si les falta les invade la angustia y la irritación. La búsqueda del producto en ellos es la del dinero del juego, empresa cotidiana cada vez más difícil que puede conducirles al robo, a veces a la estafa, a menudo a la prohibición bancaria y a las deudas. Los jugadores conocen también el sufrimiento personal y social al que su pasión les conduce. ¿Qué importancia tiene cuando se piensa que el juego es el único remedio a los males que el mismo desencadena?¹⁰

El autoengaño preside la vida del jugador y distorsiona de tal modo su pensamiento que sobrevalora sus probabilidades de ganar pese a que se le diga que la máquina está programada para no perder.

La denominada “falacia del jugador”⁵ consiste en diversas creencias y fantasías erróneas acerca del juego. En realidad, aunque a veces gane, el

jugador no llega a complacerse porque está deseando volver a reinvertir lo ganado. Vive inmerso en un estado de insatisfacción que solo alivia jugando una y otra vez. La psicología conductista señala que las luces, los sonidos, las expectativas de premio incentivan y obran de reforzadores positivos para jugar, en tanto que el malestar actúa de reforzador negativo para jugar y aplacar así su estado de insatisfacción.

Son conocidas las distorsiones en relación con el juego. El sujeto trata de manejar toda la información referente a tareas complejas simplificando dicha información y atendiendo solo a una parte de la misma, es decir, sesgando la realidad, pese a poderle llevar a conclusiones equivocadas. Entre las principales distorsiones cognitivas en el juego figuran la creencia de que puede controlar los resultados o predecirlos y la convicción de que tiene suerte, y, en consecuencia, interpretará los resultados teniendo en cuenta las veces que gana y no las que pierde o ha jugado.

Continuando con los criterios del DSM-5, donde se categoriza al juego patológico en los trastornos no relacionados con sustancias, se determinan los siguientes criterios para el juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:

- » Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
- » Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
- » Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
- » A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (por ejemplo, reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).

- » A menudo apuesta cuando siente desasosiego (por ejemplo, desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
- » Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).
- » Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
- » Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
- » Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

En la tabla 1 tenemos una lista de creencias erróneas⁵ y distorsiones cognitivas^{11,12}. Todos estos sesgos conducen a que el jugador crea

que controla el proceso o predice el resultado y se convence de que conseguirá ganar en los juegos de azar.

Investigaciones sobre las distorsiones cognitivas en el juego (Labrador U. Complutense 2019).

- a) Los jugadores patológicos tienen un elevado porcentaje de pensamientos irracionales, de estrategias para ganar (97%), que es un 87% en personas sin problemas de juego.
- b) Azar como proceso autocorrectivo, Predicción de resultados y Personificación de la máquina son los sesgos más frecuentes en jugadores patológicos. Entre los jugadores no problemáticos ilusión de control, Creencia en la suerte, y fijación en las frecuencias absolutas.
- c) El tratamiento psicológico de control de estímulos, reestructuración cognitiva y exposición es eficaz.

- Ilusión de control: creer que el resultado depende más de la actuación propia que del azar. Muchos juegos están diseñados para que el jugador tome decisiones lo que facilita la sensación de control.
- Predicción de resultados: el jugador piensa que puede predecir el resultado y que atribuye a aspectos “mágicos” como una intuición, una sensación, o a aspectos más realistas como haber estudiado y analizado el desarrollo del juego.
- Azar como proceso autocorrectivo: pensar que el azar es un proceso que se autocorrige, que una desviación en cierta dirección lleva a una desviación en la dirección opuesta. Por ejemplo, pensar que tras un número de jugadas sin premio es más probable que aparezca este en la siguiente.
- Suerte como responsable de los resultados. El jugador considera que tiene algo especial, la suerte. Bien de forma esporádica o permanente.
- Sesgo en las explicaciones post hoc. El jugador no se sorprende, aunque pierda, ya que interpreta lo ocurrido de tal forma que cree que realmente predijo el resultado, considerando que también pudo predecir los futuros, incluyendo los presentimientos.
- Atribuciones flexibles. Tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias y los fracasos a factores de otro tipo (factores externos).
- Perder por poco. Considera que ha estado “cerca” por la supuesta proximidad del resultado a su opción. Es decir, si en lugar de tener el número premiado 3345 tiene el 3346 no cree que ha perdido sino que casi ha ganado.
- Correlación ilusoria. Supersticiones. Considera que algunas variables o eventos que no tienen realmente relación están relacionadas, (pe. Iba de rojo el día que gané)
- Fijación en las frecuencias absolutas. Se tiene en cuenta el número de veces que ha ganado y no las veces que ha jugado. Lo que ha ganado en lugar de lo que ha invertido.
- Heurístico de la disponibilidad. La facilidad con la que un evento puede ser rescatado a la hora de establecer juicios. Se recuerdan mejor los premios oyendo el estruendo de una máquina recreativa que las pérdidas y por ello se juzgan como más probables.
- Personificación de la máquina. Consiste en atribuirle cualidades humanas, como por ejemplo sentimientos o intenciones. Atribuye a la máquina voluntad propia para darle o quitarle premios, Por eso el jugador habla con la máquina (“me estás engañando “hoy parece que le caigo bien a la máquina” “Imbécil me das ya un premio”)

Tabla1: Creencias erróneas y distorsiones cognitivas (Echeburúa, Labrador)

DIAGNÓSTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO

Aunque en el apartado anterior se aludía a una adaptación de los criterios DSM-5 desde una óptica psicosocial, en este apartado vamos a enumerar los criterios diagnósticos desde una perspectiva eminentemente clínica:

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems

1. Preocupación por el juego
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco

CONSECUENCIAS DEL JUEGO PATOLÓGICO

La ludopatía antes se clasificaba como trastorno del control de los impulsos y ahora como un trastorno adictivo relacionado con sustancias. Supone diversos efectos adversos a largo plazo, como el deterioro de la calidad de vida, la ruptura de relaciones, el endeudamiento y la ejecución hipotecaria y un elevado riesgo de suicidio¹⁴.

Comparando jugadores de riesgo con jugadores patológicos, estos mostraron tasas elevadas de trastornos psiquiátricos asociados. Los datos sugieren una asociación lineal entre la gravedad de los trastornos del juego y los trastornos mentales¹⁵.

La ludopatía antes se clasificaba como trastorno del control de los impulsos y ahora como un trastorno adictivo similar al relacionado con sustancias. Supone diversos efectos adversos a largo plazo, como el deterioro de la calidad de vida, la ruptura de relaciones, el endeudamiento y la ejecución hipotecaria, incluso de riesgo de suicidio quizá por la desesperación o la depresión concurrente. Dichas consecuencias negativas para la salud podrían convertirse en depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y la somatización (creer que padece enfermedades)

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, la prevalencia de depresión en individuos con problemas de juego varió considerablemente entre los estudios, afectando aproximadamente a uno de cada tres participantes. Además, se observó una mayor gravedad global de los síntomas depresivos en los pacientes sin diagnóstico clínico de depresión, en comparación con la población general.

JUEGO POR INTERNET Y CONSECUENCIAS

Los jugadores online presentan frecuentes trastornos del estado de ánimo. La prevalencia de depresión en individuos afecta a uno de cada 3 jugadores.

COMORBILIDAD CON OTRAS PATOLOGÍAS

COMORBILIDAD COMPRA- JUEGO

Estudios sobre la relación compra/ juego señalan una baja prevalencia (0,77%). Sin embargo, los adictos a la compra que a su vez eran jugadores suponían un 18,9%. En comparación con los pacientes ludópatas puros, la presencia simultánea de juego + compra se asoció con un aumento de la psicopatología y niveles disfuncionales de evitación del daño¹⁶.

En un estudio ¹⁷ se halló una relación directa entre ser varón y un aumento del riesgo de comorbilidad de adicción a compra y juego. El sexo y la cantidad de deudas relacionadas con el trastorno también se asociaron directamente con la psicopatología.

JUEGO Y T. USO DE SUSTANCIAS COMORBILIDAD

Por otra parte, el abuso de sustancias es una condición comórbida común del juego patológico y, por lo tanto, debe detectarse en las evaluaciones clínicas rutinarias. Si no se identifican, puede dar lugar a tasas de recaída más elevadas¹⁸.

JUEGO Y TABACO: COMORBILIDAD

La comorbilidad entre tabaquismo y ludopatía es muy prevalente. Los datos sugieren que el tabaquismo y la ludopatía coexisten con frecuencia. El tabaquismo y el juego podrían compartir influencias neurobiológicas, genéticas y/o ambientales similares¹⁹.

JUEGO ONLINE EN ADOLESCENTES

Antes estaba formado por hombres con una media de 40 años y en la actualidad jóvenes de 15 a 35 años, muchos estudiantes que juegan cada vez más horas que se han iniciado antes de la mayoría de edad a pesar de la prohibición de acceder al juego antes de 18 años. (La oferta de juegos es cada vez más amplia con publicidad dirigida a jóvenes (King 2010, Mc Bride 2009, señalaron que cada vez es más fácil el acceso al juego a través de nuevas tecnologías, de ahí que se expanda su difusión en la población juvenil)²⁰.

Las apuestas de internet, tanto de azar como deportivas han aumentado respecto al juego presencial y numerosos estudios han hallado mayores niveles de riesgo de problemas en jugadores patológicos online respecto a presenciales. Aunque no hay una clara diferencia entre ludópatas presenciales y los de apuestas por internet hay características que hacen que el juego online sea más adictivo:

- 1) Accesibilidad durante 24 horas al día.
- 2) Anonimato.
- 3) Conveniencia: el juego se desarrolla en un ambiente cercano y familiar, lo que reduce la percepción de riesgo.
- 4) Posibilidad de escapar de los problemas.
- 5) Fácil desconexión del entorno.
- 6) Desinhibición (internet facilita que los usuarios se muestren más abiertos y comunicativos emocionalmente)
- 7) Rapidez entre apuesta y resultado de la misma apuesta (fenómeno altamente adictivo).
- 8) Posibilidad de interacción virtual, es decir, el individuo no es meramente un espectador pasivo como en otros entretenimientos.
- 9) Simulación, la mayoría de las páginas de juego online tienen una demo que permite aprender a jugar lo que disminuye la percepción de riesgo.
- 10) Aislamiento.

Las consecuencias psicopatológicas específicas son el bajo rendimiento académico, conductas impulsivas y abuso de la pornografía. Las restantes consecuencias son similares a la ludopatía convencional: ansiedad elevada, aumento del riesgo de alcohol y abuso de sustancias y mala salud en general, así como ideación suicida.

También tienen sintomatología psicológica disfuncional, búsqueda de sensaciones y autoestima^{21,22}.

COMORBILIDAD DEL JUEGO ONLINE

La alta impulsividad fue la única característica de personalidad asociada a cinco conductas adictivas. La depresión y la extraversión eran específicas de los consumidores de sustancias. Cuatro características de personalidad se asociaron específicamente con el juego problemático por ordenador: irritabilidad/agresividad, ansiedad social, TDAH y baja autoestima. Así pues, los jugadores problemáticos se parecen más a los consumidores de sustancias que a los jugadores de ordenador problemáticos. Desde la perspectiva de la personalidad, los resultados se corresponden con la inclusión del juego en la misma categoría DSM-V que el consumo de sustancias y cuestionan un proceder unívoco para el juego por ordenador²³.

TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

Múltiples sistemas neurotransmisores, incluidos dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico, glutamatérgico y opioidérgico, han sido implicados en el trastorno de juego. Varios estudios revisan la eficacia de tratamientos biológicos y psicoterápicos^{24,25,26,27,28}. La descripción de la farmacoterapia se centra en los antagonistas de los receptores opioides (naltrexona), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los estabilizadores del estado de ánimo, N-acetilcisteína, modafinilo, y topiramato. La olanzapina no mostró resultados superiores en comparación con el control con placebo. Una revisión sistemática psicofarmacológica sugiere que los antidepresivos no fueron más efectivos que el placebo en el postratamiento. Los antagonistas

opiáceos mostraron eficacia discreta. Los estabilizadores del estado de ánimo (incluidos los anticonvulsivantes) no fueron más eficaces que el placebo en el postratamiento. Los antipsicóticos atípicos mostraron un efecto beneficioso medio sobre la gravedad de los síntomas del juego en relación con el placebo en el postratamiento.

Una revisión COCHRANE²⁹ proporciona apoyo preliminar para el uso de antagonistas opiáceos (naltrexona, nalmefeno) y antipsicóticos atípicos (olanzapina) para producir mejorías a corto plazo en la gravedad de los síntomas del juego, aunque la falta de pruebas disponibles impide llegar a una conclusión con respecto al grado en que estos agentes farmacológicos pueden mejorar otros índices del juego o del funcionamiento psicológico. Por el contrario, los resultados no parecen concluyentes con respecto a los efectos de los estabilizadores del estado de ánimo (incluidos los anticonvulsivos) en el tratamiento de los trastornos o problemas de juego, y existen pruebas limitadas que apoyan la eficacia de los antidepresivos debido al número pequeño de estudios incluidos. Estas limitaciones sugieren que, a pesar de las recomendaciones relacionadas con la administración de antagonistas opiáceos en el tratamiento del trastorno o el problema del juego, las intervenciones farmacológicas deben administrarse con precaución y con una consideración cuidadosa de las necesidades del paciente³⁰. La posible eficacia del tratamiento con antagonistas opiáceos para el juego patológico se ha reproducido en varios estudios controlados con placebo³², de hecho, se insiste en que el antagonista opioide naltrexona ha demostrado eficacia clínica³¹. El nalmefeno, otro antagonista opioide, también puede ser activo, pero su efecto dosis-respuesta sigue sin estar claro. y los resultados preliminares sobre la N-acetilcisteína y la memantina al parecer produjeron una mejoría significativa. Otro metaestudio³² recogía que los antagonistas opiáceos y los agentes glutamatérgicos han demostrado resultados eficaces, especialmente en individuos que padecían impulsos intensos para jugar, llegando a considerar a los antagonistas opiáceos como tratamiento de primera línea en este momento. La mayoría de los estudios publicados, sin embargo, han empleado tamaños de muestra relativamente pequeños, son de duración limitada e incluyen grupos clínicos posiblemente no representativos

(por ejemplo, aquellos sin trastornos psiquiátricos concurrentes).

Los tratamientos/estrategias psicosociales incluyen principalmente terapia cognitiva conductual, terapia conductual de pareja, mindfulness, entrevistas motivacionales y Jugadores Anónimos³³. También las psicoterapias breves de orientación psicoanalítica, enfoques breves basados en entrevistas motivacionales se conocen como métodos eficaces en el tratamiento del trastorno del juego^{34,35,36}. Además, debido al aumento de la demanda de tratamiento para el trastorno de juego en Internet y el juego problemático, la terapia cognitivo-conductual se considera de primera línea ya que puede mejorar los síntomas del trastorno y la depresión comórbida. Abundando en lo anterior, otros autores³⁷ afirman que la terapia cognitivo-conductual no produjo resultados superiores en comparación con otros métodos menos costosos, como las intervenciones breves.

El uso de videoconferencias para brindar supervisiones continuas después de la terapia de exposición y la terapia de pareja de congruencia, que tiene como objetivo curar a la persona como un sistema completo, mostraron que los tratamientos no farmacológicos tienen un tamaño del efecto general mayor que los tratamientos farmacológicos. Otros estudios con un seguimiento promedio de 17 meses indican que las intervenciones psicológicas para el juego patológico parecen producir resultados favorables a corto y largo plazo³⁹. El tratamiento combinado (farmacológico y psicoterapéutico) es una buena opción³⁹.

Como se ha mencionado, la terapia cognitiva conductual (TCC) suele ser la intervención psicológica más utilizada y reduce la gravedad global, la frecuencia de juego y las pérdidas económicas. Un estudio⁴⁰ informa que la entrevista motivacional (MI) parece mejorar varios dominios. Las intervenciones de autoayuda (SHI) mostraron cierta eficacia en la promoción de la búsqueda de tratamiento y en combinación con otros tratamientos.

Un estudio comparativo⁴¹ de diferencias terapéuticas de género aplicando técnicas

cognitivo-conductuales, encontró que las mujeres propendían a formas de juego no estratégicas/no de habilidad y a tener una progresión más rápida hacia un problema de juego. A los 6 meses de seguimiento posterior al tratamiento, se observó que los hombres habían mejorado significativamente más que las mujeres en las medidas de gravedad del juego y las tasas de abstinencia. Además, los hombres consideraron más útiles los componentes del tratamiento, mientras que las mujeres consideraron menos útiles las intervenciones específicas del tratamiento relacionadas con el juego (por ejemplo, identificación de situaciones de alto riesgo, creencias y actitudes sobre el juego).

Un problema añadido es la baja tasa de búsqueda de tratamiento en varios entornos, lo que al parecer se debe en parte a las barreras sistémicas que enfrentan los solicitantes de tratamiento para acceder al tratamiento tradicional personalizado. Hacer que los recursos de tratamiento para los problemas de juego estén disponibles a través de Internet es una forma de reducir el impacto de esas barreras sistémicas. Un estudio⁴² al respecto demostró que las intervenciones basadas en Internet son efectivas para reducir los puntajes de juego problemático y los comportamientos de juego. Una amplia gama de intervenciones que hicieron uso de los recursos de Internet incluyó interacciones basadas en textos con consejeros y compañeros, retroalimentación normativa y personalizada automatizada sobre comportamientos de juego y terapias cognitivas conductuales interactivas.

Respecto a la necesidad terapéutica del ludópata, once estudios⁴³ evaluaron intervenciones administradas mediante terapia presencial multisesión: terapias cognitivas, terapias cognitivo-conductuales. TCC e intervenciones motivacionales (IM) solas o con terapias TCC. Sólo unos pocos estudios demostraron beneficios a largo plazo. Casi la mitad de los mismos utilizaron controles de lista de espera, lo que impide comprender la eficacia a largo plazo. Aunque los ludópatas con síntomas menos pronunciados pueden beneficiarse de intervenciones mínimas, el contacto con el terapeuta generalmente mejoró los resultados en relación con las intervenciones totalmente autodirigidas, y al menos algún contacto con el terapeuta puede ser necesario para que los

pacientes con patología de juego más grave se beneficien de las intervenciones TCC, de ahí la importancia de la presencialidad en el tratamiento.

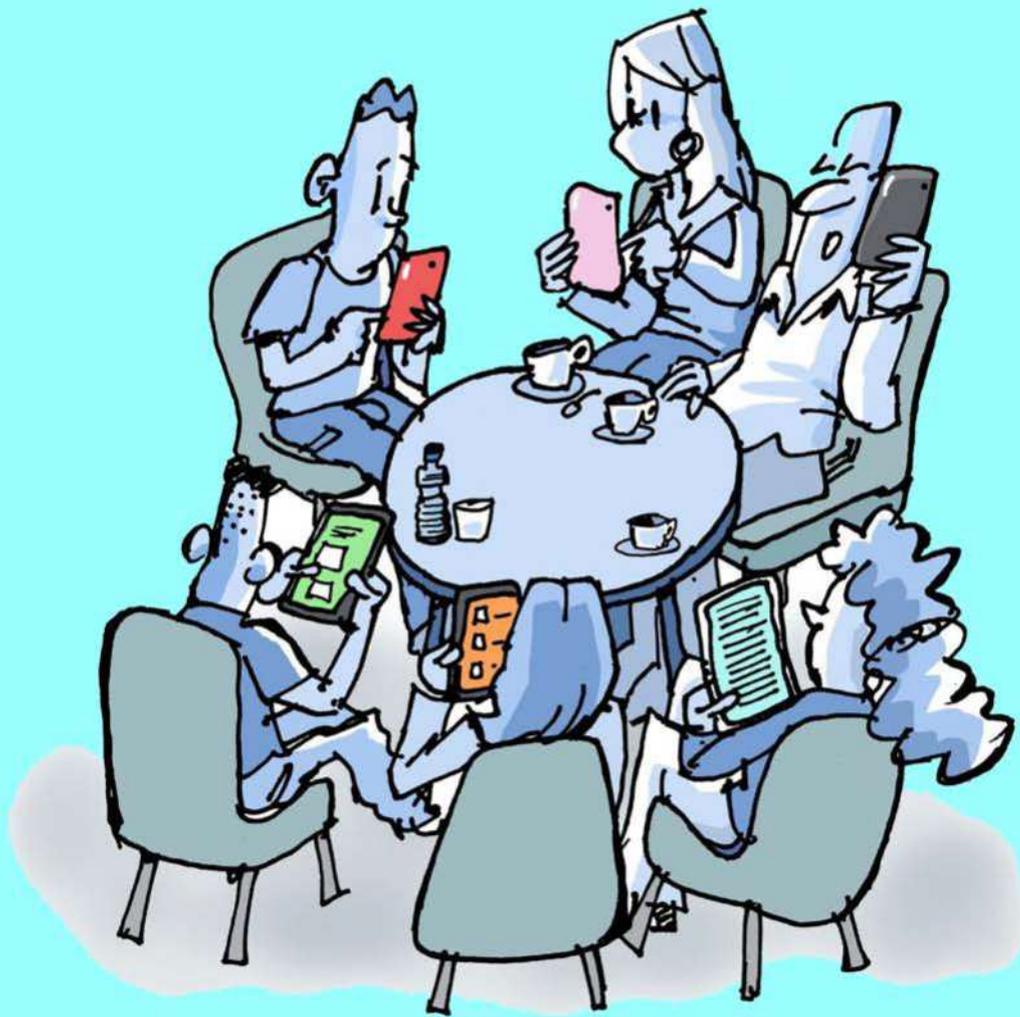
BIBLIOGRAFÍA

1. Choi, SW; Shin, YC; Kim, DJ; Choi, JS; Kim, S; Kim, SH; Youn, H. Treatment modalities for patients with gambling disorder. *Annals Of General Psychiatry*. 16. 2017.
2. Potenza, MN; Balodis, IM; Derevensky, J; Grant, JE; Petry, NM; Verdejo-Garcia, A; Yip, SW. Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 5. 2019.
3. Alonso_ Fernández F. Las nuevas adicciones. TEA Ediciones. 285pp. Madrid 2003.
4. López H. Estévez A. ¿Está aumentando la población con adicción al juego? Is problem gambling on the rise? *Norte de Salud Mental*. XVI, nº 60: 77-83. 2019
5. Echeburúa E. Adicción al juego en la mujer y comorbilidad. Implicaciones para el tratamiento. *Gambling disorder and comorbidity in women. Implications for treatment Revista de Patología Dual*. 1(1). 2014.
6. Ibáñez A. Impulsividad, diferencias de género y patología dual En *El juego patológico impulsivity, gender differences and dual pathology in pathological gambling. Revista de Patología Dual*. 1.2-8. 2014.
7. Lesieur, HR; Blume, SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 144:1184-1188. 1987.
8. Ferris, J; Wynne, H. *The Canadian Problem Gambling Index*. Ottawa, ON: Canada Centre on Substance Abuse. 2001.
9. Gerstein, D. R., Volberg, R. A., Toce, M. T., Harwood, H., Johnson, R., Buie, T., et al. *Gambling impact and behavior study. Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago, in NORC at the University of Chicago. 1999.
10. Ades J. Lejoyeux M. Las Nuevas Adicciones. 143-205. Editorial Kairós. 2003.

11. Labrador FJ. La importancia de los factores cognitivos en la adicción al juego. Libro *¿Existen las adicciones sin sustancias?* Editorial Deusto Digital Serie Drogodependencias. 39-53. 2013.
12. Saiz. Tratamiento farmacológico del Juego Patológico Conferencia Fundación Gaudium. Madrid 2005. *Medicine*. 10. 86.5810-5816. 2011
13. Verdura E., Ponce A. y Rubio G. Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo.
14. Granta J. , Chamberlain S. Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* 99. 2020.
15. Bischof A, Meyer C, Gallus A, Nadin K, Ulrich J b, Juergen H. *Estudy of Comorbid AxisI-disorders among subjects with pathological problems, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: Results of the PAG Psychiatry Research*. 210.1065–1070. 2013.
16. Granero R, Fernández-Aranda F. *Compulsive Buying Behavior: Characteristics of Comorbidity with Gambling Disorder*. *Front. Psychol*. 7:625. 2016.
17. Guerrero D. *Underlying Mechanism of the Comorbid Presence of Buying Disorder with Gambling Disorder: A Pathways Analysis*. *Journal of Gambling Studies* 35:261–273. 2019.
18. Maccallum F. Blaszczynski A. *Pathological gambling and comorbid substance use*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 36:411–41, 2002.
19. Mcgrath D Barrett S. *The comorbidity of tobacco smoking and gambling: A review of the literatedar Drug and Alcohol Review*. 28, 676–681, 2009.
20. Estévez A. *Juego en adolescents: nuevas formas mismas consecuencias Libro ¿Existen las adicciones sin sustancias?* Serie Drogodependencias. Editorial Deusto. 39, 53-71. 2013.
21. López H. Estévez A. *¿Está aumentando la población con adicción al juego? Is problem gambling on the rise?* *Norte de Salud Mental- XVI, nº 60: 77-83*. 2019.
22. 5- López H. Estévez A *Nuevas tecnologías: desde la adicción a la rehabilitación*. Libro *¿Existen las adicciones sin sustancias?* Serie Drogodependencias. 39, 101-115.. Editorial Deusto Digital. 2013.
23. 123_Walther, B; Morgenstern, M; Hanewinkel, R *Co-Occurrence of Addictive Behaviours: Personality Factors Related to Substance Use, Gambling and Computer Gaming*. *European Addiction Research*. 18. 137-174. 2012.
24. Nilsson, A; Magnusson, K; Carlbring, P; Andersson, G; Hellner, C. *Behavioral couples therapy versus cognitive behavioral therapy for problem gambling: a randomized controlled trial*. *Addiction*. 115. 1330-1342. 2020.
25. Leung, KS; Cottler, LB. *Treatment of pathological gambling*. *Current Opinion In Psychiatry*. 22. 69-74. 2009.
26. Di Nicola, M; De Crescenzo, F; D'Alo, GL; Remondi, C; Panaccione, I; Moccia, L; Molinaro, M; Dattoli, L; Lauriola, A; Martinelli, S; Giuseppin, G; Maisto, F; Crosta, ML; Di Pietro, S; Amato, L; Janiri, L. *Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adults with Gambling Disorder: A Meta-Review*. *Journal Of Addiction Medicine*. 14. 15-23. 2020.
27. Okray, Z; Direktor, C. *Diagnosis and Treatment of Gambling Addiction*. *Addicta-The Turkish Journal On Addictions*. 8. 194-200.2021.
28. Bodor, D; Ricijas, N; Filipic, I. *Treatment of gambling disorder: review of evidence-based aspects for best practice*. *Current Opinion In Psychiatry*. 34. 508-513. 2021.
29. Dowling, N; Merkouris, S; Lubman, D; Thomas, S; Bowden-Jones, H; Cowlshaw, S. *Pharmacological interventions for the treatment of disordered and problem gambling*. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2022.
30. Hloch, K; Mladenka, P; Dosedel, M; Adriani, W; Zoratto, F. *The current clinical knowledge on the treatment of gambling disorder: A summary*. *Synapse*. 71. 2017.
31. Achab, S; Khazaal, Y. *Psychopharmacological Treatment in Pathological Gambling: A Critical Review*.

- Current Pharmaceutical Design*. 17. 1389-1395. 2011.
32. Grant, Odlaug, Schreiber. Pharmacological treatments in pathological gambling. *British Clinical Pharmacology*. 77. 375-381. 2014.
 33. Sancho, M; De Gracia, M; Rodriguez, RC; Mallorqui-Bague, N; Sanchez-Gonzalez, J; Trujols, J; Sanchez, I; Jimenez-Murcia, S; Menchon, JM. Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Frontiers In Psychiatry*. 9. 2018.
 34. Okray, Z; Direktor, C. Diagnosis and Treatment of Gambling Addiction. *Addicta-The Turkish Journal On Addictions*. 8. 194-200.2021.
 35. Bodor, D; Ricijas, N; Filipcic, I. Treatment of gambling disorder: review of evidence-based aspects for best practice. *Current Opinion In Psychiatry*. 34. 508-513. 2021.
 36. Nilsson, A; Magnusson, K; Carlbring, P; Andersson, G; Hellner, C. Behavioral couples therapy versus cognitive behavioral therapy for problem gambling: a randomized controlled trial. *Addiction*. 115. 1330-1342. 2020.
 37. Leung, KS; Cottler, LB. Treatment of pathological gambling. *Current Opinion In Psychiatry*. 22. 69-74. 2009.
 38. Pallesen, S; Mitsem, M; Kvale, G; Johnsen, BH; Molde, H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*. 100. 1412- 1422. 2005.
 39. Lesieur, Hr; Blume, Sb. Evaluation Of Patients Treated For Pathological Gambling In A Combined Alcohol, Substance-Abuse And Pathological Gambling Treatment Unit Using The Addiction Severity Index. *British Journal Of Addiction*. 86. 1017-1028. 1991.
 40. Di Nicola, M; De Crescenzo, F; D'Alo, GL; Remondi, C; Panaccione, I; Moccia, L; Molinaro, M; Dattoli, L; Lauriola, A; Martinelli, S; Giuseppin, G; Maisto, F; Crosta, ML; Di Pietro, S; Amato, L; Janiri, L. Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adults With Gambling Disorder: A Meta-Review. *Journal Of Addiction Medicine*. 14. 15-23. 2020.
 41. Toneatto, T; Wang, JJ. Community Treatment for Problem Gambling: Sex Differences in Outcome and Process. *Community Mental Health Journal*. 45. 468- 475. 2009.
 42. Van der Maas, M; Shi, J; Elton-Marshall, T; Hodgins, DC; Sanchez, S; Lobo, DSS; Hagopian, S; Turner, NE. Internet-Based Interventions for Problem Gambling: Scoping Review. *Jmir Mental Health*. 6. 2019.
 43. 618_Petry, NM; Ginley, MK; Rash, CJ. A Systematic Review of Treatments for Problem Gambling. *Psychology Of Addictive Behaviors*. 31. 951-961. 2017.

USO, ABUSO Y ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL



USO ABUSIVO Y ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

Pilar Blanco Zamora

María Miranda García Rovés

Cruz Rivas Reguero

CONCEPTO DE USO ABUSIVO Y ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL

Por teléfono móvil, celular, smartphone o teléfono inteligente nos referimos a dispositivos que permiten al usuario no solo mantener conversaciones telefónicas, sino conectarse a internet con mensajería, información y noticias, gestión de redes sociales, aplicaciones, hacer fotografías y diversos empleos. En definitiva, es una terminal computarizada de múltiples usos. En promedio los españoles pasan casi 2 horas y media al día conectados al móvil y el 50% de los jóvenes entre 18 y 24 años permanecen más de 4 horas, mientras que una tercera parte de los adolescentes usa el móvil más de 5 horas al día.

La edad de inicio en el uso del móvil es cada vez cada vez más precoz: el 30% de los niños españoles de 10 años tiene un móvil; la tasa aumenta hasta casi el 70% a los 12 años y el 83% a los 14 años.

Además, a partir de los 2-3 años acceden habitualmente a los smartphones de sus padres. Cerca del 32% de los adolescentes pasan frente a la pantalla del móvil más de 5 horas al día, duermen con él en la habitación, se conectan todos los días y acceden a contenidos no adecuados para su edad.

Respecto a si el uso abusivo del móvil es no adicción¹, los investigadores muestran posiciones antagónicas que van desde la consideración plena de adicción a una interpretación más amplia de estos síntomas tales como uso problemático o en riesgo. No obstante, analizando su correspondencia con los criterios de patología del juego en el DSM-5 y la adicción a sustancias se observa un franco paralelismo con la adicción. Como los estudios son de naturaleza correlacional se desconoce si el uso desadaptativo conduce al malestar psicológico y al trastorno mental o viceversa.² Aun así, hay otros elementos, que puede proporcionar información adicional sobre la percepción del uso problemático del móvil. Por ejemplo, algunas personas pueden confundir la dependencia de una tecnología con una conducta adictiva.

PREVALENCIA

Estudios españoles^{3,4} establecen prevalencias que oscilan entre el 12,5% y el 15,4%. Este último estudio⁴ estableció cuatro categorías de usuarios: casuales, habituales, en riesgo y problemáticos, con una prevalencia del 15,4% entre los usuarios en riesgo y del 5,1% entre los usuarios problemáticos. Este hallazgo implica un total de 20,5% de usuarios con problemas. Los resultados, basados en criterios múltiples, muestran que dicho uso problemático comparte características de las adicciones reconocidas, afectando a amplios segmentos de la población y no sólo a los adolescentes.

DIFERENCIAS POR EDAD Y GÉNERO

El grupo más joven, en particular los adolescentes, es el más afectado y en riesgo de adicción tanto a sustancias como conductuales. La edad con la que se tiene el primer móvil importa: cuanto más precoz, mayor es la probabilidad de uso problemático. Prácticamente todos los estudios indican que las mujeres tienen niveles más altos de dependencia y uso problemático que los varones y suele estar relacionado con las relaciones interpersonales y la creación, y mantenimiento de contactos y mensajes; en general la mensajería y además puede ser utilizado para evitar estados de ánimo desagradables. Entre los hombres el uso del móvil se basa simultáneamente en mensajes y conversaciones de voz y aplicaciones de juegos y muestran una mayor tendencia que las mujeres a utilizarlo en situaciones de riesgo.

DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL

Siguiendo los criterios diagnósticos de dependencia del DSM 5, para diagnosticar un eventual trastorno de adicción al móvil debe haber un patrón desadaptativo del uso del teléfono que conlleve a un malestar clínicamente significativo, expresado por dos (o más) de los siguientes ítems por un periodo continuado de doce meses:

- » Tolerancia: Se necesita el uso significativamente creciente del celular para experimentar sensaciones gratificantes.
- » Abstinencia: Ansiedad, irritabilidad, inquietud, sensación de vacío en caso de no tener acceso al teléfono móvil; se usa el teléfono (o se usan conductas similares como ingresar a internet) para aliviar la tensión, evitando los síntomas de abstinencia.

- » Uso mayor o durante un periodo más largo del que inicialmente se pretendía: Muchas personas utilizan el teléfono celular exclusivamente como apoyo en sus comunicaciones, pasando a ser en poco tiempo un elemento indispensable en su vida cotidiana.
- » Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por interrumpir uso del móvil: Muchos usuarios logran controlar el uso del móvil (apagándolo, bloqueando llamadas, eliminando juegos), pero estas herramientas, en muchas ocasiones, se vuelven infructuosas porque aparece la necesidad de hacer uso devolviendo llamadas, descargando nuevamente algunas aplicaciones.
- » Reducción de actividades sociales y familiares: El uso del celular se convierte en prioridad frente a actividades familiares y sociales.
- » Realización de la conducta a pesar de presentar consecuencias negativas por su uso: problemas familiares, sociales, laborales, legales⁵.

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL

Tres escalas destacan por frecuencia de citación. En el cuadro 1 podemos verlas esquematizadas.

- Smartphone Addiction Scale (SAS)⁶. 33 ítems y 6 escalas: alteración de la vida diaria, anticipación positiva, abstinencia, relaciones orientadas al ciberespacio, sobreuso y tolerancia. Ámbito de exploración: adicción a smartphone en base a la adaptación de escalas existentes de adicción a Internet y a las características del smartphone.

- Smartphone Addiction Inventory (SPAI)⁷. 26 ítems 4 escalas: comportamiento compulsivo, deterioro funcional, abstinencia y tolerancia. Ámbito de exploración: adicción a smartphone en base a la adaptación de escalas existentes de adicción a Internet y a las características del smartphone.
- Smartphone Addiction Proneness Scale (SAPS)⁸. 15 ítems y 4 escalas: alteración de funciones adaptativas, orientación a la vida virtual, abstinencia y tolerancia. Ámbito de exploración: adicción a smartphone en base a la adaptación de escalas existentes de adicción a Internet y al teléfono móvil (no inteligente).

depresión es una consecuencia importante del uso adictivo del móvil.

En un estudio⁹ se observó que las personas que utilizan mucho sus teléfonos móviles para las relaciones sociales adquieren hábitos de uso más rápidamente, lo que a su vez puede conducir a una conducta adictiva. Dichos autores no hallaron ninguna influencia de la inteligencia emocional en el comportamiento habitual o adictivo de los teléfonos inteligentes, mientras que el estrés social sí influye en dicho comportamiento, y un fallo de autorregulación parece causar un mayor riesgo de adicción. Por último, los hombres experimentan

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Ítems	Ámbito
Móvil o celular	Smartphone Addiction Scale (SAS; Kwon et al.) ⁶	2013	33 ítems y 6 escalas	alteración de la vida diaria, anticipación positiva, abstinencia, relaciones orientadas al ciberespacio, sobreuso y tolerancia
Móvil o celular	Smartphone Addiction Inventory (SPAI; Lin et al.) ⁷	2014	26 ítems 4 escalas	comportamiento compulsivo, deterioro funcional, abstinencia y tolerancia
Móvil o celular	Addiction Proneness Scale (SAPS; Kim et al.) ⁸	2014	15 ítems y 4 escalas	alteración de funciones adaptativas, orientación a la vida virtual, abstinencia y tolerancia.

Cuadro 1: Instrumentos de evaluación de adicción al smartphone

ETIOLOGÍA. FACTORES CAUSALES DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL

Se citan como factores de predisposición la impulsividad y elementos asociados como la impaciencia y la baja perseverancia. También se destaca la búsqueda activa de sensaciones, la intolerancia al dolor, las frustraciones y la tristeza, la baja autoestima, la dificultad para resolver problemas y también una tendencia hacia estados depresivos, aunque como veremos luego la

menos estrés social que las mujeres y utilizan menos sus móviles con fines sociales. Hay un efecto positivo en la autorregulación. Por lo tanto, las personas mayores tienen menos probabilidades de desarrollar conductas habituales o adictivas con los teléfonos inteligentes.

Otro metaanálisis¹⁰ mostró que la adicción al teléfono móvil estaba altamente asociada de manera positiva con la ansiedad de apego y débilmente correlacionada positivamente con la evitación de apego. Tanto la relación entre la ansiedad por el apego y la adicción al móvil como la relación entre la evitación del apego y la adicción al móvil estaban moderadas por la adicción al móvil, pero no por el género ni por el propio apego. En conclusión, existe una correlación positiva entre la adicción al móvil y el apego inseguro.

FACTORES PREDISONENTES DE PERSONALIDAD

El uso problemático del móvil se ha asociado a variables de personalidad, como la extraversión, el neuroticismo, la autoestima, el bajo autocontrol y/o impulsividad, las fallas en la autoidentidad y la autoimagen². Del mismo modo, los trastornos del sueño, la ansiedad, el estrés y, en menor medida, la depresión, que también se asocian con el abuso de Internet, se han relacionado con el uso problemático del teléfono móvil. En dicho estudio se indica coexistencia entre el uso problemático del teléfono móvil y el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol.

Otro estudio de metaanálisis ¹¹ de las relaciones entre los cinco grandes rasgos de la personalidad y el uso problemático del teléfono móvil (PMPU) concluyó que el neuroticismo alto, la extraversión alta, la amabilidad y la conciencia bajas se asocian con el PMPU. Además, la relación entre neuroticismo, conciencia, agradabilidad es relativamente estable, verificándose que el trasfondo cultural modera la relación entre la apertura y el PMPU.

IMPULSIVIDAD, BÚSQUEDA DE SENSACIONES Y AUTOESTIMA

La impulsividad (o tendencia a experimentar fuertes impulsos que no se pueden posponer) es el componente que mejor predice el uso problemático del teléfono celular¹², a los que deben añadirse la búsqueda de sensaciones y el déficit de autoestima como predictores significativos del uso problemático del teléfono celular.

NUEVAS PATOLOGÍAS DERIVADAS DEL USO DEL MÓVIL

El uso problemático del móvil nomina nuevas patologías³¹, como la "nomofobia" o el miedo irracional a estar sin móvil o estar desconectado o fuera de Internet. También la textaphrenia o falsa sensación de haber recibido un mensaje de texto o llamada que lleva a comprobar constantemente el dispositivo. También la "textiedad" o ansiedad por recibir y responder inmediatamente. En un estudio con población normal³² se encontró que el miedo a perderse, "fomo" (o fear of missing out), estaba íntimamente relacionado con el uso problemático de teléfonos inteligentes en relación con el afecto negativo y el miedo a la evaluación negativa y positiva; estas relaciones se mantuvieron cuando se controló la edad y el género. El phubbing de pareja³¹ (ninguneo) puede entenderse mejor como el grado en que un individuo utiliza o se distrae con su teléfono móvil mientras está en compañía de su pareja sentimental. Se observó que el estilo de apego modera la relación entre el conflicto por el uso del móvil y el phubbing. Las personas con un estilo de apego ansioso mostraron mayores niveles de conflicto con el móvil que las que tenían un estilo de apego menos ansioso. Se destaca que el phubbing influye indirectamente en la depresión.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL

Hay proporción directa entre el uso frecuente del móvil y los problemas de salud mental. Las principales consecuencias psicopatológicas del uso problemático del móvil son los trastornos del sueño, el estrés agudo y el crónico, la ansiedad, la

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO MÓVIL

depresión y una mayor predisposición al uso de sustancias psicoactivas como el tabaco, el alcohol y otras sustancias sobre todo en adolescentes¹³. Además, la coexistencia con ciertas patologías psiquiátricas, en las que se comparte la falta de control de los impulsos.

Efectivamente, la mayor parte de autores relacionan el uso problemático con la depresión, la ansiedad, el estrés crónico y/o la baja autoestima¹⁴. Todos estos factores pueden ser tanto causa como consecuencia del uso abusivo del móvil. También se señala que el riesgo de adicción al móvil se relaciona positivamente con el estrés percibido, el cual a su vez se relaciona negativamente con la satisfacción con la vida. Además, el riesgo de adicción a los teléfonos inteligentes se relacionó negativamente con el rendimiento académico. Es decir, cuanto más se usa el móvil peores notas se obtienen.¹⁵

Otros estudios sobre el uso problemático de celulares y su frecuencia de empleo¹⁶ correlacionaron la depresión y la ansiedad y los posibles mecanismos, incluyendo la activación del comportamiento, la necesidad de contacto, el miedo a perderse (FoMO), y la regulación de las emociones.

Otra problemática sobreañadida son las perturbaciones económicas (deudas), médicos (emisiones electromagnéticas), de seguridad vial (atropellos, etc.) y psicosociales. Por ejemplo, relativo al uso problemático¹⁷: preferir el móvil al contacto personal. Alteraciones del sueño con insomnio. Problemas fisiopatológicos como síntomas de abstinencia, tolerancia, dependencia, dificultad de control y necesidad de estar conectado, irritabilidad o sensación de estar perdido si se separa del teléfono, malestar cuando no se puede utilizar el móvil con acusada ansiedad y soledad cuando no se puede enviar un mensaje o recibir una respuesta inmediata, estrés y cambios de estado de ánimo debido a la necesidad de responder inmediatamente a los mensajes¹⁷. En el peor de los casos, el uso intensivo de teléfono móvil se asoció al consumo excesivo de alcohol, fumar tabaco, depresión y fracaso escolar.

Se ha propuesto una variedad de teorías psicológicas y conductuales para explicar las adicciones a la tecnología. Estos incluyen teorías de aprendizaje, hipótesis de recompensa-deficiencia, impulsividad, modelos cognitivo-conductuales y teorías de deficiencia de habilidades sociales. Los enfoques investigados con mayor frecuencia han sido la terapia cognitiva conductual (TCC) y la terapia de mejora motivacional. Dada la necesidad del uso de la tecnología en la vida diaria, el uso controlado ha prevalecido sobre la abstinencia como objetivo del tratamiento de las adicciones tecnológicas. Las técnicas terapéuticas sugeridas para la adicción a Internet incluyen practicar lo contrario, usar tapones externos, establecer metas, abstinencia selectiva de ciertas aplicaciones, usar señales, hacer inventarios personales, unirse a grupos de apoyo e intervenciones de terapia familiar¹⁸.

Si se investiga la efectividad de las intervenciones psicológicas en el uso problemático de teléfonos inteligentes la evidencia actual indica que aquellas pueden ser efectivas para reducir el uso problemático de móviles¹⁹. Respecto a la eficacia de las intervenciones un primer estudio pionero²⁰ seleccionó cinco grupos de intervenciones eficaces: restricción involuntaria, autoconciencia y autocontrol, restricciones escolares, apoyo entre iguales y servicios profesionales. Otro estudio²¹ agrupó seis tipos de medidas de prevención y tratamiento: psicoterapias, entrenamiento cognitivo, intervención conductual, restricción de aplicaciones, intervención social y medicina complementaria y alternativa. Pueden ser implementadas por estudiantes, padres o expertos en línea. Un último estudio²² apuntó que los programas de intervención se clasifican en 10 tipos: psicológicos, de apoyo social, de estilo de vida, tecnológicos, familiares, de atención médica, educativos, de ejercicio, de atención plena y de meditación. La mayoría de los estudios relacionados se han realizado en Asia, concretamente en China y Corea del Sur; España es

el país con más estudios fuera de Asia. Además, la mayoría de los sujetos de la investigación eran estudiantes, probablemente debido a la conveniencia del muestreo.

Las denominadas contramedidas²³ son estrategias y técnicas de prevención, reducción de daños e intervención ante conductas digitales adictivas que pueden agruparse en cuatro categorías: psicosociales, mediadas por software, farmacológicas y combinadas.

Una de las técnicas psicoterapéuticas más empleadas es la intervención basada en mindfulness (MBI). Diferentes experiencias con intervención cognitivo-conductual grupal basada en mindfulness consiguieron disminuir significativamente el empleo del móvil entre estudiantes universitarios²⁴ y adolescentes²⁵ con uso problemático del celular. Similar intervención de mindfulness se llevó a cabo en China ²⁶ al parecer con éxito. Recordemos que China continental tiene la mayoría de los usuarios de teléfonos inteligentes en todo el mundo, especialmente entre los estudiantes universitarios.

Se han utilizado diversas técnicas coadyuvantes: musicoterapia²⁷ meditación de sustracción mental²⁸, ejercicio físico como taichí, baloncesto, bádminton, baile, carrera y bicicleta²⁹ e incluso aplicaciones móviles como la denominada HDJ-S que se llevó a cabo con éxito entre estudiantes coreanos³⁰.

Las observaciones a largo plazo muestran una disminución del uso problemático después de un fuerte aumento en 2013. En conclusión, las adicciones tecnológicas están influidas tanto por el tiempo como por los cambios sociales y culturales³³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell X., Fúster H, Chamarro A. Oberst. Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo*. 33(2), pp. 82-89. 2012.
2. Gutierrez, JD; de Fonseca, FR; Rubio, G. *Cell-Phone Addiction: A Review*. *Frontiers In Psychiatry*. 7. 2016.
3. Lopez-Fernandez, O. *Short version of the Smartphone Addiction Scale adapted to Spanish and French: Towards cross-cultural research in problematic mobile phone use*. *Addictive Behaviors*. 64. 275-280. 2017.
4. De-Sola, JA; Talledo, H; de Fonseca, FR; Rubio, G *Prevalence of problematic cell phone use in an adult population in Spain as assessed by the Mobile Phone Problem Use Scale (MPPUS)*. *Plos One*. 12. 2017.
5. Muñoz-Rivas, Agustín 2005. *La adicción al teléfono móvil*. *Psicología Conductual*, 13, Nº 3, 481-493. 2005.
6. Kwon, M; Lee, JY; Won, WY; Park, JW; Min, JA; Hahn, C; Gu, XG; Choi, JH. *Development and validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS)*. *Plos One* 8(2): e56936. 2013.
7. Lin, YH; Chang, LR, Lee, YH; Tseng, HW, Kuo, TBJ; Chen, SH. *Development and validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI)*. *Plos One* 9(6): e98312. 2014.
8. Kim, D; Lee, Y; Lee, J; Nam, JK; Chung, Y. *Development of Korean Smartphone Addicition Proneness Scale for Youth*. *Plos One* 9(5): e97920. 2014.
9. Van Deursen, AJAM; Bolle, CL; Hegner, SM; Kommers, PAM. *Modeling habitual and addictive smartphone behavior the role of smartphone usage types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age, and gender*. *COMPUTERS IN HUMAN BEHAVIOR*. Vol. 45. 411-420- 2015.
10. Zhang, YM; Ding, YM; Huang, HT; Peng, QW; Wan, X; Lu, GL; Chen, CR. *Relationship between insecure attachment and mobile phone addiction: A meta-analysis*. *ADDICTIVE BEHAVIORS*. Vol. 131. 2022.
11. Gao, LF; Zhai, SM; Xie, HP; Liu, QQ; Niu, GF; Zhou, ZK. *Big five personality traits and problematic mobile phone use: A meta-analytic review*. *CURRENT PSYCHOLOGY*. Vol. 41. 3093-3110.2022.
12. Billieux J., Van Der Linden M., Rochat L. *The Role of Impulsivity in Actual and Problematic Use of the Mobile Phone*. *Appl. Cognit. Psychol.* 22: 1195–1210. 2008.
13. Elhai, JD; Dvorak, RD; Levine, JC; Hall, BJ. *Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology*. *Journal Of Affective Disorders*. 207. 251-259. 2017.
14. Rozgonjuk, D; Levine, JC; Hall, BJ; Elhai, JD. *The association between problematic smartphone use, depression and anxiety symptom severity, and objectively measured smartphone use over one week*. *Computers In Human Behavior*. 87. 10-17. 2018.
15. Samaha, M; Hawi, NS. *Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life*. *Computers In Human Behavior*. 57. 321-325.2016.
16. Gutierrez, JD; Levine, JC; Dvorak, RD; Hall, BJ. *Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use*. *Computers In Human Behavior*. 63. 509-516.2016.
17. De-Sola Gutierrez, JD; de Fonseca, FR; Rubio, G. *Cell-Phone Addiction: A Review*. *Frontiers In Psychiatry*. 7. 2016.
18. Sharma, MK; Palanichamy, TS. *Psychosocial interventions for technological addictions*. *Indian Journal Of Psychiatry*. 60. 541- 545. 2018.
19. Augner, C; Vlasak, T; Aichhorn, W; Barth, A. *Tackling the 'digital pandemic': The effectiveness of psychological intervention strategies in problematic Internet and smartphone use-A meta-analysis*. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*. 56. 219-229. 2022.
20. Chun, J. *Conceptualizing effective interventions for smartphone addiction among Korean female adolescents*. *Children And Youth Services Review*. 84. 35-39. 2018.
21. Liu, XX. *A Systematic Review of Prevention and Intervention Strategies For*

- Smartphone Addiction In Students: Applicability During The Covid-19 Pandemic. 21. 3-39. 2021.
22. Wu, Yi-Ying; Chou, Wen-Huei. A Bibliometric Analysis to Identify Research Trends in Intervention Programs for Smartphone Addiction. *International journal of environmental research and public health*. 20. 2023.
 23. Cemiloglu, D; Almourad, MB; McAlaney, J; Ali, R. Combatting digital addiction: Current approaches and future directions. *Technology In Society*. 68. 2022.
 24. Lan, YK; Ding, JE; Li, W; Li, J; Zhang, YF; Liu, MB; Fu, H. A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal Of Behavioral Addictions*. 7. 1171-1176. 2018.
 25. Tang, ACY; Lee, RLT. Effects of a group mindfulness-based cognitive programme on smartphone addictive symptoms and resilience among adolescents: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *Bmc Nursing*. 20. 2021.
 26. Liu, FB; Zhang, ZQ; Liu, SQ; Feng, ZT. Effectiveness of brief mindfulness intervention for college students' problematic smartphone use: The mediating role of self-control. *Plos One*. 17. 2022.
 27. Bong, SH; Won, GH; Choi, TY. Effects of Cognitive-Behavioral Therapy Based Music Therapy in Korean Adolescents with Smartphone and Internet Addiction. *Psychiatry Investigation*. 18. 110-117. 2021.
 28. Choi, EH; Chun, MY; Lee, I; Yoo, YG; Kim, MJ. The Effect of Mind Subtraction Meditation Intervention on Smartphone Addiction and the Psychological Wellbeing among Adolescents. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 17. 2020.
 29. Liu, SJ; Xiao, T; Yang, L; Loprinzi, PD. Exercise as an Alternative Approach for Treating Smartphone Addiction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Random Controlled Trials. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 16. 2019.
 30. Lee, H; Seo, MJ; Choi, TY. The Effect of Home-based Daily Journal Writing in Korean Adolescents with Smartphone Addiction. *Journal Of Korean Medical Science*. 31. 764-769. 2016.
 31. Roberts, JA; David, ME. My life has become a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners. *Computers In Human Behavior*. 54. 134-141. 2016.
 32. Wolniewicz, CA; Tiamiyu, MF; Weeks, JW; Elhai, JD. Problematic smartphone uses and relations with negative affect, fear of missing out, and fear of negative and positive evaluation. *Psychiatry Research*. 262. 618-623. 2018.
 33. Carbonell, X; Chamarro, A; Oberst, U; Rodrigo, B; Prades, M. Problematic Use of the Internet, and Smartphones in University Students: 2006-2017. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 15. 2018.

ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS



ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

Pilar Blanco Zamora

María Miranda García Rovés

Cruz Rivas Reguero

CONCEPTO DE ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

Extrapolando datos de la Clasificación Internacional de Enfermedades¹ (CIE 11), podría considerarse el trastorno de juego por internet (conocido como adicción a videojuegos (AVJ)) como un patrón de comportamiento de juego persistente y recurrente que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo por un periodo de 12 meses. Si se suspende abruptamente el videojuego, el síndrome de abstinencia resultante se describe de forma más consistente como "irritabilidad" e "inquietud" tras el cese de la actividad².

Recientemente, un grupo de expertos³ ha criticado la noción de dependencia a videojuegos propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), argumentando que su inclusión en la CIE-11 patologizaría a los jugadores muy involucrados pero saludables. Por lo tanto, es de crucial importancia aclarar las características de la alta participación versus la participación patológica en

los videojuegos, los límites entre estas construcciones y la implementación de las herramientas de detección y diagnóstico de AVJ que distinguen los dos patrones. Es clave evaluar el deterioro funcional asociado con los juegos, de modo que el diagnóstico de AVJ tenga utilidad clínica. A dicho respecto, el modelo cognitivo-conductual⁴, se centra en tres dominios: los impulsos motivacionales relacionados con la búsqueda de recompensas y la reducción del estrés, el control conductual relacionado con la inhibición ejecutiva y la toma de decisiones que implica sopesar los pros y los contras de participar en conductas motivadas.

PREVALENCIA DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

La prevalencia global⁵ agrupada de AVJ en 2022 fue del 3,3% (8,5% en varones y 3,5% en mujeres). Otros estudios⁶ cifran la prevalencia mundial del trastorno de juego en un 3,05%, esta cifra se ajustó al 1,96% al considerar sólo los estudios que cumplían criterios de muestreo más estrictos. Las tasas de trastornos de juego fueron aproximadamente 2,5:1 a favor de los varones en comparación con las mujeres. Como dato curioso, la prevalencia mundial del trastorno de juego parece ser comparable al trastorno obsesivo-compulsivo y a algunas adicciones relacionadas con sustancias, pero inferior a la compra compulsiva y superior a la ludopatía.

Un 1,6% de los adolescentes cumplen todos los criterios para padecer AVJ severo, y otro 5,1% está en riesgo de padecer juego abusivo por cumplir hasta cuatro criterios⁷. La prevalencia conjunta de AVJ entre los adolescentes⁸ fue del 4,6%. Los adolescentes varones generalmente informaron una tasa de prevalencia más alta (4,3%-9,7%) que las adolescentes mujeres (0,6%-2,2%). Otros estudios⁹ proporcionan tasas más altas del trastorno/adicción al juego de un 10%-15% entre los jóvenes de varios países asiáticos y del 1%-10% en sus homólogos de algunos países occidentales.

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Ítems	Ámbito
Videojuegos	Gaming Addiction Scale-7 ítem (GAS-7; Lemmens et al.) ¹⁰	2009	7	adicción al ordenador y a los videojuegos
Videojuegos	Internet Gaming Disorder Scale-9 Short Form (IGDS9-SF; Pontes & Griffiths) ¹¹	2015	9	trastorno por videojuego tanto online como offline
Videojuegos	Internet Gaming Disorder Test-10 (IGDT-10; Kiraly et al.) ¹²	2017	10	adicción a los videojuegos
Videojuegos	Lemmens Internet Gaming Disorder Scale-9 ítems (Lemmens IGD-9; Lemmens et al.) ¹³	2015	9	9 criterios de DSM-5 para la adicción a los videojuegos

Cuadro 1: Instrumentos de evaluación de videojuegos

Un estudio español¹⁴ sobre videojuegos, recoge que el 82,2% de los estudiantes de entre 14 y 18 años han jugado el último año y el 28,6% le dedican más de dos horas al día. De media, los españoles juegan 6,2 horas a la semana a videojuegos, y un 77,4% (13 millones de jugadores) lo hace al menos, semanalmente. La prevalencia fue mayor entre los varones que entre las mujeres en la mayor parte de estudios y tendió a ser mayor entre las personas más jóvenes que entre las de más edad en algunos estudios⁵². Un aumento de la frecuencia diaria de juego o del tiempo diario de juego implica un aumento de la adicción a los videojuegos, mientras que un aumento del nivel educativo, que generalmente se corresponde con una mayor edad, implica una disminución de la adicción al juego⁵³.

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

En general, no se encontró ninguna herramienta que fuera claramente superior, pero las escalas AICA-S gaming, GAS-7, IGDT-10, IGDS9-

SF y Lemmens IGD-9 tenían un mayor apoyo probatorio de sus propiedades psicométricas¹¹. La elección de la herramienta de cribado explicaba el 77% de la varianza, con las escalas Lemmens Internet gaming disorder-9, Gaming Addiction Identification Test y Problematic Videogame Playing.¹⁶ En el cuadro 1 podemos ver los instrumentos de evaluación de adicción a videojuegos seleccionados.

ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

El desarrollo de AVJ requiere varios factores internos que interactúan, como una regulación deficiente del yo, del estado de ánimo y de la recompensa, problemas en la toma de decisiones, y factores externos, como un entorno familiar y unas habilidades sociales deficientes. Además, factores específicos relacionados con el juego pueden promover la AVJ¹⁹.

Un metaestudio²⁰ encontró que entre los factores de riesgo más frecuentes se encuentran

una desregulación emocional con autoestima negativa y síntomas depresivos. Los síntomas de falta de atención y aislamiento social se asocian recíprocamente con la ludopatía. Hasta 32 estudios²¹ informaron de una asociación positiva entre impulsividad y AVJ. Las posibles explicaciones de este hallazgo parecen indicar que las estructuras neurobiológicas alteradas detectadas en los participantes con impulsividad pueden explicar algunas de las relaciones entre la impulsividad y el trastorno por juego en Internet.

FACTORES DE PREDISPOSICIÓN: TRASTORNO MENTAL PREVIO

Las personas con problemas de salud mental están predispuestas a padecer AVJ²². Dos estudios^{23,24} examinaron si las variables demográficas, los síntomas del trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), la ansiedad y la depresión podrían explicar las diferencias en el uso adictivo (es decir, uso compulsivo y excesivo asociado con resultados negativos) de dos tipos de tecnologías modernas online: redes sociales y videojuegos. Las correlaciones entre los síntomas del uso adictivo de la tecnología y los síntomas de trastorno mental fueron todos positivos y significativos. Otros autores asocian también el comportamiento agresivo y al incumplimiento de las normas, así como a los problemas sociales²².

La edad parece estar inversamente relacionada con el uso adictivo de estas tecnologías. Ser hombre se asoció significativamente con el uso adictivo de videojuegos, mientras que ser mujer se asoció con el uso adictivo de las redes sociales. Ser soltero se relacionó positivamente tanto con la adicción a las redes sociales como a los videojuegos²³. La hiperactividad/inatención y los problemas de autoestima parecen ser importantes predictores para el desarrollo de AVJ²⁴. Además, se encontraron pruebas empíricas de que la AVJ podría contribuir prospectivamente al deterioro de la salud mental de los adolescentes, si bien sólo un subgrupo de adolescentes afectados mostró AVJ de forma consistente a lo largo de 1 año.

DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

El uso excesivo de videojuegos conduce al abuso; y cuando se pierde el interés por otras actividades o estas se ven perjudicadas, los videojuegos se convierten en una vía de escape y en una forma de solucionar problemas que deberían resolverse de otras formas.¹⁷

Siguiendo el criterio establecido por el DSM-5²⁵, los indicadores serían:

- » Tolerancia: necesidad de jugar cada vez más tiempo para conseguir el placer inicial.
- » Abstinencia: malestar emocional (ansiedad, angustia, irritabilidad) cuando se le impide jugar, se detiene el juego o se lleva un tiempo sin jugar. También el juego se convierte en un estímulo para aliviar la tensión.
- » Dificultad en dejar de jugar una vez se ha iniciado el juego.
- » Interferencia con otras actividades (pérdida del sueño, aislamiento familiar, higiene, cambios emocionales).
- » Convencimiento de querer jugar menos pero no lograrlo o ser incapaz de hacerlo.
- » Empleo excesivo del tiempo.
- » Obsesión por el juego

DIFERENCIAS ENTRE JUGADORES

Muchos jugadores abusivos pueden permanecer clínicamente asintomáticos. Un estudio¹⁸, determinó que más de 2 de cada 3 jugadores no declararon ningún síntoma de trastorno por juego en Internet y los resultados mostraron que una proporción muy pequeña de la población general (entre el 0,3% y el 1,0%) podría reunir los requisitos para un posible diagnóstico agudo de trastorno por juego en Internet. La comparación con la ludopatía reveló que los juegos basados en Internet pueden ser significativamente menos adictivos que el juego de apuestas y similarmente desreguladores que los juegos electrónicos en general. En definitiva, las pruebas que relacionan el trastorno por juego en Internet con la participación en juegos son sólidas, pero los vínculos con los resultados de salud física, social y mental son decididamente dispares.

CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

Las consecuencias incluyen un aumento de la ansiedad y de las malas relaciones con los padres, así como una disminución de la satisfacción vital y del rendimiento académico²⁰. Varios factores psicosociales interactúan para influir en el mantenimiento del AVJ a lo largo de la vida. En general, las AVJ se asocian con malestar psicológico, ansiedad, estrés, depresión, angustia psicológica y peor calidad del sueño, aunque la intensidad de las asociaciones puede diferir²⁶. La prevalencia de la depresión en individuos con AVJ varió considerablemente entre los estudios, afectando aproximadamente a uno de cada tres participantes. Además, se observó una gravedad globalmente mayor de los síntomas depresivos en las personas sin diagnóstico clínico de depresión, en comparación con la población general. Estos hallazgos confirman un impacto relevante de los trastornos del estado de ánimo en la AVJ²⁷.

Una revisión sistemática de seis bases de datos²⁸ identificó vulnerabilidades del jugador implicadas en la AVJ consistentes en impulsividad, asunción de riesgos, síntomas psicopatológicos²⁹ (por ejemplo, depresión, ansiedad) y motivaciones para el juego más acusadas (por ejemplo, escapismo, logro). La participación en MMORPG (videojuegos con elementos de juego de rol que permiten interactuar con otras personas) tuvo la asociación positiva más fuerte con la AVJ. Los jugadores problemáticos de MMORPG tienden a tener un perfil socialmente ansioso y pueden sentirse atraídos por roles laborales y convenciones similares. Los jugadores problemáticos de shooters (juegos de tiro) tienden a puntuar más alto en medidas de búsqueda de sensaciones e impulsividad que otros jugadores. Estos hallazgos sugieren que los AVJ pueden desarrollarse más fácilmente y a niveles más graves en juegos complejos, interminables y socialmente dirigidos, con independencia de las características individuales. Algunas vulnerabilidades del jugador pueden aumentar selectivamente el riesgo de AVJ en determinados tipos de juego.

De forma inequívoca la impulsividad está asociada a la adicción a los videojuegos en ambos géneros y mantiene relación únicamente con el tiempo dedicado a los mismos. Atendiendo a los resultados, la impulsividad es un factor a considerar como causa y/o consecuencia en el desarrollo de adicción a videojuegos³⁰.

En cuanto a los trastornos del sueño, los resultados de una revisión³¹ sugieren que los juegos adictivos, en particular los juegos de rol multijugador masivos en línea tipo MMORPG, podrían estar asociados con una peor calidad del sueño. Los resultados indicaron además que el uso problemático de Internet se asoció con el insomnio subjetivo y la mala calidad del sueño.

Relativo al déficit de autoconcepto parece haber una clara asociación con el trastorno por juego además de una mayor identificación con el propio avatar. Un metaestudio³² encontró que los jugadores adictos mostraban una mayor identificación con el avatar y la AVJ junto a una mayor activación de las regiones cerebrales asociadas con el procesamiento mientras contemplaban su propio avatar. En conclusión, los

resultados apuntan a un deterioro del autoconcepto y a una mayor identificación con el personaje virtual del juego en los jugadores adictos. Esta compensación virtual fomenta la formación de un autoconcepto idealizado, que se aleja cada vez más de su propia autoimagen.

También se encontró asociación entre la adicción a los videojuegos, los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La ansiedad y la depresión podían explicar la varianza en el uso adictivo (es decir, el uso compulsivo y excesivo asociado a resultados negativos) de dos tipos de tecnologías online modernas: las redes sociales y los videojuegos. La edad parecía estar inversamente relacionada con el uso adictivo de estas tecnologías. Ser varón se asoció con el uso adictivo de los videojuegos, mientras que ser mujer se asoció con el uso adictivo de las redes sociales. Ser soltero se relacionó positivamente tanto con el uso adictivo de redes sociales como de videojuegos. Se observó asimismo la influencia de los videojuegos sobre el aumento de la agresividad, la reducción del comportamiento prosocial, la reducción del rendimiento académico^{30,33}.

Varios estudios revisados encontraron una fuerte asociación entre la ansiedad social y el trastorno de juego online³⁴. En general, los individuos socialmente ansiosos podrían percibir los videojuegos en línea como entornos sociales más seguros que las interacciones cara a cara, predisponiendo a los individuos al AVJ. Sin embargo, en una relación de refuerzo mutuo, los individuos con mayor problema de uso de videojuegos parecen mostrar mayor ansiedad social. Por lo tanto, a pesar de que los juegos en línea podrían representar una actividad capaz de aliviar los síntomas psicopatológicos y/o los estados emocionales negativos. Las personas podrían utilizar los juegos en línea para contrarrestar la angustia o las situaciones negativas de la vida cotidiana, llevando a cabo una estrategia de afrontamiento desadaptativa³⁴.

Las experiencias disociativas están también presentes. Los hallazgos³⁵ apoyan la hipótesis de que el uso problemático de videojuegos puede representar una estrategia de afrontamiento

desadaptativa en la que las personas pueden confiar para escapar de estados mentales perturbadores, emociones adversas o problemas de la vida real. En estas circunstancias, los síntomas disociativos podrían representar los efectos secundarios de una alteración de la conciencia generada por el uso excesivo de videojuegos. Entre estos fenómenos disociativos se señalan las experiencias de despersonalización, escapismo, experiencias de tipo psicótico y los fenómenos de transferencia de juego.

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A VIDEOJUEGOS

Una multibúsqueda³⁶ de 124 estudios reveló que la combinación de farmacoterapia con terapia cognitivo-conductual (TCC) o asesoramiento multinivel (MLC) era la opción idónea. Asimismo, otra búsqueda de 27 estudios³⁷ en busca de pruebas actuales relacionadas con la eficacia y los efectos neurales de los tratamientos farmacológicos y psicosociales, sugieren que el bupropión^{37,38} puede servir para neutralizar el deterioro funcional del sistema dopaminérgico, lo que proporciona una base neurobiológica para la eficacia de los fármacos potenciadores de la dopamina. Entre las diversas intervenciones psicosociales, se sugiere que la terapia cognitivo-conductual puede ser una intervención eficaz para la TGD. Se ha observado que la terapia cognitivo-conductual y el bupropión influyen en la conectividad funcional en estado de reposo dentro del circuito córtico-subcortical y la red de modos por defecto, lo que apunta a un posible mecanismo neural. Enfoques innovadores, como el tratamiento con realidad virtual, los campamentos residenciales, la abstinencia voluntaria y la estimulación transcraneal por corriente directa, han mostrado resultados prometedores.

Psicofarmacológicamente parece que el bupropión es el principio activo^{37,38,39} más eficaz. Un estudio con 119 adolescentes comparó la eficacia de los tratamientos con bupropión y escitalopram en pacientes con trastorno por juego

en Internet⁴¹ (IGD). Tanto el grupo de escitalopram como el de bupropión mostraron mejoría en todas las escalas de síntomas clínicos tras 6 semanas de tratamiento en comparación con el grupo de observación, pero el grupo de bupropión mostró una mayor eficacia para mejorar la atención y la impulsividad, factores importantes para el tratamiento de la IGD.

Para los jóvenes que además de adicción al juego online presentan trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (muy prevalente en esta población), en un estudio comparativo⁴⁰ parecía más eficaz el metilfenidato para el déficit de atención y la atomoxetina para los síntomas de depresión asociada.

Es difícil valorar la eficacia de la intervención en la adicción a videojuegos largo plazo. Generalmente las evaluaciones posteriores al tratamiento se han limitado predominantemente a la sintomatología emergente, a la comorbilidad y la frecuencia del comportamiento de juego³⁶. Aunque la terapia cognitivo-conductual tiene una base de evidencia más amplia que otras terapias, sigue siendo difícil hacer afirmaciones definitivas sobre sus beneficios^{42,43,44}, siendo la combinación bupropión + terapia cognitivo-conductual una eficaz combinación⁴⁵.

Hay estrategias diseñadas ad hoc como el programa de intervención manualizado PIPATIC^{46,47} (programa individualizado psicoterapéutico para la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación) para adolescentes que integra varios ámbitos de intervención estructurados en seis módulos: psicoeducativo, tratamiento habitual, intrapersonal, interpersonal, intervención familiar y desarrollo de un nuevo estilo de vida.

Se estudió la eficacia de un programa de terapia cognitivo-conductual^{48,49} (TCC) en el tratamiento de la impulsividad, la ansiedad, la evitación y los problemas familiares y ambientales de los pacientes. El programa de TCC consistió en catorce sesiones de 90 minutos con un terapeuta y de cuatro a cinco pacientes, una o dos veces por semana. El grupo de terapia de apoyo acudió a un servicio ambulatorio de psiquiatría una o dos veces por semana hasta completar 14 visitas. El grupo de TCC mostró más mejoría (proporción 66/33) en

comparación con el grupo de terapia de apoyo. El grupo de TCC mostró mejoras en adicción a videojuegos, atención, la depresión, ansiedad, impulsividad, evitación social y cohesión familiar.

Un manual de intervención⁵⁰ consistía en diez sesiones de 60 minutos una vez por semana a base de estrategias de mejora motivacional, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales y prevención de recaídas. Las puntuaciones de adicción a Internet y trastorno por juego en Internet mostraron un grado similar de reducción de la gravedad en las pruebas IAT e IGD-20 respectivamente al final de la octava semana. Además, los participantes mostraron mejoras significativas en la calidad de vida, incluida la salud física y psicológica, tras la finalización del programa de intervención. Con esa misma cadencia de 60 minutos una vez por semana incluyendo estrategias de mejora motivacional, reestructuración cognitiva, estrategias conductuales y prevención de recaídas se efectuó otro programa de psicoterapia multimodal manualizada⁵¹ al parecer de utilidad.

Todos estos programas suelen tener un tamaño de efecto insuficiente, solo orientativo.

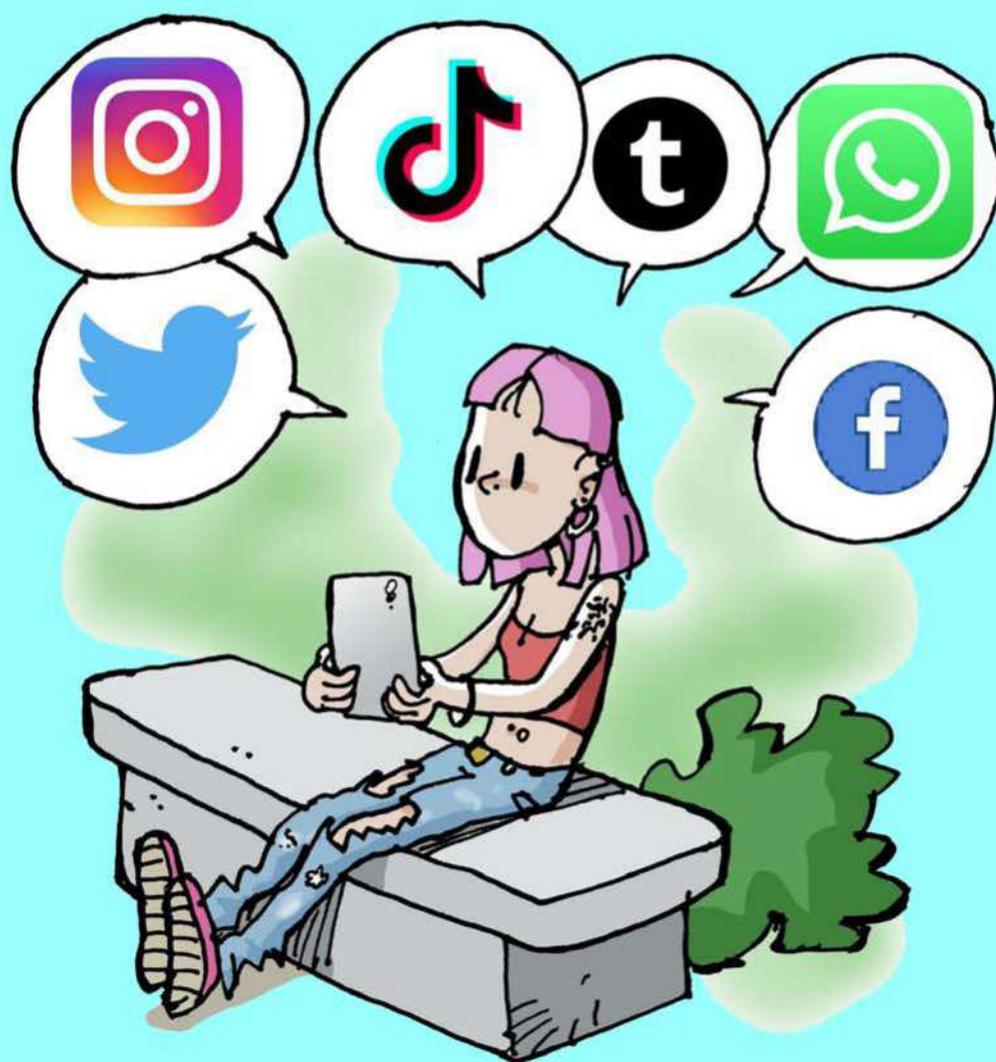
BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell, X. *El diagnóstico de adicción a videojuegos en el dsm-5 y la cie-11: retos y oportunidades para clínicos. Papeles del psicólogo. Vol 41. 211-222. 2020.*
2. Kaptsis, D; King, DL; Delfabbro, PH; Gradisar, M. *Withdrawal symptoms in internet gaming disorder: A systematic review. Clinical Psychology Review. 43. 58-66.2016.*
3. Billieux, J; Flayelle, M; Rumpf, HJ; Stein, DJ. *High Involvement Versus Pathological Involvement in Video Games: a Crucial Distinction for Ensuring the Validity and Utility of Gaming Disorder. Current Addiction Reports. 6 323-330. 2019.*
4. Dong, GH; Potenza, MN. *A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. Journal Of Psychiatric Research. 58. 7-11. 2014.*
5. Kim, HS; Son, G; Roh, EB; Ahn, WY; Kim, J; Shin, SH; Chey, J; Choi, KH. *Prevalence of gaming disorder: A meta-analysis. Addictive Behaviors. 126. 2022.*
6. Van Rooij, AJ; Van Looy, J; Billieux, J. *Internet Gaming Disorder as a formative construct: Implications for conceptualization and measurement. Psychiatry And Clinical Neurosciences. Vol 71.445-458. 2017.*
7. Muller, KW; Janikian, M; Dreier, M; Wolfing, K; Beutel, ME; Tzavara, C; Richardson, C; Tsitsika, A. *Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. European Child & Adolescent Psychiatry. 24. 565-574.2015.*
8. Fam, JY. *Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. Scandinavian Journal Of Psychology. 59. 524-531. 2018.*
9. Stevens, MWR; Dorstyn, D; Delfabbro, PH; King, DL. *Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry. 55. 553-568. 2021.*
10. Lemmens, JS; Valkenburg, PM; Peter, J. *Development and validation of a game addiction scale for adolescents. Media Psychology, 12: 77-95. 2009.*
11. Pontes, HM; Griffiths, MD. *Measuring DSM-5 internet gaming disorder: development and validation of a short psychometric scale. Computers in Human Behavior, 45: 137-143. 2015.*
12. Király, O; Slezcka, P, Pontes. HM, Urban R, Griffiths, MD; Demetrovics, Z. *Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet gaming disorder criteria. Addictive Behaviors, 64: 253–260. 2017.*
13. Lemmens, JS; Valkenburg, PM; Gentile, DA. *The Internet gaming disorder scale. Psychological Assessment, 27: 567-582. 2015.*
14. Nieto E. Nieto L Nieto C. *Las adicciones del siglo XXI : desde las a dicciones químicas a las comportamentales in "Atención en la práctica a las personas con necesidad de oportunidades". Dykinson, 6-28. 2020.*
15. King, DL; Chamberlain, SR; Carragher, N; Billieux, J; Stein, D; Mueller, K; Potenza, MN; Rumpf, HJ; Saunders, J; Starcevic, V; Demetrovics, Z; Brand, M; Lee, HK; Spada, M; Lindenberg, K; Wu, AMS; Lemenager, T; Pallesen, S; Achab, S; Kyrios, M; Higuchi, S; Fineberg, NA; Delfabbro, PH. *Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. Clinical Psychology Review. 77. 2020.*
16. Backlund, C; Elbe, P; Gavelin, HM; Sorman, DE; Ljungberg, JK. *Gaming motivations and gaming disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. Journal Of Behavioral Addictions. 11. 667-688. 2022. VVAA.*
17. Castaño G., Calderón G. *Compiladores. Dependencia a los videojuegos Problemáticas psicosociales en el ámbito universitario y programas de prevención. Federación Internacional de Universidades Católicas–FIUC–, Universidad Católica Luis Amigó, 416 pp 2017.*
18. Przybylski, AK; Weinstein, N; Murayama, K. *Internet Gaming Disorder: Investigating the Clinical Relevance of a New Phenomenon.*

- American Journal Of Psychiatry. Vol 174. 230- 236. 2017.
19. Paulus, FW; Ohmann, S; Von Gontard, A; Popow, C. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Developmental Medicine And Child Neurology*. 60. 2018.
 20. Richard, J; Temcheff, CE; Derevensky, JL. Gaming Disorder Across the Lifespan: a Scoping Review of Longitudinal Studies. *Current Addiction Reports*. 7. 561-587.2020
 21. Stevens, SI; Griffiths, MD. The Association Between Internet Gaming Disorder and Impulsivity: A Systematic Review of Literature. *International Journal Of Mental Health And Addiction*. 20. 92-118.2022.
 22. Muller, KW; Janikian, M; Dreier, M; Wolfling, K; Beutel, ME; Tzavara, C; Richardson, C; Tsitsika, A. Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 24. 565-574.2015
 23. Schou Andreassen et al. Adicción a internet, redes sociales y videojuegos La relación entre el uso adictivo de las redes sociales y los video juegos y síntomas de trastornos psiquiátricos: un estudio transversal a gran escala. *RET: revista de toxicomanías*. 81. 2017.
 24. Wartberg, L; Kriston, L; ZieglmeieWongr, M; Lincoln, T; Kammerl, R A longitudinal study on psychosocial causes and consequences of Internet gaming disorder in adolescence. *Psychological Medicine*. 49 287-294. 2019.
 25. American Psychiatric Association. *DSM-5. The diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC. 2013
 26. Wong, HY; Mo, HY; Potenza, MN; Chan, MNM; Lau, WM; Chui, TK; Pakpour, AH; Lin, CY. Relationships between Severity of Internet Gaming Disorder, Severity of Problematic Social Media Use, Sleep Quality and Psychological Distress. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 17.2020.
 27. Ostinelli, EG; Zangani, C; Giordano, B; Maestri, D; Gambini, O; D'Agostino, A; Furukawa, TA; Purgato, M. Depressive symptoms and depression in individuals with internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Affective Disorders*. 284. 136-142. 2021.
 28. Kuss, DL; Delfabbro, PH; Perales, JC; Deleuze, J; Kiraly, O; Krossbakken, E; Billieux, J. Maladaptive player-game relationships in problematic gaming and gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 73. 2019.
 29. Mannikko, N; Ruotsalainen, H; Miettunen, J; Pontes, HM; Kaariainen, M. Problematic gaming behaviour and health-related outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal Of Health Psychology*. 25. 67-81. 2020
 30. Lloret D, Morell R. Impulsiveness and video game addiction impulsividad y adicción a los videojuegos. *Health and Addictions*. 16, o.1, 33-40. 2016
 31. 50_ Internet Gaming Addiction, Problematic Use of the Internet, and Sleep Problems: A Systematic Review Lawrence T. Lam *Curr Psychiatry Rep (2014)* 16:444.
 32. Lemenager, T; Neissner, M; Sabo, T; Mann, K; Kiefer, F. Who Am I and How Should I Be: a Systematic Review on Self-Concept and Avatar Identification in Gaming Disorder. *Current Addiction Reports*. 7. 166-193. 2020.
 33. Ferguson, CJ. Do Angry Birds Make for Angry Children? A Meta-Analysis of Video Game Influences on Children's and Adolescents' Aggression, Mental Health, Prosocial Behavior, and Academic Performance. *Perspectives On Psychological Science*. 10. 646-666.2015.
 34. Gioia, F; Colella, GM; Boursier, V. Evidence on Problematic Online Gaming and Social Anxiety over the Past Ten Years: a Systematic Literature Review. *Current Addiction Reports* 9. 32-47. 2022.
 35. Guglielmucci F. Dissociation in Problematic Gaming: a Systematic Review *Current Addiction Reports (2019)* 6:1–14.
 36. Chang, CH; Chang, YC; Yang, LK; Tzang, RF. The Comparative Efficacy of Treatments for Children and Young Adults with Internet

- Addiction/Internet Gaming Disorder: An Updated Meta-Analysis. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 19. 2022.
37. Seo, EH; Yang, HJ; Kim, SG; Park, SC; Lee, SK; Yoon, HJ. A Literature Review on the Efficacy and Related Neural Effects of Pharmacological and Psychosocial Treatments in Individuals With Internet Gaming Disorder. *Psychiatry Investigation*. 18. 2021.
 38. Bae, S; Hong, JS; Kim, SM; Han, DH. Bupropion Shows Different Effects on Brain Functional Connectivity in Patients With Internet-Based Gambling Disorder and Internet Gaming Disorder. *Frontiers In Psychiatry*. 9. 2018.
 39. Song, J; Park, JH; Han, DH; Roh, S; Son, JH; Choi, TY; Lee, H; Kim, TH; Lee, YS. Comparative study of the effects of bupropion and escitalopram on Internet gaming disorder. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*. 70. 527-535. 2016.
 40. Park, JH Lee, YS, Sohn, JH, Han, DH. Effectiveness of atomoxetine and methylphenidate for problematic online gaming in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Human psychopharmacology-Clinical and Experimental*. 31. 427-432. 2016.
 41. King, DL; Delfabbro, PH. Internet Gaming Disorder Treatment: A Review of Definitions of Diagnosis and Treatment Outcome. *Journal Of Clinical Psychology*. 70. 942-955. 2014.
 42. King, DL; Delfabbro, PH; Wu, AMS; Doh, YY; Kuss, DJ; Pallesen, S; Mentzoni, R; Carragher, N; Sakuma, H. Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and Consort Evaluation. *Clinical Psychology Review*. 54. 122-133. 2017.
 43. Zhang, MWB; Ho, RCM. Smartphone applications for immersive virtual reality therapy for internet addiction and internet gaming disorder. *Technology And Health Care*. 25. 367-372. 2017.
 44. Zajac, K; Ginley, MK; Chang, R; Petry, NM. Treatments for Internet Gaming Disorder and Internet Addiction: A Systematic Review. *Psychology Of Addictive Behaviors*. 31. 979-994. 2017.
 45. Kim, SM; Han, DH; Lee, YS; Renshaw, PF. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers In Human Behavior*. 28. 2012.
 46. Torres-Rodriguez, A; Griffiths, MD; Carbonell, X. The Treatment of Internet Gaming Disorder: a Brief Overview of the Pipatic Program. *International Journal Of Mental Health And Addiction*. 16. 1000-1015. 2018.
 47. Torres-Rodriguez, A; Griffiths, MD; Carbonell, X; Oberst, U. Treatment efficacy of a specialized psychotherapy program for Internet Gaming Disorder. *Journal Of Behavioral Addictions*. 7, 939-952. 2018.
 48. Han, J; Seo, Y; Hwang, H; Kim, SM; Han, DH. Efficacy of cognitive behavioural therapy for internet gaming disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 27. 203-213. 2020.
 49. Zajac, K; Ginley, MK; Chang, R. Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. *Expert Review Of Neurotherapeutics*. 20. 85-91. 2020.
 50. Sharma, MK; Anand, N; Tadpatrikar, A; Marimuthu, P; Narayanan, G. Effectiveness of multimodal psychotherapeutic intervention for internet gaming disorder. *Psychiatry Research*. 314. 2022.
 51. Wolfling, K; Muller, KW; Dreier, M; Ruckes, C; Deuster, O; Batra, A; Mann, K; Musalek, M; Schuster, A; Lemenager, T; Hanke, S; Beutel, ME. Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction A. *Randomized Clinical Trial. Jama Psychiatry*. 76. 1018-1025. 2019.
 52. Mora-Salgueiro, J; Feijoo, S; Brana, T; Varela, J; Rial, A. Gaming habits and symptoms of video game addiction in spanish adolescents. *Behavioral Psychology-Psicologia Conductual*. 30.627-639.2022.
 53. Esposito, MR; Serra, N; Guillari, A; Simeone, S; Sarracino, F; Continisio, GI; Rea, T. An Investigation into Video Game Addiction in Pre-Adolescents and Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Medicina-Lithuania*. 56. 2020.

USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADOLESCENTES



USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADOLESCENTES

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

Pilar Blanco Zamora

María Miranda García Rovés

Cruz Rivas Reguero

CONCEPTO DE USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADOLESCENTES

El uso problemático de los medios interactivos (UPI), también conocido como adicción a Internet o a los videojuegos, se presenta cada vez más a los pediatras y psiquiatras infantiles para su atención. Muchos jóvenes los emplean casi constantemente para comunicarse, aprender, entretenerse, videojuegos, redes sociales, pornografía y atracones de información en vídeos cortos o páginas web. Todo ello contribuye al deterioro funcional¹. Se citan unas tasas de prevalencia² de hasta el 3%.

EVALUACIÓN DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADOLESCENTES

El concepto de adicción a internet es demasiado vago. Se le concedía mayor importancia hace unos años, de ahí que las pruebas exploratorias sean más antiguas que las de otras adicciones comportamentales. Seleccionamos las siguientes pruebas evaluativas. Ver extracto en el cuadro 1

- Internet Addiction Diagnostic Questionnaire (IADQ)³ 8 ítems. Ámbito de exploración: uso patológico o adictivo de Internet en base a una adaptación de los criterios de DSM-IV para el juego patológico (juego de azar)
- Internet Addiction Test (IAT)⁴. 20 ítems. Ámbito de exploración: uso problemático de Internet en base a una adaptación de los criterios de DSM-IV para el juego patológico (juego de azar) y para la dependencia a sustancias
- Compulsive Internet Use Scale (CIUS)⁵. 14 ítems. Ámbito de exploración: uso compulsivo de Internet basado en los criterios de dependencia de sustancias y trastorno obsesivo-compulsivo
- Generalized Problematic Internet Use Scale-2 (GPIUS-2)⁶. 15 ítems y 5 escalas: preferencia por la interacción social en línea, regulación del estado de ánimo, preocupación cognitiva, uso compulsivo de Internet, y resultados negativos. Ámbito de exploración: uso problemático de Internet en base a un modelo cognitivo-conductual del uso problemático generalizado de Internet.

COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET Y ADOLESCENTES

La mayor parte de estudios sobre psicopatología asociada al uso problemático de internet destacan los síntomas depresivos^{7,8,9,10,11} en todas sus variantes como los más frecuentes y nocivos. Además, son habituales los síntomas obsesivo-compulsivos, el abuso del alcohol, el estrés, la ansiedad, los trastornos del sueño, el déficit de atención e hiperactividad y los trastornos alimenticios^{11,12}, el trastorno bipolar¹⁹ e incluso una asociación significativa con el uso de alcohol¹¹. También se citan síntomas disociativos relacionados con la gravedad y el impacto del UPI.
1,2

Otros estudios^{8,9,11}, indican mayores niveles de deterioro psíquico y trastornos del sueño, con una

sistemática mayor presencia de patología entre los hombres en todas las edades. En menor medida, se encontró la presentación combinada de TDAH y el trastorno del espectro autista. Un estudio multidimensional¹³ correlaciona la gravedad de los síntomas de adicción a Internet con el empeoramiento de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adolescentes diagnosticados de TDAH.

Un estudio español¹⁴ encontró las siguientes correlaciones entre UPI y diversos síntomas: 92%, ansiedad, 89%; depresión, 85%; síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y 75% fobia/ansiedad social y síntomas obsesivo-compulsivos. La mayoría de los estudios se efectuaron en varones.

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Ítems	Ámbito
Internet	Internet Addiction Diagnostic Questionnaire (IADQ; Young) ³	1996	8	Uso patológico o adictivo de Internet en base a una adaptación de los criterios de DSM-IV para el juego patológico
Internet	Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk et al.) ⁵	2009	14	uso compulsivo de Internet basado en los criterios de dependencia de sustancias y trastorno obsesivo-compulsivo
Internet	Generalized Problematic Internet Use Scale-2 (GPIUS-2; Caplan) ⁶	2010	15 ítems 5 escalas	preferencia por la interacción social en línea, regulación del estado de ánimo, preocupación cognitiva, uso compulsivo de Internet, y resultados negativos
Cuadro 1: Instrumentos de evaluación de la adicción a internet				

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN Y ADICCIÓN A INTERNET

Un metaanálisis¹⁵ de 16.520 estudiantes concluyó que diferentes trastornos de la conducta alimentaria se asociaban a UPI: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, preocupación por la comida, pérdida de control de la alimentación y hacer dieta. Además, el metaanálisis confirmó que el UPI es un factor predictivo de los trastornos alimentarios en los estudiantes.

USO PROBLEMÁTICO DE REDES SOCIALES

Una revisión¹⁶ encontró asociación positiva entre el uso problemático de redes sociales y síntomas de trastornos psiquiátricos, particularmente en adolescentes, destacando la depresión (siete estudios) y la ansiedad (seis estudios). También encontraron asociaciones positivas, aunque en menor medida, con estrés (dos estudios), TDAH (un estudio) y el TOC (un estudio).

Un estudio de 638 usuarios de redes sociales¹³ correlacionó el uso problemático con la mala calidad del sueño, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la depresión, la ansiedad y el estrés.

Estudios prospectivos empleando la Escala KS de propensión a la adicción a Internet para jóvenes mostraron que existe una relación transaccional compleja entre uso problemático de internet, síntomas depresivos, síntomas bipolares e ideación suicida.

Las consecuencias inmediatas pueden ser fracaso escolar, retraimiento social, conflictos familiares, problemas de comportamiento, incluso salud física y mental¹⁸. No existe un diagnóstico formal que describa el espectro de conductas UPI y, por tanto, no existen intervenciones terapéuticas estandarizadas. En conclusión, la

orientación anticipatoria puede ayudar a identificar a los jóvenes en situación de riesgo y capacitar a los padres para reconocer y prevenir los problemas. Además, la epidemiología y la etiología indican que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos afectivos y el trastorno del espectro autista (TEA) pueden predisponer y, en algunos casos, ser el resultado de UPI, lo que ofrece oportunidades para un tratamiento eficaz al abordar la patología subyacente que se manifiesta en el entorno de los medios interactivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pallantia S. Bernardia S. *Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. Comprehensive Psychiatry* 50 510–516. 2009.
2. Müller K., Beutel, M. *A contribution to the clinical characterization of Internet addiction in a sample of treatment seekers: Validity of assessment, severity of psychopathology and type of comorbidity Wölfling Comprehensive Psychiatry* 55 770–77. 2014.
3. Young, K. *Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychology & Behaviour* 3: 237-44. 1998.
4. Young, KS. *Cought in the Net: how to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery. New York: Wiley. 1998.*
5. Meerkerk, GJ, Van den Eijnden, RJJM; Vermulst, AA; Garretsen HFL. *The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. CyberPsychology and Behaviour* 12(1): 1-6. 2009.
6. Caplan, SE. *Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. Computers in Human Behavior* 26:1089-1097. 2010.
7. Ha JH, Kim SY, Bae SC, Bae S, Kim H, Sim M, Lyoo IK, Cho SC. *Depression and Internet addiction Catriona M. Morrison Helen Gore in adolescents. Psychopathology* 40(6):424-30. . 2007.
8. Morrison C. Gore H. *The Relationship between Excessive Internet Use and Depression: A Questionnaire-Based Study of 1,319 Young People and Adults Psychopathology* 43:121–126 2010.
9. Restrepo A. et al. *Problematic internet use in children and adolescents: associations with psychiatric disorders and impairment BMC Psychiatry.* 20:252. 2020.
10. Carli V. et al. *The Association between Pathological Internet Use and Comorbid Psychopathology: A Systematic Review. Psychopathology* 46:1–13. 2013.
11. Ho C. et al. *The association between internet addiction and psychiatric comorbidity: a meta-analysis BMC Psychiatry.* 14:183. 2014.
12. Aznar I. et al. *Patologías asociadas al uso problemático de internet. Una revisión sistemática y metaanálisis. Investigación Bibliotecológica: archivonomía, bibliotecología e información,* 34, Núm. 82. 2020.
13. Wen J. et al. *Multi-dimensional correlates of Internet addiction symptoms in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder Psychiatry Research* 225. 122-128. 2015.
14. González V. *Association between Internet Gaming Disorder or Pathological Video-Game Use and Comorbid Psychopathology: A Comprehensive Review Int. J. Environ. Res. Public Health,* 15, 668. 2018.
15. Hinojo F. et al. *Problematic Internet Use as a Predictor of Eating Disorders in Students: A Systematic Review and Meta-Analysis Study Nutrients.* 11, 2151. 2019.
16. Hussain Z. Griffiths M. *Problematic Social Networking Site Use and Comorbid Psychiatric Disorders: A Systematic Review of Recent Large-Scale Studies Front. Psychiatry, Sec. Addictive Disorders.* 2018.
17. Hussain Z. Griffiths M. *The Associations between Problematic Social Networking Site Use and Sleep Quality, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Depression, Anxiety and Stress International Journal of Mental Health and Addiction* 19:686–700. 2021.
18. Park S. et al. *The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 47(2) 153–159, 2019.
19. Pluhar et al. *Problematic interactive media use in teens: comorbidities, assessment, and treatment. Psychology Research and Behavior Management.* 12 447–455. 2019.

ADICCIÓN A LA COMPRA



ADICCIÓN A LA COMPRA

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

Pilar Blanco Zamora

María Miranda García Rovés

Cruz Rivas Reguero

CONCEPTO DE ADICCIÓN A LA COMPRA

La adicción a comprar fue descrita como oniomanía por Kraepelin¹ hace más de 100 años. Las compras compulsivas se definen como compras incontroladas y excesivas que provocan angustia personal y familiar, caracterizándose por un comportamiento desadaptativo de compra persistente e irresistible, que ocasiona graves consecuencias negativas al individuo y a su entorno (conflictividad familiar y de pareja, disminución del rendimiento a nivel laboral o escolar y problemas financieros). La edad media de inicio del trastorno se sitúa entre los 18 y 30 años de edad². En cuanto a los objetos adquiridos, mientras los hombres tienden a comprar objetos instrumentales y de ocio relacionados con la independencia y la actividad, las mujeres suelen comprar más objetos asociados con la apariencia y el bienestar emocional.

La compra compulsiva (CC) es una compra crónica y repetitiva que se convierte en una respuesta primaria a eventos y sentimientos negativos, y puede incluir síntomas equivalentes al

ansia o craving y el síndrome de abstinencia³. Una característica clave que distingue a los compradores compulsivos de los consumidores normales, los coleccionistas y los acaparadores es que los primeros se centran en el proceso de compra en sí, más que en los artículos comprados. En este caso, los objetos comprados no suelen utilizarse nunca, sino que tienden a esconderse o tirarse.

¿Qué es la compra compulsiva, una adicción o un trastorno del control de los impulsos? Según distintos autores podría considerarse un trastorno del control de los impulsos, un trastorno obsesivo-compulsivo o una adicción conductual. Muchos expertos optaban por describirla como trastorno de conducta dependiente⁴. Sin embargo, muy pocos estudios han explorado sus relaciones con la impulsividad en sus tres facetas: urgencia, falta de perseverancia y falta de premeditación, siendo la urgencia el único predictor significativo de las tendencias de compra compulsiva⁵. Ciertamente la compra compulsiva comparte elementos adictivos y de trastorno impulsivo a partes iguales.

PREVALENCIA DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA

En la población general la prevalencia^{2,6} se sitúa entre un 1 % y un 11,3 %, siendo del 7,4 % en una muestra de estudiantes españoles⁵ y del 5% para la población americana⁷, con un inicio en la adolescencia tardía/principios de la veintena.

En general es más frecuente⁸ en mujeres (80%) que en hombres. Las nuevas tecnologías han contribuido a exacerbar este trastorno, encontrándose cifras de compras online² en torno al 16 %. Algunos autores destacan el hecho de que internet permite comprar sin ser observado, evitando la interacción social y obteniendo una gratificación rápida, elementos que facilitan el descontrol de la conducta. Un estudio amplio⁹ de ocho estimaciones y más de 10 mil participantes aporta una prevalencia del 4,9%.

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA

Disponemos de algunos instrumentos validados para identificar el trastorno de CC y valorar su gravedad: el Compulsive Buying Scale (CBS)¹⁰, cuestionario de 7 ítems que permite diferenciar entre compradores normales y compradores compulsivos. El Edwards Compulsive Buying Scale (ECBS)¹¹, cuestionario de 13 ítems que analiza experiencias importantes y sentimientos sobre la compra y el gasto. Y el Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS-shopping versión)¹² de 10 ítems que sirve principalmente para valorar la gravedad de la CC, así como los cambios durante el tratamiento. Otros cuestionarios son el Richmond Compulsive Buying Scale (RCBS)¹³ con 6 ítems y 2 escalas: compras obsesivas-compulsivas y compras impulsivas, cuyo ámbito de exploración es la compra compulsiva como un trastorno con

elementos tanto de impulsividad como de compulsividad, excluye los efectos secundarios de las compras compulsivas; y el Questionnaire About Buying Behavior (QAAB)¹⁴ de 19 ítems, cuyo ámbito de exploración son los impulsos de compra y sus consecuencias (ver cuadro 1).

En nuestro país se han elaborado algunas escalas específicas: el Cuestionario de Compra Compulsiva¹⁵, de 8 ítems que permite detectar diferencias entre compradores compulsivos y no compulsivos. También el Test de Adicción a las Compras¹⁶ que consta de 5 ítems que analizan la percepción de control, el sentimiento de culpa después de la compra, la dificultad para detener la conducta de compra, el endeudamiento y la ocultación de los artículos adquiridos para evitar el conflicto familiar.

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Ítems	Ámbito
Compras compulsiva	Compulsive Buying Scale (Faber & O'Guinn) ¹⁰	1992	7	compras compulsivas
Compras compulsiva	Edwards Compulsive Buying Scale (ECBS; Edwards) ¹¹	1993	13 ítems 5 escalas	tendencia a gastar, compulsión/impulso de gastar, sentimientos en relación a las compras y al gasto, gasto disfuncional y sentimiento de culpa post-compra
Compras compulsiva	Richmond Compulsive Buying Scale (RCBS; Ridgway et al.) ¹³	2008	6 ítems 2 escalas	la compra compulsiva como un trastorno con elementos tanto de impulsividad como de compulsividad

Cuadro 1: Instrumentos de evaluación de la adicción a la compra

DIAGNÓSTICO DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA

Con respecto a los criterios diagnósticos, hubo un claro consenso entre expertos¹⁷ sobre los siguientes síntomas: (a) experiencia persistente y recurrente de impulsos y/o ansias y/o ansias intrusivas y/o irresistibles y/o preocupaciones por comprar/realizar compras; (b) disminución del control sobre las compras/realizar compras; (d) uso de la compra para regular estados internos; (e) consecuencias negativas y deterioro en áreas importantes del funcionamiento debido a la compra; (f) síntomas emocionales y cognitivos tras el cese de la compra excesiva; y (g) mantenimiento o escalada de conductas disfuncionales de compra a pesar de las consecuencias negativas. Además, se encontró apoyo para un especificador relacionado con la presencia de acaparamiento excesivo de artículos comprados.

CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA

Los pacientes con trastorno de compra (TC) padecen consecuencias que van desde conflictos en las relaciones y deudas hasta conductas delictivas (por ejemplo, procesos penales por realizar pedidos con un nombre falso). Además, suelen presentar trastornos comórbidos, especialmente depresión, ansiedad social, acaparamiento compulsivo, trastorno por atracón, trastorno del juego y trastornos por consumo de sustancias⁶. Los compradores compulsivos obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones de importancia, éxito y felicidad del materialismo, y en los síntomas de malestar psicológico de ansiedad, depresión, obsesión-compulsión, hostilidad y somatización. Por el contrario, presentaban niveles significativamente más bajos en autoestima, satisfacción vital y optimismo.

El TC se ha relacionado con trastornos por consumo de sustancias, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, y con el espectro obsesivo-compulsivo. Más recientemente, el TC se ha considerado una adicción conductual, aunque la mayoría de los expertos lo consideran un trastorno independiente.

COMORBILIDAD GENERAL

La comorbilidad psiquiátrica es frecuente, e incluye trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de consumo de sustancias y de la personalidad. Los más comunes son los trastornos de ansiedad (41-80 %), los trastornos del estado de ánimo (21-100 %), los trastornos por dependencia de sustancias (21-46 %), los trastornos de la conducta alimentaria (8-35 %) y otros trastornos del control de impulsos^{8,19,20} (5-11 %). A este respecto hasta un 21% presentaba un trastorno comórbido del control de los impulsos, más comúnmente trastorno explosivo intermitente^{21,22} (11%). Pero también con varios dominios de impulsividad y déficits en la regulación emocional²³. Asimismo, en frecuencia relativamente alta (18,9%), presentaban adicción al juego²⁴. Respecto a otras adicciones conductuales, tanto la compra compulsiva offline como la adicción a Internet tenían una fuerte relación positiva con la compra compulsiva online²⁵.

El diagnóstico de trastorno de personalidad también es frecuente, principalmente el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, (22 %), evitativo (15 %) y límite (15 %). Además, hay evidencias de que hay mayor riesgo de desarrollar adicción a las compras en familias con antecedentes de trastornos de ansiedad, trastorno del estado de ánimo y con abuso de sustancias^{8,22}.

Un análisis de ocho estudios con 11210 controles y 1641 pacientes adictos a la compra encontró que ésta se asocia significativamente con el abuso de alcohol, el déficit de atención e hiperactividad, la depresión y la ansiedad.^{20,36} En definitiva, la compra compulsiva presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, sobre todo de ansiedad, del estado de ánimo, por dependencia de sustancias, de la

conducta alimentaria y otros trastornos del control de impulsos⁷.

COMORBILIDAD COMPRA JUEGO

Un estudio de tendencias¹⁸ confirmó que mientras el materialismo y los síntomas de malestar psicológico representarían determinantes de vulnerabilidad que aumentan la propensión a la compra compulsiva, las puntuaciones altas en satisfacción vital actuarían disminuyendo la probabilidad de convertirse en comprador compulsivo. En consecuencia, los esfuerzos de prevención e intervención en relación con la compra compulsiva entre los jóvenes deberían incluir componentes específicos dirigidos a la reducción de la importancia asignada al dinero y las posesiones, y también al alivio de los síntomas de malestar psicológico.

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COMPRA

La mayor parte de estudios^{2,26,27} señalan dos líneas claras de intervención: la biológica a base de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, y la psicoterapéutica con empleo mayoritario de la terapia cognitivo-conductual. No disponemos de tratamientos validados para los pacientes de CC. Sin embargo, los estudios realizados con terapia cognitivo-conductual y con Inhibidores selectivos de la Recaptación de Serotonina y la Naltrexona han demostrado ser efectivos.

Estudios de metaanálisis²⁸ concluyen que la psicoterapia, especialmente la terapia cognitiva conductual (TCC) parece ser la principal intervención apoyada por la evidencia actual, seguida de la combinación de antidepresivos y TCC, y, por último, los antidepresivos serotoninérgicos como monoterapia. Otras estrategias sugeridas²⁹ son los grupos de autoayuda como deudores

anónimos, círculos de simplicidad, biblioterapia, asesoramiento financiero y terapia marital.

En realidad, no existe un enfoque de tratamiento basado en la evidencia y la investigación del tratamiento sobre este tema es limitada²⁷. Los ensayos abiertos sugieren que los antidepresivos podrían mejorar la compra compulsiva. Sin embargo, los ensayos controlados aleatorios pequeños no lograron demostrar una mejora significativa sobre el placebo³ y la alta tasa de respuesta al placebo impide cualquier declaración definitiva sobre la eficacia de los antidepresivos. Dos ensayos controlados de terapia cognitivo-conductual (TCC) informaron que la TCC grupal es significativamente más efectiva en comparación con los grupos de control en lista de espera en el tratamiento de la compra compulsiva^{27,30}. Otro estudio mostró ventajas significativas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) sobre la lista de espera en las reducciones del número de episodios de compra compulsiva y del tiempo dedicado a comprar, así como en las puntuaciones de las escalas de evaluación. La mejoría se mantuvo a los 6 meses de seguimiento³¹.

4 EXPERIENCIAS ILUSTRATIVAS

Una experiencia³² de TCC dirigida a interrumpir y controlar la conducta de compra problemática, establecer patrones de compra saludables, reestructurar pensamientos desadaptativos y sentimientos negativos asociados a las compras, y desarrollar habilidades de afrontamiento saludables obtuvo una mejoría que se mantuvo durante los 6 meses de seguimiento. Sin embargo, un menor número de sesiones de terapia de grupo predecían fracaso. De ahí la importancia de un tratamiento estricto.

Otra experiencia parte de cincuenta y seis pacientes³³ que fueron asignados aleatoriamente a una de las tres condiciones: (1) TCC grupal (n=22); (2) autoayuda guiada telefónica (n=20); y (3) una condición de lista de espera (n=14). Los resultados indican que la TCC en grupo cara a cara es superior no sólo a la condición de lista de espera, sino

también a la ayuda telefónica. Los pacientes que recibieron ayuda telefónica tendieron a tener más éxito en la superación del problema en comparación con los controles en lista de espera. La terapia cognitivo-conductual de grupo es eficaz en el tratamiento de la compra compulsiva y superior a la autoayuda guiada por teléfono, aunque ésta es también una opción válida.

Un estudio de caso único³⁴ buscó comparar la efectividad de la terapia cognitiva conductual (TCC) y la terapia experiencial centrada en la persona (PCE) en un diseño cruzado, con seguimiento prolongado de 350 días, con una paciente que cumplía con los criterios de diagnóstico para compra compulsiva. Después de una fase de evaluación inicial de 1 mes (A; 28 días; tres sesiones), la TCC se administró a través de 13 sesiones ambulatorias (B: 160 días) y luego la PCE se administró a través de seis sesiones ambulatorias (C: 63 días). Hubo un período de seguimiento de 99 días. Resultados: La frecuencia y la duración de los episodios de compra compulsiva disminuyeron durante el tratamiento activo. TCC y PCE fueron altamente efectivos en comparación con la línea de base para reducir las obsesiones de compras, el entusiasmo por las compras, la compulsión por comprar y mejorar la autoestima. No hubo evidencia de ninguna recaída durante el período de seguimiento.

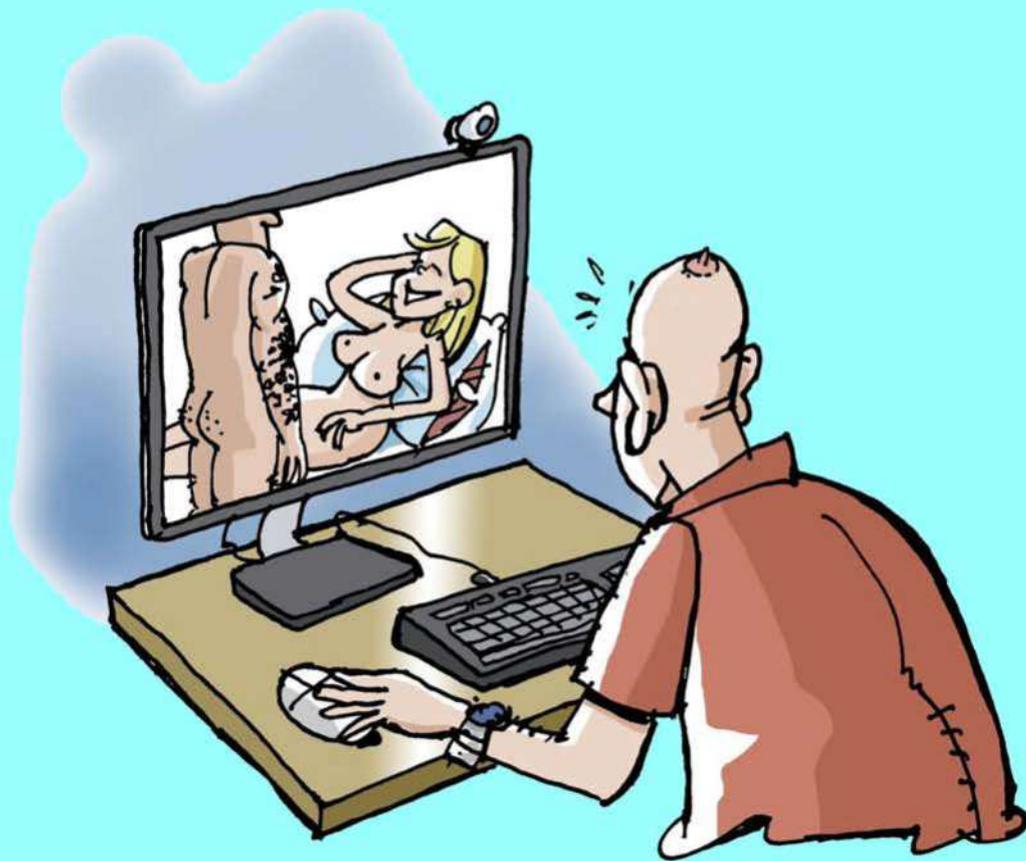
El cuarto estudio³⁵ pretendía estimar la eficacia a corto plazo de una intervención individual estandarizada de terapia cognitivo-conductual (TCC) en una muestra de 97 pacientes de CC. Resultó que el riesgo (incidencia acumulada) de mala adherencia al programa de TCC fue del 27,8%. La presencia de recaídas durante el programa de TCC fue del 47,4% y la tasa de abandono fue del 46,4%. Los predictores significativos de mala adherencia terapéutica fueron ser varón, altos niveles de depresión y síntomas obsesivo-compulsivos, bajos niveles de ansiedad, alta persistencia, alta evitación del daño y baja autotrascendencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kraepelin , E. *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. [Un libro de texto para estudiantes y médicos] (6th ed.). Leipzig: Verlag Johann Ambrosius Barth. 1899 .*
2. Marcet et al. *El trastorno de Compra Compulsiva. Compulsive buying disorder. Dominica Díez C. Med. Psicosom, Nº 117 – 2016*
3. Lejoyeux, M; Weinstein, A. *Compulsive Buying. American Journal Of Drug And Alcohol Abuse. 36. 248-253.2010.*
4. Muller, A; Mitchell, JE; de Zwaan, M. *Compulsive Buying. Compulsive Buying. 24. 132-137. 2015.*
5. 702_Billieux, J; Rochat, L; Rebetz, MML; Van der Linden, M. *Are all facets of impulsivity related to self-reported compulsive buying behavior? Personality And Individual Differences. 44. 1432-1442.2008.*
6. Maraz A, Griffiths MD; Demetrovics Z. *The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. Addiction.111(3):408-19. 2016.*
7. Black, DW. *Compulsive shopping: A review and update. Current Opinion In Psychology. 46. 2022.*
8. Black, D. W. . *A review of compulsive buying disorder. World Psychiatry, 6: 14-8. 2007.*
9. Maraz, A; Griffiths, MD; Demetrovics, Z. *The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. Addiction. 111. 408-419. 2016.*
10. Faber, RJ; O'Guinn, TC. *A clinical screener for compulsive buying. Journal of Consumer Research 19: 459-69. 1992.*
11. Edwards, EA. *Development of a New Scale for Measuring Compulsive Buying Behavior. Financial Counseling and Planning, 4 (1), 67-84. 1993.*
12. Monahan, P; Black, DW; Gabel J. *Reliability and Validity of a Scale to Measure Change in Persons with Compulsive Buying. Psychiatry Research, 64 (1), 59-67. 1996.*
13. Ridgway NM; Kukar-Kinney, M; Monroe, KB. *An expanded conceptualization and a new measure of compulsive buying. Journal of Consumer Research, 35(4): 622-639. 2008.*
14. Lejoyeux, M; Tassain, V; Solomon, J; Ades J. *Study of Compulsive Buying in Depressed Patients. Journal of Clinical Psychiatry 58(4): 169-173. 1997.*
15. De la Gándara, J. *Comprar por comprar. Madrid: Cauce. 1996.*
16. Echeburúa, E. *¿Adicciones...sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comia, compras, trabajo, internet). Bilbao: Desclée de Brouwer. 1999.*
17. Muller, A; Laskowski, NM; Trotzke, P; Ali, K; Fassnacht, DB; de Zwaan, M; Brand, M; Hader, M; Kyrios, M. *Proposed diagnostic criteria for compulsive buying-shopping disorder: A Delphi expert consensus study. Journal Of Behavioral Addictions. 10. 208-222. 2022.*
18. Villardefrancos, E; Otero-Lopez, JM+A8. *Compulsive buying in university students: its prevalence and relationships with materialism, psychological distress symptoms, and subjective well-being. Comprehensive Psychiatry. 65. 128-135.2016.*
19. Aboujaoude E, *Compulsive buying disorder: a review and update. Current Pharmaceutical Design. 20. 2014.*
20. Guerrero D. Granero R., Fernández F. González J, Müller A. Brand M., Steward T. Mestre G. Mallorquí N. Aymamí N, Gómez M.del Pino A. Baño M. Moragas L. Martín V. Menchón J. Jiménez S.. *Underlying Mechanism of the Comorbid Presence of Buying Disorder with Gambling Disorder: A Pathways Analysis Journal of Gambling Studies 35:261–273. 2019.*
21. Mueller, A; Mitchell, JE; Black, DW; Crosby, RD; Berg, K; de Zwaan, M. *Latent profile analysis and comorbidity in a sample of individuals with compulsive buying disorder. Psychiatry Research. 178. 348-353. 2010.*
22. Mueller, A; Muhlhans, B; Silbermann, A; Muller, U; Mertens, C; Horbach, T;

- Mitchell, JE; de Zwaan, M. Compulsive Buying and Psychiatric Comorbidity. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 51. 291-299. 2009.
23. Williams, AD; Grisham, JR. Impulsivity, Emotion Regulation, and Mindful Attentional Focus in Compulsive Buying. *Cognitive Therapy And Research*. 36. 451-457. 2012.
 24. Granero R, Fernández-Aranda F. Compulsive Buying Behavior: Characteristics of Comorbidity with Gambling Disorder. *Front. Psychol*. 7:625. 2016.
 25. Lee, S; Park, J; Lee, SB. The Interplay Of Internet Addiction And Compulsive Shopping Behaviors. *S Muller OCIAL Behavior And Personality*. 44. 1901-1912. 2016.
 26. Dell'Osso, B; Allen, A; Altamura, AC; Buoli, M; Hollander, E. Impulsive-compulsive buying disorder: clinical overview. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*. 42. 259-266. 2008.
 27. Mueller, A; de Zwaan, M. Treatment of compulsive buying, *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 76. 478-483, 2008.
 28. Vasiliu, O. Therapeutic management of buying/shopping disorder: A systematic literature review and evidence-based recommendations. *Frontiers In Psychiatry*. 13. 2022.
 29. Black, DW. A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*. 6. 14-18. 2007.
 30. Black, DW. Compulsive shopping: A review and update. *Current Opinion In Psychology*. 46. 2022.
 31. Mitchell, JE; Burgard, M; Faber, R; Crosby, RD; de Zwaan, M. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour Research And Therapy*. 44.1859-1865. 2006.
 32. Mueller, A; Mueller, U; Silbermann, A; Reinecker, H; Bleich, S; Mitchell, JE; de Zwaan, M. A randomized, controlled trial of group cognitive-behavioral therapy for compulsive buying disorder: Posttreatment and 6-month follow-up results. *Journal Of Clinical Psychiatry*. 69. 1131-1138. 2008.
 33. Muller, A; Arikian, A; de Zwaan, M; Mitchell, JE. group therapy versus guided self-help for compulsive buying disorder: A preliminary study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 20. 28-35. 2013.
 34. Kellett, S; Oxborough, P; Gaskell, C. Treatment of compulsive buying disorder: comparing the effectiveness of cognitive behavioural therapy with person-centred experiential counselling. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*. 49. 370- 384. 2021.
 35. Canas, E; Estevez, E. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. *European Psychiatry*. 39. 57-65. 2017.
 36. Black, DW; Repertinger, S; Gaffney, GR; Gabel, J. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: Preliminary findings. *American Journal Of Psychiatry*. 155. 960-963. 1998.

ADICCIÓN AL SEXO Y A LA PORNOGRAFÍA



ADICCIÓN AL SEXO Y A LA PORNOGRAFÍA

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

Pilar Blanco Zamora

María Miranda García Rovés

Cruz Rivas Reguero

CONCEPTO DE ADICCIÓN AL SEXO

La hipersexualidad consiste en pensamientos, mecanismos neurofisiológicos y necesidad imperiosa y en última instancia compulsiva de llevar a cabo conductas sexuales de forma recurrente. En términos generales sería un trastorno caracterizado por una conducta sexual reiterativa con fenómenos de tolerancia, abstinencia (con la retirada), y pérdida de la voluntad. Algunos clínicos ven el aumento del deseo sexual como algo "normal", es decir, los teóricos psicodinámicos lo consideran como una defensa del yo que en ocasiones alivia la ansiedad inconsciente arraigada en conflictos intrapsíquicos. La adicción al sexo, que afecta más a hombres, consiste en un exceso desbordante de deseos y de conductas sexuales que el sujeto se siente incapaz de controlar¹. No se debe confundir adicción al sexo ni hipersexualidad con hiperactividad sexual, ya que no todos los comportamientos sexuales no tradicionales que buscan placer concienzudamente son adictivos ni necesariamente problemáticos. Solo cuando el comportamiento se vuelve predominante y el control de la voluntad anulado,

la adicción puede estar presente.

El comportamiento sexual compulsivo se refiere a la participación anormalmente aumentada o extrema en cualquier actividad sexual. Incluye también conductas desviadas, entidades diagnosticables relacionadas con la impulsividad y síntomas obsesivos. Sería un fenómeno multidimensional que implica un aumento de la actividad sexual asociado a malestar y deterioro funcional. No obstante, varios autores² consideran que actualmente no hay suficientes datos que apoyen el comportamiento sexual compulsivo como una adicción conductual. Deben realizarse más investigaciones, examinando la fenomenología del Trastorno de Conducta Sexual Compulsiva (TCSB) como un constructo completo y basado en un criterio homogéneo.

En cuanto al mantenimiento de dicha conducta, todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos (la búsqueda de placer), pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos: el alivio de la tensión emocional. Se trata de conductas no deseadas -ahí está la diferencia con la promiscuidad o con el apasionamiento³.

A QUÉ FIN SIRVE LA SEXOADICCIÓN

La adicción al sexo, a diferencia de la hipersexualidad normal, se caracteriza porque la conducta no es tanto de búsqueda del placer sexual como tratar de reducir la ansiedad o tensión interna⁴. El sexo se convierte en un remedio para reducir el malestar emocional y la actividad sexual de forma obsesiva. De este modo, se utiliza el sexo como una estrategia de afrontamiento. Si se está eufórico, el cuerpo pide celebrarlo. Si se está desanimado, es una forma de animarse. A diferencia de otras adicciones, la sexual puede adoptar múltiples formas⁵: masturbación compulsiva, relaciones promiscuas breves con múltiples parejas, encuentros sexuales con personas desconocidas, frecuentación habitual de prostíbulos, uso de pornografía (vídeos, revistas, ciberporno), líneas telefónicas, incluso parafilias (exhibicionismo, sadomasoquismo).

TRASTORNO DE CONDUCTA SEXUAL
COMPULSIVA (TCSB) VS CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE PORNOGRAFÍA EN LÍNEA
(POPU)

Varios autores⁶ consideran que el consumo problemático de pornografía en línea (POPU) es el principal síntoma conductual del trastorno de conducta sexual compulsiva (TCSB) que mantiene características de la adicción, y que las intervenciones útiles para tratar las adicciones conductuales y a sustancias justifican la consideración para su adaptación y uso en el apoyo a individuos con TCSB y POPU. Los factores de riesgo consistentes incluyen trastornos comórbidos por uso de sustancias y una historia de abuso en la infancia. La neurobiología del POPU y el TCSB implica una serie de correlatos neuroanatómicos compartidos con los trastornos por consumo de sustancias establecidos, mecanismos neuropsicológicos similares, así como alteraciones neurofisiológicas comunes en el sistema de recompensa de la dopamina.

PREVALENCIA DE LA
ADICCIÓN AL SEXO

Según la Society for the Advancement of Sexual Health, son adictos al sexo entre el 3% al 6% de la población adulta estadounidense. En otro estudio epidemiológico¹⁰ llevado a cabo en Suecia el 12,1% de los hombres y el 6,8% de las mujeres podían calificarse como hipersexuales. En España se sitúa en torno al 5-6% de la población general, siendo tres veces más frecuente en varones que en mujeres. Las formas más frecuentes de conducta sexual en su forma compulsiva son: la masturbación (73%), la promiscuidad prolongada (70%), y la dependencia de la pornografía (53%)^{11,45,46}.

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Ítems	Ámbito
Adicción al sexo	Hypersexual Disorder Screening Inventory (HDSI; Kafka) ¹²	2010	7	trastorno hipersexual de acuerdo a los criterios del DSM-5, evalúa fantasías, impulsos y comportamientos sexuales así como la angustia e incapacidad que producen
Adicción al sexo	Sexual Compulsivity Scale (SCS; Kalichman et al.) ¹³	1995	10	compulsividad sexual: comportamiento sexual compulsivo, preocupaciones sexuales y pensamientos sexuales intrusivos
Adicción al sexo	Hypersexual Behavior Inventory (HBI; Reid et al.) ¹⁴	2011	19 ítems y 3 escalas	síntomas generales del sexo compulsivo
Adicción a la pornografía	Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS; Bøthe et al.) ¹⁵	2018	18 ítems y 6 escalas	uso problemático de la pornografía on line basado en los 6 componentes del modelo de adicción de Griffiths (2005) ¹⁶

Cuadro 1: Instrumentos de evaluación de la adicción al sexo y a la pornografía

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN AL SEXO

Disponemos del Sexual Addiction Screening Test, y el Sexual Addiction Screening Test-Revised (SAST-PL) como test de divulgación presente en numerosas páginas web. Otras escalas administradas por profesionales son: el Sexual Outlet Inventory, el Hypersexual Disorder Screening Inventory, Sexual Compulsivity Scale, Hypersexual Behavior Inventory, Compulsive Sexual Behavior Inventory e Internet Sex Screening Test. Ver cuadro 1.

Respecto al uso de la pornografía destacamos dos escalas: Problematic Pornography Use Scale (PPUS; Kor et al., 2014)¹⁷ que consta de 12 ítems y 4 escalas: angustia y problemas funcionales, consumo excesivo, dificultades de control y consumo para escapar/evitar emociones negativas. El ámbito de exploración es el uso problemático de la pornografía y la más utilizada Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS; Böhle et al., 2018)¹⁵ de 18 ítems y 6 escalas: saliencia, modificación del estado de ánimo, conflicto, tolerancia, abstinencia y recaída, cuyo ámbito de exploración es el uso problemático de la pornografía on line basado en los 6 componentes del modelo de adicción de Griffith (2005)¹⁶. Ver cuadro 1.

ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN AL SEXO

La etiología de la hipersexualidad es multifactorial con diagnósticos diferenciales que incluyen trastornos psiquiátricos mayores (por ejemplo, trastorno bipolar), efectos adversos de tratamientos (por ejemplo, tratamiento con levodopa), trastornos inducidos por sustancias (por ejemplo, consumo de sustancias anfetamínicas), trastornos neuropatológicos (por ejemplo, síndrome del lóbulo frontal), entre otros.

Numerosos neurotransmisores están implicados en su patogénesis, y la dopamina y la noradrenalina desempeñan un papel crucial en las vías neuronales de recompensa y en los circuitos neuronales del sistema límbico regulados emocionalmente⁵. También la serotonina, los andrógenos, así como el ambiente y entorno cultural y sociofamiliar de cada individuo en el cual integra el significado que atribuye a la sexualidad⁷.

El denominado ciclo de adicción sexual de Patrick Carnes explica cómo se llega a la adicción sexual desde el alivio de la ansiedad: 1) La ansiedad, el desamparo emocional se alivia temporalmente con la conducta sexual adictiva. 2) La ansiedad disminuye transitoriamente. 3) La adicción comporta un aumento de ansiedad, vergüenza y culpabilidad, por las conductas sexuales y las dificultades que ocasiona. 4) Las nuevas dificultades aumentan la necesidad de reducir la ansiedad. 5) La necesidad de reducir la ansiedad aumentada favorece la entrada en las conductas sexuales adictivas. 6) A medida que el trastorno progresa, estas actividades sexuales ya no bastan para calmar la ansiedad. 7) El fenómeno de "tolerancia" conduce a la búsqueda de conductas sexuales nuevas, cada vez más extremas o desviadas, que perturban gravemente la vida cotidiana. 8) El primer estadio consiste en conductas sexuales intensas masturbación excesiva, relaciones sexuales con sujetos consentidores, uso extendido de la pornografía. 9) En el siguiente nivel, pueden aparecer conductas más desviadas -las llamaríamos perversas-, como el exhibicionismo, el voyeurismo, la escatología. 10) En el tercer estadio, la adicción sexual podría dar lugar a actos criminales, como la violación y el incesto.

TRASTORNO DE CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA

El comportamiento sexual compulsivo (CSC) se caracteriza por cogniciones o comportamientos sexuales inapropiados o excesivos que provocan

malestar subjetivo o deterioro en uno o más ámbitos de la vida⁸ y consiste en una incapacidad persistente para controlar impulsos y/o pensamientos sexuales intensos y recurrentes, lo que da lugar a una conducta sexual repetitiva que provoca un marcado deterioro en áreas importantes del funcionamiento.

ETIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA

El comportamiento sexual compulsivo (CSC) suele comenzar al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta, se cree que es crónico o episódico y afecta principalmente a los hombres. El trastorno incluye formas patológicas y convencionales de comportamiento sexual. Son frecuentes los trastornos asociados al consumo de sustancias, el estado de ánimo, la ansiedad y la personalidad.

También están relacionados positivamente con la sociopatía rasgo, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, los síntomas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la compra patológica, las disfunciones sexuales, la psicopatología general, el abuso sexual infantil, mientras que están relacionados negativamente con la atención plena disposicional. Asimismo son frecuentes otros trastornos del control de los impulsos, y puede haber una asociación con el TDAH, incluso complicaciones médicas, como traumatismos genitales o enfermedades de transmisión sexual⁸.

Un metaestudio⁸ encontró que la edad más joven, la orientación sexual no heterosexual, el género masculino y estar soltero se asociaron con la hipersexualidad. La educación no fue un predictor significativo. Tanto el abuso sexual infantil y como el adulto predijeron la hipersexualidad tanto en hombres como en mujeres, aunque más intenso en varones.

DIFERENCIAS HOMBRE MUJER

El trastorno de conducta sexual compulsiva es más prevalente en hombres¹⁸, con una mayor tasa de conductas sexuales declaradas y puntuaciones más altas en los cuestionarios que miden los síntomas relacionados con dicho trastorno. El neuroticismo y la vulnerabilidad al estrés parecen desempeñar un papel más importante en la sintomatología del trastorno de conducta sexual compulsiva en las mujeres.

En general, las mujeres informaron consumir pornografía con menos frecuencia que los hombres y presentan tasas más bajas de sentir impulsos hacia estos materiales. No existen estimaciones precisas de la prevalencia o gravedad del trastorno de conducta sexual compulsiva entre las mujeres, y los estudios¹⁹ se han realizado principalmente en poblaciones no clínicas, lo que tiene una aplicación limitada para las mujeres diagnosticadas de conducta sexual compulsiva.

PREDICTORES DE CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA EN MUJERES

El consumo problemático de pornografía fue el factor predictivo más importante. Se observó una mayor gravedad de los síntomas de conducta sexual compulsiva entre las mujeres divorciadas/separadas y solteras en comparación con las que estaban casadas o mantenían una relación informal²⁰. La gravedad del CSC se relacionó positivamente con el número de parejas sexuales durante el último año, el número de relaciones sexuales diádicas durante los últimos 7 días, y se asoció negativamente con la edad de la primera relación sexual.

CONSECUENCIAS DE LA CONDUCTA SEXUAL COMPULSIVA

La vida sexual se vive en secreto y con culpa. La depresión, incluso con ideas de suicidio, está sumamente asociada a este tipo de conductas²¹. En cualquier caso, esta vorágine de sexo sin control conduce a un abandono de las obligaciones familiares, sociales y laborales con consecuencias físicas (enfermedades de transmisión sexual), psicológicas (sentimientos de culpa y vergüenza), sociales (ruptura matrimonial no deseada, daño a los hijos, autoestima devaluada, soledad, etc.) y laborales (pérdida de empleo, devaluación del estatus socioeconómico, etc.)

Los afectados tienen una mayor prevalencia de dependencia del alcohol (16,2%), abuso de alcohol (44%), trastorno depresivo mayor (39,7%), bulimia nerviosa (5,9%), trastornos de adaptación (20,6%) y abuso o dependencia de otras sustancias - principalmente cannabis y cocaína (22,1%)²¹. Como era de esperar, la prevalencia de diferentes trastornos psiquiátricos fue significativamente mayor entre los participantes sexualmente compulsivos, revelando patrones de comorbilidad con importantes implicaciones en la conceptualización, evaluación y tratamiento de los pacientes con CSC.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y COMPLICACIONES

Se ha demostrado la asociación con trastornos del ánimo (76-71%), sobre todo distimia, (53-55%), con abuso de sustancias psicoactivas, (46-40%), sobre todo alcohol, (40-30%), así como trastorno de ansiedad (46-38%), sobre todo fobia social, (31-21%). También se han encontrado antecedentes de TDAH en la infancia (17%), aunque este es mucho

más frecuente en las parafilias (50%). Los trastornos de personalidad más frecuentes son histriónico, paranoide, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo. No existen estudios prospectivos. Las complicaciones que la práctica sexual compulsiva puede implicar se asocian de manera directa con el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, así como la presencia de embarazos no deseados. A lo anterior se pueden añadir consecuencias legales, problemas de pareja y violencia doméstica¹¹.

TRASTORNOS ASOCIADOS

La depresión y la ansiedad son significativamente más frecuentes en esta población que en la general. Esta correlación es sin duda multidimensional, pero se sugiere que la compulsión sexual obra de factor causal que altera el humor provocando un efecto ansioso o depresivo en el sujeto. El déficit de atención e hiperactividad (TDAH) parece estar correlacionado con la adicción sexual. Se especula que la desregulación del impulso cataliza el acting-out del adicto al sexo. Ambos tienden a la búsqueda de sensaciones, comportamientos de alto riesgo, y bajo umbral para el aburrimiento. Incluso se ha encontrado la presencia de TDAH en la disposición del adicto al sexo para hacer frente a las conductas compulsivas^{22,23}.

TRATAMIENTO

Una proporción considerable de hombres y mujeres consideran que tienen un problema con la pornografía y una proporción aún mayor experimenta su comportamiento sexual como insuficientemente controlable. Para estas personas, la interacción entre los factores excitatorios e inhibitorios podría estar en desequilibrio. En este contexto, los correlatos biológicos son importantes, como los factores

sociales y las actitudes negativas hacia la pornografía y hacia la sexualidad²⁵.

Los pacientes con trastorno de conducta sexual compulsiva suelen consumir mucha pornografía y tener masturbación y/o promiscuidad que están fuera de control y provocan angustia y deterioro. Debe hacerse diagnóstico diferencial con síndromes neuropsiquiátricos que pueden presentar hipersexualidad como síntoma, como las lesiones del lóbulo frontal, trastornos psiquiátricos mayores, por ejemplo, trastorno bipolar, efectos adversos de tratamientos, por ejemplo, tratamiento con levodopa, trastornos inducidos por sustancias²⁶, como el consumo de derivados anfetamínicos, y ciertos trastornos comórbidos como la depresión²⁵. Numerosos neurotransmisores están implicados en su patogénesis, y la dopamina y la noradrenalina desempeñan un papel crucial en las vías neuronales de recompensa y en los circuitos neuronales del sistema límbico regulados emocionalmente. El manejo de la hipersexualidad viene determinado por el principio de causa effectu evanescent, si se tratan las causas, el efecto puede desaparecer²⁶.

Se ha invocado la desregulación de la emoción - comúnmente observada en individuos que sufren de comportamiento sexual compulsivo- como un elemento crucial de sus fracasos para hacer frente a los impulsos sexuales, pensamientos, impulsos, o conductas sexuales incontroladas resultantes. También de las comorbilidades comunes como el estado de ánimo, ansiedad y trastornos por uso de sustancias. La experiencia de abuso sexual infantil y los patrones de apego inseguro se consideran factores de riesgo tanto para la desregulación de la emoción como para el comportamiento sexual compulsivo²¹. La conducta sexual compulsiva se caracteriza generalmente por fantasías, impulsos y conductas sexuales recurrentes e intensas que provocan angustia a los individuos o perjudican su funcionamiento diario. Los fármacos y técnicas psicoterapéuticas que alivien estos síntomas pueden ser eficaces.

Entre las técnicas psicoterapéuticas se emplean las cognitivo-conductuales²⁸⁻³² (TCC), la psicoeducación³³, la terapia de aceptación y compromiso³⁴ (ACT), el mindfulness³⁷⁻³⁹, la terapia

marital³⁷, sexualcohólicos anónimos³⁸ y terapias basadas en los 12 pasos^{39,40}.

El antagonista opiáceo naltrexona se ha utilizado con éxito^{41,24} para tratar una serie de trastornos en los que los impulsos de participar en conductas problemáticas son una característica central, como el alcoholismo. Un estudio empleando naltrexona²⁸ redujo los impulsos y comportamientos asociados a la conducta sexual compulsiva si bien la muestra era solo de 19 pacientes que además tomaban otros psicofármacos.

También se recomienda la N-acetilcisteína (NAC), aminoácido que parece restaurar los niveles extracelulares de glutamato en el núcleo accumbens, que ha demostrado anteriormente su eficacia en el tratamiento de múltiples trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos por consumo de sustancias y las supuestas adicciones conductuales, como opción de tratamiento potencialmente prometedora y bien tolerada²⁷.

Diversos estudios indican que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina parecen el tratamiento farmacológico de primera línea para la adicción sexual^{26,42,45}. Otros agentes farmacológicos como los antiandrógenos y los agonistas de la LHRH reducen el deseo sexual⁴⁵. El tipo de medicación utilizada depende de la gravedad del trastorno parafilico y del riesgo respectivo de que el comportamiento ponga en peligro a otras personas. El tratamiento con análogos de la GnRH (o gonadolibarina) constituye el tratamiento más relevante para los pacientes con trastornos parafilicos graves⁴⁶, existiendo incluso algoritmos con diferentes niveles de tratamiento para diferentes categorías de parafilias^{37,47} y eventuales conductas de chemsex asociadas.

En síntesis, aunque ningún medicamento tiene indicaciones formales para el TCSC, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y la naltrexona constituyen actualmente los tratamientos farmacológicos más relevantes. En los casos de TCSC con trastornos parafilicos comórbidos, pueden estar indicados los agentes hormonales, para lo que hay que remitirse a las guías publicadas previamente sobre el tratamiento

de adultos con trastornos parafilicos³³.

En cada paciente, el enfoque terapéutico individualizado es multimodal e incluye psicofármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y la naltrexona, así como enfoques psicoterapéuticos específicos. Los abordajes psicoterapéuticos pueden basarse en el Modelo de Control Dual y en el Modelo del Punto de Inflexión Sexual²⁵.

Aunque no se han realizado estudios previos de terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento del trastorno hipersexual (TH), se ha encontrado que la TCC es efectiva para los estados de ánimo disfóricos y la impulsividad. Varios estudios^{29,30}, con 10 y 36 hombres respectivamente (el segundo a través de internet) diagnosticados de TH participaron en el programa grupal de TCC que pareció mejorar los síntomas del TH y, por lo tanto, podría ser una opción de tratamiento factible. Sin embargo, debido a las muestras pequeñas y la falta de un grupo de control, los resultados podrían considerarse solo preliminares.

Se cita como útil denominado Modelo Mindful de Salud Sexual ³⁵(MMSH) basado en mindfulness para el estrés, la adicción y las conductas sexuales compulsivas que incorpora elementos de las filosofías oriental y occidental que reconoce las diferencias individuales y proporciona herramientas y prácticas basadas en la atención plena para ayudar a las personas a gestionar, equilibrar y promover de forma proactiva la salud sexual y mental. En su estructura organizativa, el MMSH se divide en ocho dominios que están teóricamente vinculados a las funciones biológicas y pueden utilizarse para identificar y superar las barreras a la salud sexual a través de indagaciones conscientes en la práctica clínica o en entornos educativos.

Páginas web de interés:

<https://www.yourbrainonporn.com/es/relevant-research-and-articles-about-the-studies/>

<https://theconversation.com/comportamiento-sexual-compulsivo-un-trastorno-que-busca-la-serenidad-a-traves-del-descontrol-183895>

BIBLIOGRAFÍA

1. Zapf, J. L., Greiner, J., & Carroll, J. Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 15(2), 158–175. 2008.
2. Sassover, E; Weinstein, A. Should compulsive sexual behavior (CSB) be considered as a behavioral addiction? A debate paper presenting the opposing view. *Journal Of Behavioral Addictions*. 11. 166-179.2022.
3. Echeburúa, E. Libro ¿Adicciones sin drogas? Editorial Desclée de Brouwer. 1999.
4. Rory C. Reid, James M. Harper, Emily H. Anderson. Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. *Clinical Psychology Psychotherapy* 16- 125-128. 2009.
5. Asiff, M; Sidi, H; Masiran, R; Kumar, J; Das, S; Hatta, NH; Alfonso, C Hypersexuality As a Neuropsychiatric Disorder: The Neurobiology and Treatment Options *Current Drug Targets*. 19. 1391-1401. 2018.
6. Mauer-Vakil, D; Bahji, A. The Addictive Nature of Compulsive Sexual Behaviours and Problematic Online Pornography Consumption: A Review. *Canadian Journal Of Addiction*. 11. 42-51. 2020.
7. Cáceres J. La adicción al sexo. *Psicología conductual* 13 nº 3, pp 511-525. 2005.
8. Kuzma, JM; Black, DW. Epidemiology, Prevalence, and Natural History of Compulsive Sexual Behavior. *Psychiatric Clinics Of North America* 31. 2008.
9. Slavin, MN; Blycker, GR; Potenza, MN; Demetrovics, Z; Kraus, SW; Bothe, B. Gender-Related Differences in Associations Between Sexual Abuse and Hypersexuality. *Journal Of Sexual Medicine*. 17 2029-2038. 2020.
10. Långström, N., Hanson, R.K. High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors. *Arch Sex Behav* 35, 37–52. 2006.
11. Kurbitz, LI; Briken, P. Is Compulsive Sexual Behavior Different in Women Compared to Men? *Journal Of Clinical Medicine*. 10. 2021.
12. Kafka, MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behaviour*, 39: 377-400. 2010.
13. Kalichman, SC; Rompa, D. Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Reliability, Validity, and Predicting HIV Risk Behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 65: 586-602. 1995.
14. Reid, RC; Garos, S; Carpenter, BN. Reliability, validity and psychometric development of the hypersexual behavior inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 18: 30-51. 2011.
15. Böthe, B; Tóth-Király, I; Zsila, A.; GriffithsMD; Demetrovics, Z, Orosz, G. The development of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS). *Journal of Sex Research*, 0, 1-12. 2007.
16. Griffiths, MD. A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use* 10, 191-197. 2005.
17. Kor, A; Zilcha-Mano, S; Fogel, YA; Mikulincer, M; Reid, RC; Potenza, MN. Psychometric development of the problematic pornography use scale. *Addictive Behaviors*, 39: 861-868. 2014.
18. Kowalewska, E; Gola, M; Kraus, SW; Lew-Starowicz, M. Spotlight on Compulsive Sexual Behavior Disorder: A Systematic Review of Research on Women. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*. 16. 2025-2043-2020.
19. Kowalewska, E; Gola, M; Lew-Starowicz, M; Kraus, SW. Predictors of Compulsive Sexual Behavior Among Treatment-Seeking Women. *Sexual Medicine*. 10. 2022.
20. Earle, R. H., Earle, M. R., & Osborn, K. Sex addiction: Case studies and management. Brunner/Mazel. 1995.
21. Ballester-Arnal, R; Castro-Calvo, J; Gimenez-Garcia, C; Gil-Julia, B; Gil-Llario, MD Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive Behaviors*. 107. 2020.

22. Blankenship, R. y Laaser, M. *Sexual addiction and ADHD: Is there a connection?* *Sexual Addiction & Compulsivity*. 11, 7-20. 2010.
23. Reid, R. C. *Assessing readiness to change among clients seeking help for hypersexual behavior.* *Sexual Addiction and Compulsivity*. 14, 167-186. 2007.
24. Briken, P. *An integrated model to assess and treat compulsive sexual behaviour disorder.* *Nature Reviews Urology*. 17. 391-406. 2020.
25. Raymond, NC; Grant, JE; Coleman, E. *Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: A case series.* *Annals Of Clinical Psychiatry*. 22. 56-62. 2010.
26. Asiff, M; Sidi, H; Masiran, R; Kumar, J; Das, S; Hatta, NH; Alfonso, C. *Hypersexuality As a Neuropsychiatric Disorder: The Neurobiology and Treatment Options.* *Current Drug Targets*. 19. 1391-1401. 2018.
27. Blum, AW; Grant, JE. *N-acetylcysteine in the treatment of compulsive sexual behavior disorder: A case series.* *Journal Of Psychiatric Research*. 154. 203-206. 2022.
28. Savard, J; Oberg, KG; Chatzittofis, A; Dhejne, C; Arver, S; Jokinen, J. *Naltrexone in Compulsive Sexual Behavior Disorder: A Feasibility Study of Twenty Men.* *Journal Of Sexual Medicine*. 17. 1544-1552. 2020.
29. Malandain, Leo; Blanc, Jean-Victor; Ferreri, Florian; Thibaut, Florence. *Pharmacotherapy of Sexual Addiction.* *Current psychiatry reports*. 22. P30. 2020.
30. Kafka, M. *Psychopharmacologic treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors.* *CNS spectrums*. 5. 45-49. 2000.
31. Stein, D J; Hollander, E; Anthony, D T; Schneier, F R; Fallon, B A; Liebowitz, M R; Klein, D F. *Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias.* *The Journal of clinical psychiatry*. 53. 267-271. 1992.
32. Bradford, JMW. *The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour.* *Canadian Journal Of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*. 46. 26-34. 2001.
33. Thibaut, F; Cosyns, P; Fedoroff, JP; Briken, P; Goethals, K; Bradford, JMW. *The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders.* *World Journal Of Biological Psychiatry*. 21. 412-490. 2020.
34. Thibaut, F; De La Barra, F; Gordon, H; Cosyns, P; Bradford, JMW. *The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias.* *World Journal Of Biological Psychiatry*. 11. 604-655. 2010.
35. Turner, D; Briken, P; Grubbs, J; Malandain, L; Mestre-Bach, G; Potenza, MN; Thibaut, F. *The World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines on the assessment and pharmacological treatment of compulsive sexual behaviour disorder.* *Dialogues In Clinical Neuroscience*. 24. 10-69. 2022.
36. Hallberg, J; Kaldo, V; Arver, S; Dhejne, C; Oberg, KG. *A Cognitive-Behavioral Therapy Group Intervention for Hypersexual Disorder: A Feasibility Study.* *Journal Of Sexual Medicine*. 14. 950-958. 2017.
37. Blycker, Gretchen R; Potenza, Marc N. *A mindful model of sexual health: A review and implications of the model for the treatment of individuals with compulsive sexual behavior disorder.* *Journal of behavioral addictions*. 7. 917-929. 2018.
38. Neves, S. *A New Paradigm In The Treatment Of Compulsive Sexual Behaviours.* *Journal Of Sexual Medicine*. 19, 225-226. 2022.
39. Fraumeni-McBride, J. *Addiction and Mindfulness; Pornography Addiction and Mindfulness-Based Therapy Act.* *Sexual Addiction & Compulsivity-The Journal Of Treatment And Prevention*. 26, 42-53. 2019.
40. Schneider, JP; Irons, RR. *Assessment and treatment of addictive sexual disorders: Relevance for chemical dependency relapse.* *Substance Use & Misuse*. 36, 1795-1820. 2001.
41. Cohn, R. *Calming the tempest, bridging the gorge: healing in couples ruptured by sex addiction.* *Sexual And Relationship Therapy*. 29. 76-86. 2014.

42. Lew-Starowicz, M; Lewczuk, K; Nowakowska, I; Kraus, S; Gola, M. *Compulsive Sexual Behavior and Dysregulation of Emotion. Sexual Medicine Reviews.* 8. 191-205. 2020.
43. Efrati, Y; Gola, M. *Compulsive sexual behavior: A twelve-step therapeutic approach. Journal Of Behavioral Addictions.* 7. 445-453. 2018.
44. Hallberg, J; Kaldo, V; Arver, S; Dhejne, C; Piwowar, M; Jokinen, J; Oberg, KG. *Internet-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder, With or Without Paraphilia(s) or Paraphilic Disorder(s) in Men: A Pilot Study. Journal Of Sexual Medicine.* 17. 2039-2054. 2020.
45. Thibaut, F. *Pharmacological Treatments for Compulsive Sexual Behaviors Among Offending Individuals. Current Addiction Reports.* 10. 52-59. 2023.
46. Yaniv Efrati & Mateusz Gola. *Treating Compulsive Sexual Behavior. Current Sexual Health Reports.* 2018.
47. Antons, S; Engel, J; Briken, P; Kruger, THC; Brand, M; Stark, R. *Treatments and interventions for compulsive sexual behavior disorder with a focus on problematic pornography use: A preregistered systematic review. Journal Of Behavioral Addictions.* 11. 643-666. 2022.

ADICCIÓN A LA COMIDA



ADICCIÓN A LA COMIDA

Carlos Miguel Sirvent Ruiz

Pilar Blanco Zamora

María Miranda García Rovés

Cruz Rivas Reguero

CONCEPTO DE ADICCIÓN A LA COMIDA

La adicción a la comida (AC) se caracteriza por el consumo de alimentos apetitosos y por síntomas psicológicos y conductuales adictivos como el ansia, la tolerancia, el control limitado de la ingesta de sustancias y los síntomas de abstinencia¹. Estudios recientes han señalado la existencia de mecanismos neurobiológicos defectuosos compartidos, así como comorbilidades frecuentes entre la AC, los trastornos de la conducta alimentaria, del estado de ánimo, de ansiedad y relacionados con sustancias y adicciones.

En muchos casos la adicción a la comida se asocia a una obesidad que en países como EE. UU. se ha convertido en pandemia, y el costo anual de las enfermedades relacionadas y la pérdida de productividad ya supera los \$100 mil millones y sigue aumentando². Las investigaciones han demostrado que la obesidad causa cambios en el comportamiento y en el cerebro mismo que son muy similares a los cambios causados por las drogas de abuso. Si bien la adicción a la comida no es el agente causal de toda la obesidad, está claro

que muchas personas ya no comen para sobrevivir, sino que sobreviven para comer; de ahí la importancia del sistema de recompensa del cerebro en la ingesta de alimentos.

El concepto de adicción a la comida es un tema controvertido, que ha experimentado un aumento de interés durante los últimos cinco años. A pesar de haber mostrado similitudes neurobiológicas con las adicciones a sustancias, hasta el momento la AC carece de suficiente entidad diagnóstica. Conceptos afines son el trastorno por atracón y la bulimia nerviosa. Los alimentos más frecuentemente ingeridos por los AC serán los hidratos de carbono, azúcares y grasas³ (78,7-83,6 %).

La AC se considera un eslabón importante para comprender mejor los problemas psiquiátricos y médicos desencadenados por disfunciones de las conductas alimentarias, por ejemplo, la obesidad, el síndrome metabólico, el trastorno por atracón o la bulimia nerviosa. A nivel conductual, la AC presenta altos grados de similitud con otros trastornos alimentarios, un fenómeno que crea dificultades a la hora de encontrar criterios diagnósticos específicos. La AC también ha sido descrita como adicción a comer o dependencia de comer por varios investigadores, que ponían el énfasis en la conducta y no en la comida en sí. Los alimentos con alto contenido en sodio, los alimentos con sabores artificiales, los alimentos ricos en carbohidratos y los que contienen grasas saturadas son desencadenantes de la activación de las mismas vías neuronales, por lo que actúan de forma similar a cualquier droga de abuso. La AC se considera un trastorno basado en las consecuencias funcionales negativas, la angustia asociada y los riesgos potenciales tanto para el bienestar psicológico como para la salud física. A este respecto, varios autores⁴ apoyan la adicción a la comida como un constructo único consistente con los criterios de otros diagnósticos de trastornos por uso de sustancias. Las pruebas sugieren además que ciertos alimentos, en particular los procesados con edulcorantes y grasas añadidas muestran el mayor potencial adictivo.

Aunque tanto los factores conductuales como los relacionados con las sustancias están implicados en el proceso adictivo, los síntomas

parecen ajustarse mejor a los criterios del trastorno por uso de sustancias que a los de la adicción conductual. Al respecto, un grupo de investigadores⁵ critica el concepto adicción a la comida señalando que -tanto los datos sobre animales como los existentes sobre humanos- son coherentes con la existencia de una conducta alimentaria adictiva. En consecuencia, comer puede convertirse en una adicción en individuos predispuestos a ello en circunstancias ambientales específicas, llegando a la conclusión de que la adicción a la comida es un término erróneo debido a la ambigua connotación de un fenómeno relacionado con sustancias. En su lugar, proponen el término adicción a comer para subrayar la adicción conductual a comer.

PREVALENCIA DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA

Los metaanálisis aportan una prevalencia clínica⁶ de la adicción a la comida en torno al 16% y si va asociada a obesidad³ entre el 25-81 % de casos. Utilizando la Escala de Gravedad de la Adicción a la Comida de Yale se encontró desde una prevalencia moderada⁷ del 7,9% hasta una alta prevalencia de adicción a la comida en la población general, de hasta el 20% según una investigación metaanalítica⁸. Otro metaestudio de 272 trabajos con la Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS) indicó una prevalencia del 20% que fue mayor en individuos con diagnóstico clínico de atracones⁹.

Un macroestudio¹⁰ que incluía un total de 196.211 participantes predominantemente mujeres, con sobrepeso/obesidad (60%) determinó una prevalencia media de adicción a la comida del 19,9%. Se observó que el diagnóstico de adicción a la comida (AF) era mayor en adultos de más de 35 años, mujeres y participantes con sobrepeso/obesidad. Las principales modalidades de la adicción a la comida son los episodios bulímicos, las adicciones hiperfágicas y la adicción monoalimentaria.

La prevalencia en muestras clínicas fue mayor en comparación con muestras no clínicas. En

muestras clínicas es mucho más elevada: 83,6%; AN de tipo restrictivo (AN-R), 61,5%; AN de tipo atracón/purga (AN-BP), 87,9%; bulimia nerviosa (BN), 97,6%; y trastorno por atracón^{11,12}(BED), 93,3%.

La bulimia adictiva tiene una prevalencia puntual de 1% en la población femenina. Las adicciones hiperfágicas se asocian casi siempre con sobrepeso y siguen el modelo de comer con voracidad según tres modalidades: el tipo neurótico infantil, el tipo depresivo y el tipo ansioso/psicosomático¹³.

La prevalencia conjunta de adicción a la comida y consumo de sustancias¹⁴ es: tabaco 36%, cafeína 23,8% y alcohol 20%. Se observa una mayor prevalencia en las muestras exclusivamente femeninas y en las presentaciones de atracón-purga.

PREVALENCIA COMPARADA CON OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Otros estudios¹⁵ muestran que la prevalencia de la adicción a la comida en el trastorno por atracón es mayor que en otros trastornos alimentarios, excepto en la bulimia nerviosa. Además, es una realidad diagnóstica independiente y puede detectarse en personas sin enfermedad mental y en la población general.

El trastorno por atracón muestra una mayor comorbilidad con la adicción a la comida en comparación con otros trastornos alimentarios [anorexia nerviosa de tipo purgativo y de tipo restrictivo, pacientes obesos e individuos de la población general¹⁵ (tiene una prevalencia menor en comparación con la bulimia nerviosa)].

EVALUACIÓN DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA

La medida más empleada es la Escala de Gravedad de la Adicción a la Comida de Yale (YFAS), construida para coincidir con los criterios DSM para la dependencia de sustancias. Ver cuadro 1.

ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA

La patogenia de esta entidad es aún incierta, pero la disfunción de la recompensa, la impulsividad y la desregulación de las emociones se han considerado mecanismos básicos que desencadenan tanto las disfunciones alimentarias como las conductas adictivas. Los factores genéticos pueden estar implicados en esta dependencia, como moduladores del ansia por consumir más hidratos de carbono y grasas saturadas⁸.

CIRCUITOS DE RECOMPENSA

Los alimentos se consumen para mantener el equilibrio energético en niveles homeostáticos. Además, también se consumen alimentos apetecibles por sus propiedades hedónicas, independientemente del estado energético. Este consumo relacionado con la recompensa puede dar lugar a una ingesta calórica superior a las necesidades y se considera uno de los principales responsables del rápido aumento de las tasas de obesidad en los países desarrollados. En comparación con los mecanismos homeostáticos de la alimentación, se sabe mucho menos sobre cómo influyen los sistemas hedónicos del cerebro en la ingesta de alimentos¹⁶. Curiosamente, el consumo excesivo de alimentos apetitosos puede desencadenar respuestas neuroadaptativas en los circuitos cerebrales de recompensa similares a las de las drogas de abuso. Además, vulnerabilidades genéticas similares en los sistemas de recompensa cerebrales pueden aumentar la predisposición a la drogadicción y a la obesidad considerando las pruebas emergentes que sugieren que la obesidad y la drogadicción pueden compartir mecanismos hedónicos comunes.

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Items	Ámbito
Adicción a la comida	Yale Food Addiction Scale (YFAS; Gearhardt et al.) ¹⁷	2009	25	adicción a ciertos alimentos, utiliza criterios diagnósticos adaptados del trastorno por uso de sustancias de DSM-5
Adicción a la comida	Addiction-like Eating Behavior Scale (AEBS; Ruddock et al.) ¹⁸	2017	15 ítems y 2 escalas	impulso apetitivo y prácticas de control dietético
Adicción a la comida	Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS; Stice et al.) ¹⁹	2000	22 ítems	síntomas de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, basados en los criterios de DSM-5

Cuadro 1: Instrumentos de evaluación de la adicción a la comida

SIMILITUD ENTRE ADICCIÓN A DROGAS Y A SUSTANCIAS

La drogadicción y la obesidad parecen compartir varias propiedades. Ambas pueden definirse como trastornos en los que la importancia de un tipo específico de recompensa (comida o droga) se vuelve exagerada en relación con otras recompensas y a expensas de ellas. Tanto las drogas como la comida tienen potentes efectos reforzadores, mediados en parte por aumentos bruscos de dopamina en los centros de recompensa del cerebro²⁰. En individuos vulnerables, los aumentos bruscos de dopamina pueden anular los mecanismos de control homeostático del cerebro. Estos paralelismos han generado interés por comprender las vulnerabilidades compartidas entre la adicción y la obesidad. Como era de esperar, también han propiciado un acalorado debate. En concreto, los estudios de imagen cerebral están empezando a descubrir rasgos comunes entre estas dos afecciones y a delinear algunos de los circuitos cerebrales superpuestos cuyas disfunciones pueden subyacer a los déficits observados. Los resultados combinados sugieren que tanto las personas obesas como las drogodependientes sufren alteraciones en las vías dopaminérgicas que regulan los sistemas neuronales asociados no sólo con la sensibilidad a la recompensa y la motivación por incentivos, sino también con el condicionamiento, el autocontrol, la reactividad al estrés y la conciencia interoceptiva. Paralelamente, los estudios también están delineando diferencias entre ellos que se centran en el papel clave que las señales periféricas implicadas en el control homeostático ejercen sobre la ingesta de alimentos²⁰.

PERSONALIDAD PREVIA

La adicción a la comida se asocia a disfunciones en el circuito de recompensa, como la hiperreactividad durante la exposición a sabores ricos en calorías en individuos con sobrepeso y obesos. De forma similar a la adicción a las drogas,

también existe un deterioro del control autorregulador apoyado por la desregulación del circuito frontoestriatal²¹. La inclusión de medidas validadas de adicción a la comida en la investigación clínica, como la Escala de Adicción a la Comida de Yale, ha aumentado la comprensión de la utilidad clínica de este concepto. Además, la adicción a la comida, los trastornos alimentarios y la obesidad están interrelacionados. Por lo tanto, es importante reconocer la adicción a la comida entre los individuos afectados por la obesidad y los candidatos a la cirugía bariátrica (es decir, la evaluación preoperatoria y postoperatoria). En este contexto, se ha informado de que la adicción a la comida puede impedir la pérdida de peso y aumentar la probabilidad de recuperarlo cuando se asocia a rasgos de personalidad como el neuroticismo y la impulsividad, que también están relacionados con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y conductas adictivas.

FACTORES CONCURRENTES

La omnipresencia del estado de obesidad en Estados Unidos, Europa y otras regiones con economías desarrolladas se asocia a un importante impacto adverso en la salud pública. Numerosos datos indican que factores sociales, conductuales, neuroendocrinos y metabólicos pueden fomentar comportamientos alimentarios compulsivos, aumentando así el riesgo de obesidad. Varias condiciones patológicas se solapan con el exceso de peso. Entre las más comunes, se encuentran el trastorno por atracón (TAC) y la adicción a la comida (AF), que comparten varios aspectos neurobiológicos y conductuales con las adicciones a sustancias.

El TAC tiene muchas características en común con las conductas adictivas, como la pérdida de control y la necesidad de repetir con frecuencia el patrón disfuncional a pesar de las consecuencias negativas. La hipótesis de la adicción a la comida asume que la exposición a alimentos muy apetecibles altera los circuitos de recompensa del cerebro, dando lugar a un fenotipo conductual similar a la adicción a sustancias y facilitando conductas alimentarias disfuncionales, como las crisis de atracón²².

CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA

Los más frecuentes son el deterioro o malestar clínicamente significativo en relación con la comida, el ansia de comer y el deseo persistente o los intentos infructuosos repetidos de reducir la ingesta¹¹. El diagnóstico de adicción a la comida se asoció de forma independiente con tres variables: presencia de episodios recurrentes de atracones, gravedad del proceso y menor conciencia interoceptiva. Diversos autores²⁰ destacan síntomas depresivos, desregulación de las emociones, impulsividad e historia familiar de problemas de salud mental y adicción.

ADICCIÓN A LA COMIDA EN ADOLESCENTES

Estudios recientes sobre la adicción a la comida²¹ demostraron que era casi tan prevalente en adolescentes como en adultos, y se observaron correlaciones similares en ambas poblaciones. Las comparaciones entre grupos mostraron que los adolescentes con un alto nivel de síntomas de adicción a la comida presentaban significativamente más síntomas psicológicos (atracones, depresión, ansiedad, impulsividad) y más dificultades en el funcionamiento ejecutivo.

COMORBILIDAD CON OTRAS PATOLOGÍAS

Hay correlación entre la adicción a la comida y los atracones²⁵, la depresión y la ansiedad²⁴. Un estudio²⁶ muestra que la impulsividad disposicional, rutinariamente asociada con conductas de alto riesgo incluyendo el consumo adictivo de alcohol y drogas, puede ser un factor

de riesgo importante cuando se considera la tendencia a involucrarse en el consumo adictivo de alimentos. Un estudio con mujeres españolas²⁷ encontró mayores niveles de afecto negativo y depresión, mayor psicopatología general con patología alimentaria más grave y mayor índice de masa corporal.

Diferentes trastornos de la conducta alimentaria se asociaron con trastorno por uso de internet: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, preocupación por la comida, pérdida de control de la alimentación y hacer dieta²⁸. Entre los agentes favorecedores, la depresión resultó ser un mediador parcial en la relación entre la adicción a Internet y la bulimia²⁹.

TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COMIDA

La práctica basada en la evidencia en los trastornos alimentarios incorpora tres componentes esenciales: evidencia de investigación, experiencia clínica y valores, preferencias y características del paciente. La investigación actual respalda el uso de varios tipos de psicoterapias, incluidas las terapias cognitivo-conductuales, interpersonales y basadas en la familia, así como ciertos tipos de medicamentos para el tratamiento de los trastornos alimentarios³⁰. Al eventual uso de psicofármacos se debe añadir asesoramiento nutricional, psicoterapia y el tratamiento de las complicaciones médicas, cuando estén presentes.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

De un amplio metaestudio³¹, cinco estudios en adultos informaron una reducción significativa en los síntomas o el diagnóstico de adicción a la comida antes y después de la intervención. Las intervenciones eficaces incluyeron: medicación (combinación de naltrexona y bupropión, CRF

(hormona liberadora de corticotropina), cirugía bariátrica y modificación del estilo de vida.

Los trastornos de la conducta alimentaria más comúnmente tratados son: anorexia nerviosa [AN], bulimia nerviosa [BN] y trastorno por atracón²⁹ [BED]. En el ámbito psicofarmacológico se han estudiado muchos compuestos en la terapia de los trastornos alimentarios³²: antidepresivos (ADT, ISRS), antipsicóticos, antihistamínicos, agentes procinéticos, zinc, litio, naltrexona, hormona de crecimiento humano, cannabis, clonidina y alimentación por sonda; otros antidepresivos (ATC, ISRS, RIMA, IRN), antiepilépticos, ondansetrón, d-fenfluramina, litio, naltrexona, metilfenidato y fototerapia; baclofeno, orlistat, d-fenfluramina, naltrexona. En este estudio se encontró una evidencia de grado B para la AN. Para la olanzapina existe una evidencia de categoría grado B para el aumento de peso. Para los otros antipsicóticos atípicos hay evidencia de grado C. (Grados de evidencia según sistema GRADE). En BN con los antidepresivos tricíclicos existe una evidencia de grado A con una relación riesgo-beneficio moderada. Para la fluoxetina existe una evidencia de grado A con una buena relación riesgo-beneficio. Para el topiramato puede hacerse una recomendación de grado 2. En BED el empleo del ISRS sertralina y el antiepiléptico topiramato muestra una evidencia de grado A, con diferentes grados de recomendación.

Varias estrategias de tratamiento farmacológico se enfocan en cuatro conductas centrales del fenotipo de adicción, específicamente el craving a través del sistema opioide, impulsividad como rasgo de personalidad, compulsividad a través del sistema serotoninérgico y, por último, motivación a través del sistema dopaminérgico^{33,34}.

En cuanto a la existencia de posibles soluciones terapéuticas, la lorcaserina, con restricciones de indicación se usa la liraglutida, antidiabético parenteral empleado para la diabetes tipo 2. También los antagonistas opiáceos y los agentes antiadictivos se recomiendan para la obesidad y los trastornos alimentarios, y pueden utilizarse intuitivamente en la adicción a la comida, pero son necesarios ensayos clínicos para confirmar su eficacia^{25,35}.

Respecto al uso de estimulación magnética transcraneal (TMS) sobre la corteza prefrontal dorsolateral con la exposición a alimentos de realidad virtual (VR) para intervenciones terapéuticas para la adicción a los alimentos. Un estudio³⁶ -al parecer- ha demostrado ser una técnica válida para regular la ansiedad y el deseo de comer en la adicción a la comida. Según dicho estudio, la TMS modula los circuitos y redes implicados en los trastornos neuropsiquiátricos.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

La perspectiva nutricional no debe dejar de estar presente. Según un estudio³⁷ la evidencia emergente sugiere que puede haber un papel metabólico en el desarrollo de una alimentación desadaptativa en la que los carbohidratos ultraprocesados, refinados, o de alto índice glucémico son un posible desencadenante de respuestas neuroquímicas similares a la adicción. El modelo de obesidad de carbohidratos e insulina respalda las observaciones de estos alimentos que desencadenan picos anormales de azúcar en sangre e insulina que posteriormente conducen a cambios en la señalización metabólica y neurobiológica. Esto da como resultado síntomas de comer en exceso y exacerbación del hambre, lo que difiere de los efectos observados del consumo de grasas saludables y la falta de picos de insulina similares. Un estudio sobre un enfoque dietético cetogénico bajo en carbohidratos para tratar los atracones y la adicción a los alimentos ultraprocesados mediante una dieta baja en carbohidratos refinados, azúcar procesada y un mayor contenido de grasas muestra que ésta puede ser útil para aliviar los síntomas. También se ha recurrido a la reducción de la ingesta calórica mediante el cumplimiento de las sugerencias del menú de porciones controladas^{38,39}.

TRATAMIENTO PSICOFISIOLÓGICO

Varios estudios de técnicas de libertad emocional⁴⁰ (EFT), una técnica psicofisiológica breve, han indicado que puede ser un complemento prometedor a las intervenciones tradicionales para perder peso. El programa de tratamiento de EFT en línea estaba compuesto por siete módulos a lo largo del período de intervención de 8 semanas, al parecer mejorando puntajes significativamente reducidos para los antojos de alimentos (-28,2 %), el poder de los alimentos (-26,7 %), la depresión (-12,3 %), la ansiedad (-23,3 %) y los síntomas somáticos (-10,6 %) desde antes hasta después de la intervención y desde antes (línea de base) hasta los 2 años de seguimiento y puntuaciones significativamente mejoradas para la contención (+13,4 %). Se experimentaron mejoras adicionales para los antojos de carbohidratos y comida rápida entre los 6 meses y los 2 años. El índice de masa corporal y el peso disminuyeron significativamente desde antes del seguimiento hasta los 12 meses, aunque no hubo diferencias a los 2 años.

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

La mayoría de los estudios sobre tratamiento en adicción a la comida fueron de tipo piloto y de factibilidad con limitaciones que afectan las conclusiones, no encontrándose intervenciones psicosociales empíricamente respaldadas. Mientras tanto, se recomienda que los profesionales que tratan la adicción a la comida evalúen los trastornos alimentarios comórbidos y, si están presentes, primero brinden tratamientos basados en la evidencia para esas afecciones⁴¹.

Como en casi todas las adicciones comportamentales, la estrategia psicoterapéutica más empleada es la cognitivo conductual (TCC), estando su eficacia bien establecida⁴². No obstante, se han empleado otras técnicas: como la entrevista motivacional⁴³, técnicas de los 12 pasos⁴⁴, técnicas de liberación emocional⁴⁵ (LE), las cuales incluso se han comparado con terapia

cognitivo conductual⁴⁶. Resumimos una experiencia⁴⁷ por su interés. En concreto se comparó un programa de intervención de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Técnicas de Liberación Emocional (EFT) de ocho semanas, en el tratamiento de los antojos de alimentos en adultos con sobrepeso u obesos (N = 83). Se comparó la TCC administrada en grupo con la EFT administrada en grupo. El grupo de TCC no informó cambios significativos en las puntuaciones de ansiedad a lo largo del tiempo, pero la disminución de los síntomas de depresión antes y después de la intervención fue significativa y se mantuvo a los 6 y 12 meses. Las puntuaciones de ansiedad y depresión disminuyeron significativamente antes y después de la intervención para el grupo de EFT, y se mantuvieron a los 6 y 12 meses de seguimiento. Las puntuaciones somatomorfas disminuyeron significativamente desde la preintervención hasta todos los puntos de seguimiento para el grupo de TCC, mientras que el grupo EFT no informó cambios significativos en los síntomas somatomorfos. Los resultados también revelaron que EFT es capaz de producir reducciones en los síntomas de ansiedad y depresión, y puede ser comparable a los enfoques estándar de oro como la TCC.

Un metaanálisis⁴⁷ sobre tratamiento del trastorno por atracón (TA) incluyó 39 ensayos, la mayoría con terapia cognitivo-conductual. La psicoterapia interpersonal (IPT) produjo las tasas más altas de abstinencia. Los tratamientos grupales dirigidos por médicos produjeron estimaciones de abstinencia postratamiento (pero no de seguimiento) significativamente más altas que los tratamientos de autoayuda guiada. Los hallazgos mostraron que el 50% de los pacientes con TA no responden completamente al tratamiento.

Respecto a la eficacia de la biorretroalimentación y la neuroretroalimentación, aunque no se ha informado ningún efecto significativo para síntomas importantes relacionados con los TCA (es decir, alteración de la imagen corporal), las técnicas basadas en la retroalimentación se asocian con modificaciones significativas tanto de la reacción simpática a los estímulos relacionados con los alimentos como de la actividad cerebral en varias regiones del sistema de recompensa (por ejemplo, ínsula), por lo que dichas técnicas pueden

ser útiles en el tratamiento de varias conductas alimentarias disfuncionales que operan tanto en estrategias de afrontamiento individuales de arriba hacia abajo como de abajo hacia arriba⁴⁸.

Diversos autores^{49,50} recomiendan intervenciones multinivel que podrían combinar entrevistas motivacionales, terapias cognitivas conductuales y grupos de autoayuda.

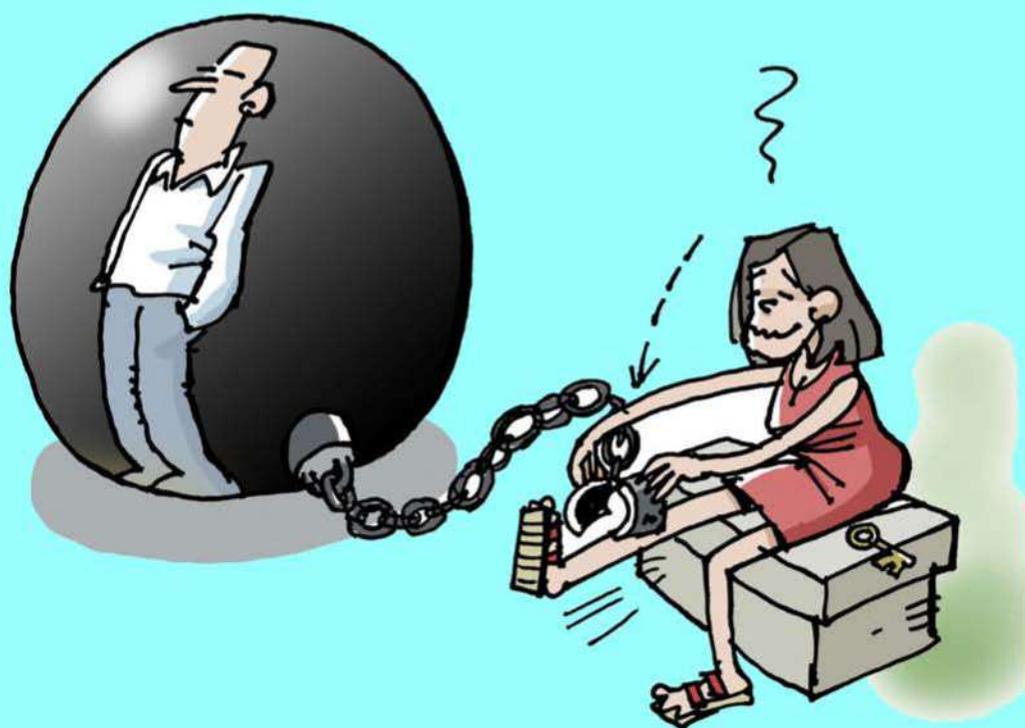
BIBLIOGRAFÍA

1. Piccinni, A; Bucchi, R; Fini, C; Vanelli, F; Mauri, M; Stallone, T; Cavallo, ED; Claudio, C. Food addiction and psychiatric comorbidities: a review of current evidence. *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia Bulimia And Obesity*. 26, 1049-1056. 2021.
2. Yarnell, S; Oscar-Berman, M; Avena, Nm; Blum, K; Gold, Ms. Pharmacotherapies for Overeating and Obesity. *Journal of genetic syndromes & gene therapy*. 4. 2017
3. Agüera Z.Wolz I. Sánchez I. Sauvaget A. Hilkerl. Granero R. Jiménez S. Fernández F. Adicción a la comida: Un constructo controvertido Food Addiction (FA): A controversial subject. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace Revista Iberoamericana de Psicosomática*. 2015.
4. Gordon, EL; Ariel-Donges, AH; Bauman, V; Merlo, LJ. What Is the Evidence for Food Addiction? A Systematic Review. *Nutrients*. 10, 2018.
5. Hebebrand, Johannes; Albayrak, Oezguer; Adan, Roger; Antel, Jochen; Dieguez, Carlos; de Jong, Johannes; Leng, Gareth; Menzies, John; Mercer, Julian G.; Murphy, Michelle; van der Plasse, Geoffrey; Dickson, Suzanne L. Eating addiction, rather than food addiction, better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*. 47 295-306. 2014.
6. Burrows, T; Kay-Lambkin, F; Pursey, K; Skinner, J; Dayas, C Food addiction and associations with mental health symptoms: a systematic review with meta-analysis *Journal Of Human Nutrition And Dietetics* 31 544-572. 2018.
7. Hauck, Carolin; Weiss, Annegret; Schulte, Erica Marla; Meule, Adrian; Ellrott, Thomas. Prevalence of 'Food Addiction' as Measured with the Yale Food Addiction Scale 2.0 in a Representative German Sample and Its Association with Sex, Age and Weight Categories. *Obesity Facts*. 10. 12-24. 2017.
8. Vasiliu, Octavian. Current Status of Evidence for a New Diagnosis: Food Addiction-A Literature Review. *Frontiers In Psychiatry*. 12. 2022.
9. Praxedes, Dafiny R. S.; Silva-Junior, Andre E.; Macena, Mateus L.; Oliveira, Ana Debora; Cardoso, Kamyla S.; Nunes, Lara O.; Monteiro, Maira B.; Melo, Ingrid Sofia V.; Gearhardt, Ashley N.; Bueno, Nassib Bezerra. Prevalence of food addiction determined by the Yale Food Addiction Scale and associated factors: A systematic review with metaanalysis. *European Eating Disorders Review*. 30. 85-95. 2022.
10. Pursey, Kirrilly M.; Stanwell, Peter; Gearhardt, Ashley N.; Collins, Clare E.; Burrows, Tracy L.. The Prevalence of Food Addiction as Assessed by the Yale Food Addiction Scale: A Systematic Review. *NUTRIENTS*. 6. 4552-4590. 2014.
11. Fauconnier, Marie; Rousselet, Morgane; Brunault, Paul; Thiabaud, Elsa; Lambert, Sylvain; Rocher, Bruno; Challet-Bouju, Gaele; Grall-Bronnec, Marie. Food Addiction among Female Patients Seeking Treatment for an Eating Disorder: Prevalence and Associated Factors. *Nutrients*. 12. 2020.
12. Sengor, Gulhan; Gezer, Ceren. Food addiction and its relationship with disordered eating behaviours and obesity. *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia Bulimia And Obesity*. 24. 1031-1039. 2019.
13. Alonso F. La adicción a la comida *Psicología Conductual*. 13, Nº 3. 383-394. 2005.
14. Bahji, A; Mazhar, MN; Hudson, CC; Nadkarni, P; MacNeil, BA; Hawken, E, Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 273. 58-66. 2019.
15. di Giacomo, Ester; Aliberti, Francesca; Pescatore, Francesca; Santorelli, Mario; Pessina, Rodolfo; Placenti, Valeria; Colmegna, Fabrizia; Clerici, Massimo. Disentangling binge eating disorder and

- food addiction: a systematic review and meta-analysis. Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia Bulimia And Obesity.* 27.1963-1970. 2022.
16. Gearhardt, Ashley N.; White, Marney A.; Masheb, Robin M.; Morgan, Peter T.; Crosby, Ross D.; Grilo, Carlos M. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder *International Journal Of Eating Disorders.* 45. 657- 663. 2012.
 17. Gearhardt AN; Corbin, WR; Brownell, KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52:430-436. 2009.
 18. Ruddock, HK; Christiansen, P; Halford, JCG; Hardman, CA. The development and validation of the Addiction-like Eating Behaviour Scale. *International Journal of Obesity*, 41(11): 1710-1717. 2017.
 19. Stice, E; Telch, CF; Rizvi, SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological Assessment* 12:123-131. 2000.
 20. Volkow, ND; Wang, GJ; Tomasi, D; Baler, RD. Obesity and addiction: neurobiological overlaps. *Obesity Reviews.* 14. 2-18. 2013.
 21. Florio, Ligia; Lassi, Dangelia L. S.; Perico, Cintia De Azevedo-Marques; Vignoli, Natalia G.; Torales, Julio; Ventriglio, Antonio; Castaldelli-Maia, Joao M. Food Addiction A Comprehensive Review. *Journal Of Nervous And Mental Disease.* 210. 874-879. 2022.
 22. Milano, Walter; Carizzone, Francesca; De Biasio, Valeria; Angela Mercurio, Maria; Francesca Milano, Maria; Saetta, Biancamaria; Capasso, Anna. Neurobiological Correlates Shared Between Obesity, BED and Food Addiction. *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets.* 2022.
 23. Wenzel, Kevin R.; Weinstock, Jeremiah; McGrath, Andrew B. The Clinical Significance of Food Addiction. *Journal Of Addiction Medicine.* 14. E153-E159. 2020.
 24. Rodrigue, C; Gearhardt, AN; Begin, C. Food Addiction in Adolescents: Exploration of psychological symptoms and executive functioning difficulties in a non-clinical sample. *Appetite.* 141. 2019
 25. Kenny, PJ. Reward Mechanisms in Obesity: New Insights and Future Directions. *Neuron.* 69. 664-679. 2011.
 26. Murphy, CM; Stojek, MK; MacKillop, J. Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and Body Mass Index. *Appetite.* 73. 45-50. 2014.
 27. Granero, R; Hilker, I; Aguera, Z; Jimenez-Murcia, S; Sauchelli, S; Islam, MA; Fagundo, AB; Sanchez, I; Riesco, N; Dieguez, C; Soriano, J; Salcedo-Sanchez, C; Casanueva, FF; De la Torre, R; Menchon, JM; Gearhardt, AN; Fernandez-Aranda, F. Food Addiction in a Spanish Sample of Eating Disorders: DSM-5 Diagnostic Subtype Differentiation and Validation Data. 22. 389-396. 2014.
 28. Hinojo F. et al Problematic Internet Use as a Predictor of Eating Disorders in Students: A Systematic Review and Meta-Analysis *Nutrients* 11, 2151; 2019
 29. Tao, ZhuoLi. The relationship between Internet addiction and bulimia in a sample of Chinese college students: depression as partial mediator between Internet addiction and bulimia. *Eating and weight disorders-studies on anorexia bulimia and obesity.* 18 233-243. 2013.
 30. Peterson, CB; Becker, CB; Treasure, J; Shafran, R; Bryant-Waugh, R. The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. *Bmc Medicine.* 14. 2016.
 31. Leary, M; Pursey, KM; Verdejo-Garcia, A; Burrows, TL. Current Intervention Treatments for Food Addiction: A Systematic Review. *Behavioral Sciences.* 11.2021.
 32. Aigner, M; Treasure, J; Kaye, W; Kasper, S. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Eating Disorders. *World Journal Of Biological Psychiatry.* 12, 400-443. 2011.
 33. Vella, SLC; Pai, NB. A narrative review of potential treatment strategies for food addiction. *Eating And Weight Disorders-*

- Studies On Anorexia Bulimia And Obesity.* 22. 387-393. 2017.
34. Yarnell, S; Oscar-Berman, M; Avena, Nm; Blum, K; Gold, Ms. *Pharmacotherapies for Overeating and Obesity. Journal of genetic syndromes & gene therapy.* 4. 2017.
 35. Vasiliu, O. *Current Status of Evidence for a New Diagnosis: Food Addiction-A Literature Review. Frontiers In Psychiatry.* 12. 2022.
 36. Stramba-Badiale, C; Mancuso, V; Cavedoni, S; Pedroli, E; Cipresso, P; Riva, G. *Transcranial Magnetic Stimulation Meets Virtual Reality: The Potential of Integrating Brain Stimulation With a Simulative Technology for Food Addiction. Frontiers In Neuroscience.* 14. 2020.
 37. Stapleton, P; Lilley-Hale, E; Mackintosh, G; Sparenburg, E. *Online Delivery of Emotional Freedom Techniques for Food Cravings and Weight Management: 2-Year Follow-Up. Journal Of Alternative And Complementary Medicine.* 26. 98-106. 2020.
 38. Batra, P; Das, SK; Salinardi, T; Robinson, L; Saltzman, E; Scott, T; Pittas, AG; Roberts, SB. *Relationship of cravings with weight loss and hunger. Results from a 6 month worksite weight loss intervention. Appetite.* 69. 2013.
 39. Schulte, EM; Joyner, MA; Potenza, MN; Grilo, CM; Gearhardt, AN. *Current Considerations Regarding Food Addiction. Current Psychiatry Reports.* 17. 2015.
 40. Burrows, T; Kay-Lambkin, F; Pursey, K; Skinner, J; Dayas, C *Food addiction and associations with mental health symptoms: a systematic review with meta-analysis Journal Of Human Nutrition And Dietetics* 31 544-572. 2018
 41. Dalai, SS; Sinha, A; Gearhardt, AN. *Low carbohydrate ketogenic therapy as a metabolic treatment for binge eating and ultraprocessed food addiction. Current Opinion In Endocrinology Diabetes And Obesity.* 27. 275-282. 2020.
 42. Linardon, J; Messer, M; Fuller-Tyszkiewicz, M- *Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials? International Journal Of Eating Disorders.* 51. 1303-13011. 2018.
 43. Knowles, L; Anokhina, A; Serpell, L. *Motivational interventions in the eating disorders: What is the evidence? International Journal Of Eating Disorders.* 46. 97-107. 2013.
 44. Trotzky, Arthur S. *The treatment of eating disorders as addiction among adolescent females. International journal of adolescent medicine and health.* Vpl 14. 269.274. 2002.
 45. Stapleton, P; Sheldon, T; Porter, B; Whitty, J. *A Randomised Clinical Trial of a Meridian-Based Intervention for Food Cravings With Six-Month Follow-Up. Behaviour Change.* 28. 1-15. 2011.
 46. Stapleton, P; Bannatyne, AJ; Urzi, KC; Porter, B; Sheldon, T. *Food for Thought: A Randomised Controlled Trial of Emotional Freedom Techniques and Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Food Cravings. Applied Psychology-Health And Well Being.* 8. 232-257. 2016.
 47. Linardon, J. *Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. International Journal Of Eating Disorders.* 51. 785-797. 2018.
 48. Imperatori, C; Mancini, M; Della Marca, G; Valenti, EM; Farina, B. *Feedback-Based Treatments for Eating Disorders and Related Symptoms: A Systematic Review of the Literature. Nutrients.* 10. 2018,
 49. Constant, A; Moirand, R; Thibault, R; Val-Laillet, D. *Meeting of Minds around Food Addiction: Insights from Addiction Medicine, Nutrition, Psychology, and Neurosciences. Nutrients.* 12. 2020
 50. Cassin, SE; Sijercic, I; Montemaranano, V. *Psychosocial Interventions for Food Addiction: a Systematic Review. Current Addictin Reports.* 7. 9-19. 2020.

DEPENDENCIA EMOCIONAL



DEPENDENCIA EMOCIONAL O AFECTIVA

María de la Villa Moral Jiménez

“Sigue a tu corazón, pero lleva siempre contigo a tu cerebro”

Alfred Adler

Sobre el amor desde el corazón

CONCEPTO DE DEPENDENCIA EMOCIONAL Y COADICCIÓN: AMOR PATOLÓGICO

El amor es el arquetipo sentimental por antonomasia, de modo que acciones tanto sublimes como reprobables son justificadas en aras del amor. Semejante sentido integrativo de la propia vida se sustenta en un cierto grado de interdependencia, dada la naturaleza eminentemente social de lo humano, de modo que en el estudio del fenómeno amoroso concurren dimensiones concretas de índole biológica, psicológica, histórica, discursiva, social y cultural.

Las emociones son concebidas como rasgos constitutivos, no de los individuos, sino de las relaciones. Ello representa el reconocimiento de una modulación social del fenómeno, ya que las

emociones son reformuladas intersubjetivamente y están influenciadas por la interrelación de factores que conforman un complejo entramado. A pesar de esto, se ha tendido a incurrir en múltiples reduccionismos al equiparar el amor con el amor romántico e incluso a este con el enamoramiento, la fase pasional y transitoria del amor con su perpetuación (patológica), la diversidad de sus manifestaciones con las distorsiones propias de los mitos románticos (media naranja, celos, omnipotencia, etc.), los vínculos que generan bienestar emocional con las relaciones pasionales tormentosas, así como las emociones positivas y las fortalezas con el menoscabo de la autoafirmación y la complacencia como reclamo, entre otras medias verdades que no hacen una verdad completa.

En la sociedad contemporánea se está creando una tendencia vincular de estilos relacionales y vitales interdependientes donde los contactos de interacción cara a cara y aquellos propios de interacción online pueden resultar perjudiciales para el desarrollo psicoemocional de la persona en la pareja. La importancia de satisfacer las necesidades afiliativas es un hecho constatado y estas actúan como base de la propia gregariedad. Sin embargo, en diversas circunstancias, algunos vínculos de apego e interaccionales devienen en patológicos al desvirtuarse los procesos subyacentes. En ocasiones, una suerte de ceguera patológica impide reconocer tal hecho, de modo análogo a aquel que miente y estará forzado a recrear mentiras verosímiles para sustentar la primera, aunque pueda derivar, finalmente, en autoengaño. En sentido estricto sostenemos que el amor no puede cuantificarse como tal, sino cualificarse. No se trata de un amor desmedido, ni de un querer demasiado, sino de un malquerer¹. En palabras de Erich Fromm² en *El arte de amar* (1959): “El amor infantil sigue el principio: ‘Amo porque me aman. El amor maduro obedece al principio: ‘Me aman porque amo’. El amor inmaduro dice: ‘Te amo porque lo necesito’. El amor maduro dice: ‘Te necesito porque te amo’”.

Amores obsesivos, tóxicos, anulantes, dañinos, dependientes, al fin y al cabo, podría ilustrarlos de este modo *desde el corazón*:

Te amo: enamoramiento

Decía aquel que "para soñar no hace falta cerrar los ojos, basta enamorarse". Este es tu caso, el de una mujer con el corazón anidado en él.

Me atrajo su iniciativa, su presencia, me embelesó con un gesto. Desarmó mis defensas, me entregué sin reservas.

Si como dicen, la felicidad es un soplo quiero que esta bocanada de aire no me abandone nunca, que se pose en mi ser y se mezcle con mi respiración para que en un solo palpitar -como cuando respiro, sin darme cuenta- sea feliz eternamente junto a él.

Te extraño: desencanto

Como decía el poeta "todo es según el dolor con que se mira". Ahí estás mujer, expectante, dueña de lo que callas y esclava de tus propias palabras increpantes, sola sin desearlo y feliz solo a ratos como en una apnea del sueño, con respiración entrecortada.

¡Qué ingenua! Pensé que la necesidad que siento sería correspondida, acrecentada, avivada y veo cómo él se me escapa de las manos, me domina y prefiero sus migajas a mi ración diaria de respeto.

A veces creo que se nos rompió el amor y la complicidad, pero no, como dice la canción, de tanto usarlo. A dentelladas me muerdo el alma y solo hallo bocados de amor entregados con pena al perrillo que lame al dueño.

Te necesito: dependencia

Alguien dijo con sarcasmo que el matrimonio es un don que el hombre le concede a la mujer, la cual nunca le perdona por ello. Mírate mujer, aquella lozanía se mustia por momentos, aquella independencia se torna sumisión. Sus desplantes te dejan desamparada.

Le hice una y otra vez chantaje emocional. Le prometí que no lo agobiaría... pero en su ausencia sufro, en su presencia le grito, e increpo, interrogo y condeno sin que merezca el beneficio de la duda. Necesito creer en él.

Lo amo dolorosamente.

Ni contigo ni sin ti: Falso dulce tormento

Un filósofo dijo: "Vive como si fueras a morir mañana, pero piensa en vivir para siempre". Y ahí estás malviviendo, convertida en una caricatura de lo que fuiste. En momentos de lucidez te corroes cuando piensas en que sólo pides clamorosamente amor al que sigues llamando equivocadamente "el hombre de tu vida" ...

Son las dos de la madrugada, le he llamado una y otra vez. Intento apresar el tiempo, pero pasa lánguidamente. Hoy más que nunca me siento morir por dentro. Algún día no aceptaré más sus disculpas, sus llantos y promesas de cambio.

Si sigo así se me romperá el corazón. Como en una premonitoria frase cuántas veces mi padre dijo: "Esta niña tiene demasiado corazón...".

Sobre el amor desde la razón

DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA EMOCIONAL O AFECTIVA Y COADICCIONES (CODEPENDENCIA Y BIDPENDENCIA)

Conductas tan cotidianas como amar se pueden convertir en patológicas por el uso desadaptativo y disfuncional de las mismas, así como por toda la clínica implicada, teniendo en cuenta que los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia. Los aspectos cualitativos del vínculo patológico junto a criterios tales como la intensidad, la frecuencia y el grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales suponen algunos indicadores básicos que podrían transformar una conducta normal placentera en comportamiento adictivo.

Las *Dependencias Relacionales* (D. R.) se definen como trastornos caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente con relación al sujeto del que se depende¹⁻³. Se incide en la disfuncionalidad de los vínculos, las relaciones desadaptativas, el patrón crónico de demandas afectivas frustradas, la intensidad de los afectos, la asimetría de la relación o la necesidad cronificada del otro como principales descriptores sintomáticos de una dependencia relacional.

De acuerdo con la clasificación propuesta por Sirvent¹ se distingue entre las *Dependencias Sentimentales* como dependencias relacionales genuinas (Dependencia Emocional, Adicción al Amor y Dependencias Atípicas), esto es, con identidad propia, y las mediatizadas calificadas como *Coadicciones* (Codependencia y Bidependencia), que se consideran como secundarias a trastornos adictivos, así como las

La *Dependencia Emocional* (D.E.) o *Afectiva* (D.A.) se describe⁴ como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas, que buscan desesperadamente satisfacerse mediante relaciones interpersonales de apego patológico. Supone un comportamiento desadaptativo contingente a una interrelación afectivo-dependiente. La perpetuación del enamoramiento, concebido como una fase pasional y transitoria del amor, conduce a una dependencia amorosa claramente patológica, generadora de sufrimiento excesivo para el sujeto y los principales implicados en la relación⁴. De este modo, la dualidad *craving-sumisión* se valora como indicador de psicopatología asociada a la dependencia afectiva patológica, tanto de forma directa como indirecta a través de los síntomas ansiedad y depresión.

La *Codependencia* (CDP) se describe como el síndrome de cuidador-heterocontrolador, esto es, como un estilo de relación donde la pareja del adicto (alcohólico o adicto a otras sustancias

DEPENDENCIAS RELACIONALES

I. DEPENDENCIAS SENTIMENTALES (reactivas)

- ⇒ Adicción al amor (rasgo)
- ⇒ Dependencia emocional o afectiva (estado)
- ⇒ Atípicas (apego ansioso, sociotropía, etc.)

II. COADICCIONES (caracteropáticas)

- ⇒ Codependencia
- ⇒ Bidependencia

III. DEPENDENCIAS SITUACIONALES (reactiva, caracteropática e incluso psicótica)

Cuadro I. Clasificación de las Dependencias Relacionales (D.R.). Fuente: Sirvent (2004).

Dependencias Situacionales (véase Cuadro 1).

psicoactivas) o del paciente de enfermedades

crónicas desarrolla un modo de vida que gira alrededor de la persona que cuida. La presencia del prefijo latino *co* denota simultaneidad y coincidencia temporal en la relación funcional instaurada, en opinión de Pérez y Goldstein (1992). Se trata de una coadición con raíz caracteropática caracterizada por una difusión de la identidad propia, una focalización en el otro y una tendencia a ejercer sobrecontrol respecto a la persona de la que se depende.

La Bidependencia (BDP), según Sirvent (1994), representa un hábito relacional acomodaticio típico de un adicto o exadicto a sustancias con un comportamiento subsumido al primariamente adictivo fruto de un aprendizaje sociopático, por lo común intenso, y que condiciona el quehacer del afectado y probablemente el de la persona o personas involucradas.

PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL

Las dependencias sentimentales son un fenómeno con entidad propia y diferenciada que afecta a alrededor de un once por ciento de la población³, si bien son escasos los estudios de prevalencia contrastados. A título meramente orientativo ciertos autores⁵ la estiman entre el 3 y el 6 %. En concreto, en el caso de la dependencia afectiva, en un estudio propio⁴, encontramos un 4.56 %.

EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL

Estos trastornos constituyen una problemática evaluada y tratada en la clínica diaria, aunque su entidad diagnóstica se ve dificultada tanto por la ausencia de reconocimiento como tal en los manuales diagnósticos^{6,7} al uso (DSM-5 o CIE-11) como por el desconocimiento del problema nuclear por parte de los propios dependientes. A ello se suma el hecho de que los profesionales de

la salud implicados en su abordaje comprehensivo (terapeutas de pareja, psicólogos, psiquiatras, expertos en adicciones, etc.) pueden centrar su atención, bien en la reacción individual (depresión), bien en la frustración sentimental (estado de) y no en el núcleo adictivo del sujeto (rasgo) que propiciará sucesivos conflictos o evolucionará hacia un proceso todavía más diferenciado como, por ejemplo, un trastorno obsesivo.

El *Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales* I.R.I.D.S.-100 IRIDS-100 de Sirvent y Moral (2018)⁸, basado en el *Test de Dependencias Sentimentales* (Sirvent y Moral, 2007)⁹, evalúa dependencia sentimental y coadicciones: dependencia afectiva o emocional, codependencia y bidependencia. Según la estructura factorial el IRIDS-100 está integrado por siete dimensiones (*triada dependiente, acomodación, autoengaño, sentimientos negativos, identidad y fuerza del ego, antecedentes personales y triada codependiente*) y veintitrés factores sindrómicos.

Entre los principales instrumentos que miden *dependencia afectiva* encontramos el IDI (*Interpersonal Dependency Inventory*) de Hirschfeld et al. (1977)¹⁰ que evalúa la dependencia desadaptativa, así como la escala PLS (*Passionate Love Scale*) de Hatfield y Sprecher (1986)¹¹ mediante la que se evalúa el límite entre amor pasional y adictivo.

Específicamente, la *dependencia afectiva patológica* es evaluada mediante la *Escala de Dependencia Afectiva Patológica* (PAD-9) de Sirvent et al. (2022)⁴ centrándose en los constructos 'craving' (necesidad imperiosa del otro con la presencia de estados perturbadores) y 'sumisión' Sumisión (adaptación, acomodación y subyugación) como síntomas que advierten de una psicopatología acompañante, subyacente o emergente; de situaciones donde la sumisión y/o el craving se espera representen un problema, por ejemplo, maltrato, conflictividad y patología relacional diversa.

Con relación a la *Codependencia* algunas de las escalas de mayor interés diagnóstico e investigador son el SF-CDS (*Test de Spam – Fischer*, 1996), así

como el *Codependent Questionnaire* (CdQ) (Roehling y Gaumont, 1996)¹² o el *Codependency Assessment Tool* (CODAT) (Hughes-Hammer et al., 1998)¹³, entre otros. En concreto, este instrumento consta de tres subescalas: *a) Focalización en el Otro / Negligencia de sí mismo*, que incluye comportamientos sobre los grados en los que los sujetos establecen límites en sus relaciones con otras personas, en cuestiones tales como la expresión de afecto, interés y preocupación por los problemas de los otros con descuido de sus propios objetivos, preocupaciones e intereses; *b) No Afrontamiento*, mediante los que se evalúan los comportamientos que revelan incapacidad o dificultad para reconocer o expresar los sentimientos y emociones y, finalmente, *c) Sobrecontrol*, referido a conductas mediante las que se ejerce una influencia impositiva directa y constante sobre las emociones, decisiones y comportamientos de la persona con quien se tiene un vínculo significativo.

Por su parte, en la *Escala de Codependencia* del citado IRIDS-100⁸ se obtiene en la estructura factorial un macrofactor sindrómico priorizado que se denomina *Heterocontrol* o *Triada Codependiente* integrado por tres factores sintomáticos: *a) Orientación rescatadora* mediante la que se experimenta la necesidad de ayudar

intentando resolver los problemas del familiar-problema, *b) Sobrecontrol/ hiperresponsabilidad* caracterizado por intentos (fallidos o no) de controlar al sujeto del que se depende con la asunción excesiva de responsabilidades y, por último, *c) Focalización en el otro* que consistiría en centrar en el sujeto del que se depende toda la atención personal, incluso descuidando las propias necesidades. En la tabla 1, una selección de pruebas evaluativas.

ETIOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL

A nivel etiológico, específicamente en el caso que nos ocupa de la Dependencia Emocional y las Coadicciones, evaluamos indicadores tales como:

- ⇒ la necesidad del otro/a de manera imperiosa y acuciante, con subordinación volitiva;
- ⇒ manifestaciones de *abstinencia* (sufrimiento devastador en caso de ruptura o ausencia) y

Tipo de adicción	Prueba y autor	Año	Items	Ámbito
Dependencia afectiva	Passionate Love Scale (PLS; Hatfield & Sprecher)	1986	30 ítems	Amor pasional y adictivo
Dependencia afectiva	Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales IRIDS-100 de Sirvent y Moral	2018	100 ítems y 7 factores	Dependencia afectiva, codependencia y bidependencia
Dependencia afectiva	Interpersonal Dependency Inventory (IDI; Hirschfeld et al., 1977). 48 ítems	1977	48	Dependencia desadaptativa

Tabla 1: Pruebas que evalúan las dependencias sentimentales

- craving* (anhelo de estar en pareja), indicativas del carácter toxicofílico del vínculo;
- ⇒ la búsqueda de nuevas sensaciones descrita como la necesidad de estímulos y experiencias nuevas o intensas al objeto de alcanzar un nivel óptimo de excitación;
 - ⇒ la acomodación situacional ante una situación relacional que requeriría de un posicionamiento activo;
 - ⇒ la necesidad de la aprobación de los demás y una preocupación excesiva por agradar a la persona de la que se depende;
 - ⇒ el autoengaño como incapacidad del sujeto para darse cuenta de los efectos adversos de la relación;
 - ⇒ el empleo de la manipulación y de estrategias de negación y no afrontamiento;
 - ⇒ la recreación de sentimientos negativos e inescapabilidad emocional con vivencia autodestructiva asociada a la relación;
 - ⇒ el asimétrico intercambio recíproco de afecto asociado a un persistente vacío emocional;
 - ⇒ la adopción de posiciones subordinadas en las relaciones, asociadas a una progresiva autoanulación personal, una empobrecida autoestima y un autoconcepto negativo;
 - ⇒ la manifestación de sentimientos de desvalimiento emocional y un estado de ánimo medio disfórico con oscilaciones en función de la propia evolución de su situación interpersonal;
 - ⇒ conflictos identitarios y en los límites relacionales, control y dominio y juegos de poder;
 - ⇒ antecedentes personales de acontecimientos vitales que influyan en su devenir psicológico, y,

⇒ factores de heterocontrol (orientación rescatadora, sobreprotección con pseudoaltruismo y abnegación; sobrecontrol y focalización en el otro/autodescuido), como indicadores básicos de primer orden.

Nuestra propuesta etiológica de los citados trastornos se articula en torno a tres componentes generales:

1º) *Adictofílicos* (que asemejan al dependiente afectivo a un adicto convencional): 1.a) Necesidad afectiva extrema con subordinación sentimental, 1.b) Vacío emocional, 1.c) Craving, 1.d) Síntomas de abstinencia en su ausencia, 1.e) Búsqueda de sensaciones.

2º) *Vinculares* (patología de la relación): 2.a) Apego invalidante con menoscabo de la propia autonomía, 2.b.) Rol ejercido (subordinado o antidependiente, sobrecontrol, pseudoaltruismo, orientación rescatadora, juegos de poder), 2.c) Estilo relacional (acomodación al status patológico) y, finalmente,

3º) *Cognitivo-afectivos* (psicopatología asociada): 3.a) Mecanismos de negación y autoengaño, 3.b) Sentimientos negativos (inescapabilidad emocional, abandono, culpa) y 3.c) Integridad del yo (asertividad, límites, egotismo).

Relacionado con lo anterior se incide en la manifestación de *Problemas emergentes*, esto es, síntomas que el sujeto percibe y por los que suele pedir ayuda a los profesionales, tales como: depresión adaptativa, trastorno de ansiedad con inseguridad, obsesividad, duelo no resuelto, etc.

PSICOPATOLOGÍA DE LAS DEPENDENCIAS SENTIMENTALES

DEPENDENCIA EMOCIONAL O AFECTIVA

Algunas de las características descriptoras más destacadas¹⁴ de la dependencia emocional o afectiva serían: *a)* la posesividad y el desgaste energético psicofísico intenso, *b)* la incapacidad para romper ataduras, *c)* el amor condicional (dar para recibir), *d)* la pseudosimbiosis (no estar completo sin el otro), *e)* autoengaño, *f)* el desarrollo de un locus de control externo, *g)* la elaboración de una escasa o parcial del problema, *h)* la voracidad de cariño/amor, *i)* la antidependencia o hiperdependencia del compromiso y, finalmente, *j)* la experimentación de desajustes afectivos en forma de sentimientos negativos (culpa, vacío emocional, miedo al abandono) (véase Cuadro 2). Teniendo en cuenta las diferencias conceptuales entre el amor romántico y la dependencia afectiva, proponemos una descripción clínica multiaxial de la

criterios: *a)* criterios adictivos: necesidad afectiva extrema con subordinación sentimental, vacío emocional, craving o anhelo intenso por la pareja y síntomas de abstinencia en ausencia de la misma; *b)* criterios vinculares (patología de la relación): estilo relacional acomodación al estado patológico, y apego invalidante con menoscabo de la propia autonomía; y *c)* criterios cognitivo-afectivos (psicopatología asociada): mecanismos de negación y autoengaño, y sentimientos negativos (inescapabilidad emocional, abandono, fracaso y culpa).

A pesar de la dificultad de concretar los rasgos diferenciadores de un perfil-tipo al uso, lo cual es sumamente controvertido en modelos etiológicos con base adictiva, se exponen algunos rasgos diferenciadores¹⁵⁻¹⁶, tales como los relativos a la constatación de que los dependientes afectivos suelen ser personas vulnerables emocionalmente que manifiestan una ceguera hacia el otro, lo cual se podría explicar por la conjunción de ilusiones y/o atribuciones, hedonismo, y expectativas que van desarrollando los dependientes emocionales. Asimismo, tienden a elegir parejas explotadoras, muestran complacencia del inagotable narcisismo de sus parejas el cual asumen siempre y cuando sirva para preservar su relación. Pueden poseer una personalidad autodestructiva y una pobre

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL

- Posesividad y desgaste energético psicofísico intenso
- Incapacidad para romper ataduras
- Amor condicional (dar para recibir)
- Pseudosimbiosis (no estar completo sin el otro)
- Autoengaño
- Locus externo (la solución está fuera)
- Conciencia escasa o parcial del problema
- Voracidad de cariño, de amor
- Antidependencia o hiperdependencia del compromiso
- Sentimientos negativos (culpa, vacío, miedo al abandono)

Cuadro 2. Características de la Dependencia Emocional.
dependencia afectiva que incluye los siguientes

autoestima.

Los dependientes emocionales tienden a sufrir excesivas preocupaciones relativas a la anticipación de una posible separación de sus parejas (abstinencia y craving), suelen soportar desprecios y humillaciones, no reciben verdadero afecto y tienden a experimentar un estado de ánimo medio disfórico y/o sentimientos de vacío e inestabilidad emocional. Respecto a antecedentes familiares pueden sufrir o haber sufrido en el seno familiar maltrato emocional y/o físico, como principales criterios descriptores.

Por lo que respecta al perfil del objeto de elección, los dependientes emocionales buscan una persona que ejerza una posición dominante en la pareja, las cuales suelen ser personas narcisistas, con férrea autoestima, manipuladoras y explotadoras; desarrollan escasa empatía y afecto, creen que poseen privilegios y habilidades fuera de lo común y, son individuos seguros de sí mismos, lo cual ejerce un estado de fascinación sobre los dependientes afectivos.

CODEPENDENCIA

En virtud de sus manifestaciones etiopatogénicas¹⁷ y perfil sindrómico, la codependencia podría ser considerada: *a)* ya sea como una enfermedad primaria que afecta a un sistema familiar con un miembro con adicción o enfermedad crónica que agudiza la disfuncionalidad del sistema intrafamiliar a causa de la dependencia relacional desarrollada; *b)* la manifestación de comportamientos propios de un trastorno de personalidad de un sujeto dependiente emocionalmente respecto al familiar adicto, o, finalmente, *c)* la conducta desarrollada por una persona normal que trata de sobrellevar un acontecimiento vital estresante con la consiguiente sobre implicación en el intento de resolución del conflicto familiar.

Como principales signos patognomónicos comunes que contribuyen a la descripción clínica y psicosocial de este trastorno destacan los conflictos en las relaciones afectivas y los tratos disfuncionales que afectan al ámbito emocional, así como a la propia convivencia y desenvolvimiento de la vida familiar. Son características propias de la codependencia la falta de identidad propia del codependiente, así como la confusión entre lo que se siente, se necesita y se desea, cursa con autonegligencia e implicaría el deseo de mantener la imagen o status, lo cual

CARACTERÍSTICAS DE LA CODEPENDENCIA

- Ejercicio del rol de redentor / cuidador / sobreprotector / hiperresponsable del sujeto del que se depende
- Focalización en el otro
- Autoengaño (mecanismos de negación)
- Autonegligencia, descuido de sí mismo por focalizar en el otro todo el interés personal
- Límites del yo desdibujados.
- Posesividad y desgaste energético psicofísico intenso

Cuadro 3. Características de la Codependencia.

encubre una baja autoestima (Sirvent, 2006).

Su vida relacional se focaliza alrededor del otro, asumiendo un rol sobreprotector que le menoscaba y puede conducirle a la autonegligencia con supeditación a las necesidades percibidas del otro y desdibujamiento de los propios límites del Yo, convirtiéndose en su cuidador mediante un comportamiento proteccionista e hiperresponsable (véase Cuadro 3).

BIDEPENDENCIA

La Bidependencia es una coadición propia de una doble dependencia, afectiva y a sustancias psicoactivas, que se caracteriza por la inhibición de la propia autonomía y la delegación de la toma de decisiones en la persona con la que se establece un apego patológico, la búsqueda obsesiva de la

intenso o anhelo del otro/a o de las sensaciones emociones que se experimenta junto a dicha persona) y *abstinencia* (sufrimiento intenso en ausencia del otro/a con síntomas deprivativos), así como frecuentes sentimientos de vacío, sensación de inescapabilidad emocional y tropismo hacia relaciones intensas e incluso peligrosas, como principales características descriptivas patognomónicas.

Entre las características de primer orden de la bidependencia clínica¹⁶ destacan las siguientes: a) Capacidad de decisión disminuida (pasividad); b) dependencia emocional; c) reiteración; d) necesidad del otro; e) falta de conciencia del problema; f) sentimientos de vacío y, entre otras, g) sociopatía bidependiente con síntomas tales como manipulación, búsqueda de sensaciones, parasitismo, anormatividad, egotismo y dominación. La modalidad de dependencia relacional viene dada por la naturaleza del vínculo que establecen las personas en la que una de ellas deposita en la otra la toma de decisiones,

CARACTERÍSTICAS DE LA BIDEPENDENCIA

- Falta de conciencia real del problema.
- Inhibición de la propia autonomía y delegación de la toma de decisiones.
- Búsqueda de sensaciones en la pareja parecida a la que se buscaba con la droga
- El vínculo con el otro es similar al nexo con la droga. El sujeto del que se depende es así una transustanciación de la relación con la droga.
- Búsqueda obsesiva de la pareja, minimizando, obviando u ocultando sus defectos a la vez que destacando que dicha persona es la única que le estimula como el bidependiente quiere.
- Frecuentes sentimientos de vacío, sensación de inescapabilidad y tropismo hacia relaciones intensas, incluso peligrosas.

Cuadro 4. Características de la Bidependencia.

pareja con la tendencia a minimizar u ocultar sus defectos a la vez que se destaca la hiperestimulación que le ofrece al bidependiente con manifestación de *craving* (descrito como deseo

estableciéndose una asimetría relacional donde el bidependiente adquiere un papel pasivo por decisión propia y, a veces, incluso, en contra de la determinación del otro. En la génesis como

factores determinantes se halla el *modus vivendi* como adicto, el estilo consumista, el estado especial de disponibilidad, el establecimiento de lazos afectivos frustrantes, la necesidad de llenar vacío interior vs pseudointimidad y la tendencia a la perpetuación e inercia de su problema relacional (véase Cuadro 4). Un estudio con mujeres adictas¹⁵ determinaba que las dependencias relacionales suponen el principal factor de recaída de muchas pacientes deshabitadas. Se constata que, aproximadamente, el 70 % de las mujeres en tratamiento por adicción presentan rasgos de bidependencia en mayor o menor intensidad.

TRATAMIENTO: LÍNEAS PROSPECTIVAS DE ACTUACIÓN

El *pathos* de los clásicos representaba, frente al *ethos*, una afección vehemente, impetuosa e inmoderada, independiente de la voluntad, de ahí la importancia de diferenciar ambos estados, máxime teniendo en cuenta que todos ejercemos un *quantum* tanto de autoafirmación como de engaño, de asertividad y complacencia, de desvalimiento y control, de responsabilidad e inhibición.

Respecto a la problemática descrita, se aboga por la necesidad de potenciar la realización de estudios integradores mediante los que se consoliden sus entidades gnoseológicas. Se valora la conveniencia de adoptar una visión crítica, tanto a nivel individual como sociocomunitario, ante la idealización de las relaciones de pareja ya que se deberían modificar las representaciones sociales sobre el amor y sus mitos y paradojas.

A ello debería sumarse el diseño, implementación y evaluación de programas de optimización de nuestros recursos socioemocionales, a la par que otros indicadores de carácter identitario, personalológico y actitudinal como factores de protección frente a las desregulaciones psicosociales determinantes de

una dependencia sentimental. También se incide en la adopción de una perspectiva de género dada la necesidad de profundizar en el análisis de las claves socioculturales de tales patrones relacionales y en sus simbolismos afianzados en el imaginario colectivo y que encuentran reflejo en los perfiles sintomáticos diferenciales ya que, aun cuando tales trastornos no dependen del género, éste influye en todo proceso adictivo.

En nuestra propuesta de tratamiento de la dependencia emocional se integran medidas psicoterapéuticas sustentadas en modelos de corte cognitivo-conductual y se complementan con otras medidas de entrenamiento de tipo psicosocial (habilidades sociales, competencias emocionales, inteligencia emocional intrapersonal, etc.). Se propone una psicoterapia grupal mediante la que se incide en áreas básicas, esto es, dependencia, desvitalización, descontrol y mixtificación, de modo que se interviene sobre roles específicos y se potencia la vinculación al otro facilitando la resocialización afectiva del dependiente emocional. Específicamente, se plantean los siguientes objetivos psicoterapéuticos en el tratamiento de la dependencia emocional¹⁸ (véase Cuadro 5).

OBJETIVOS PSICOTERAPEÚTICOS EN DEPENDENCIA EMOCIONAL
<p><u>Sustratos definitorios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Posesividad y el desgaste energético psicofísico intenso b) Incapacidad para romper ataduras c) Amor condicional (dar para recibir) d) Pseudosimbiosis (no estar completo sin el otro) e) Desarrollo de un locus de control externo f) Conciencia escasa o parcial del problema g) Voracidad de cariño/amor h) Antidependencia o hiperdependencia del compromiso i) Experimentación de desajustes afectivos en forma de Sentimientos Negativos (culpa, vacío emocional, miedo al abandono)

BIBLIOGRAFÍA

Objetivos terapéuticos:

- 1) Aprender a ser autónomo. Liberarse del sentimiento de desprotección. Superar las ideas tradicionales al respecto.
- 2) Vislumbrar y afianzar la necesidad de cambio.
- 3) Asumir constructivamente la propia responsabilidad, sin exculpaciones ni autorreproches infructuosos.
- 4) Aprender a sentirse bien sin necesidad de complacer.
- 5) Decidir por sí mismo siendo consecuente y con adecuada resolución de conflictos.
- 6) Deshabituaación y recuperación sociopática.
- 7) Estrategias contra el vacío emocional.
- 8) Aprender a estar con otros para poder estar solo luego.
- 9) Estabilización anímica.
- 10) Autonomía. Recuperación y fortalecimiento de la propia identidad.

Cuadro 5. Objetivos psicoterapéuticos en Dependencia emocional.

En conclusión, nuestra salud afectiva enriquecida por los apegos interpersonales, así como por relaciones de pareja generadoras de bienestar psicosocial, se nutre tanto de procesos desmitificadores de lo que es el amor y la dependencia como por mecanismos de autoafirmación personal y una visión autoconsciente y optimizadora de nuestros recursos emocionales. De este modo, las patologías del amor cronifican apegos invalidantes que nos dañan, si bien hemos de ser conscientes de que el amor por los demás comienza y se retroalimenta en el amor propio.

1. Sirvent C. *Adicción al amor y otras dependencias sentimentales. Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones.* 21-23 Octubre, 2004. Chiclana.
2. Fromm E. *El arte de amar. Una investigación sobre la naturaleza del amor.* Espasa; 1959.
3. Moral MV., Sirvent CM. *Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación.* *Revista Española de Drogodependencias*, 2008;33(2),150-167.
4. Sirvent-Ruiz C, Moral-Jiménez MV, Herrero J, Miranda-Rovés M, Rodríguez FJ. *Concept of Affective dependence and validation of an Affective Dependence Scale.* *Psychology Research and Behavior Management*, 2022;15,3875-3888. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S385807>
5. Sussman S, Lisha N, Griffiths M. *Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority? Evaluation & the Health Professions*, 2011;34(1),3-56.
6. *American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Editorial Médica Panamericana; 2014.
7. *Organización Mundial de la Salud Clasificación Internacional de Enfermedades*, 11ª revisión; 2019.
8. Sirvent C, Moral MV. *Construcción y validación del Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales (IRIDS-100).* *Health and Addictions*, 2018;18(2),35-47. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.342>
9. Sirvent C, Moral MV. *Presentación del TDS- 100, test de Dependencias Sentimentales de Sirvent y Moral.* *Anales de Psiquiatría*, 2007;23(3),94-95.
10. Hirschfeld RMA, Klerman GL, Harrison M, Gough HG, Barret J, Korchin SJ., Chodoff P. *A measure of interpersonal dependency.* *Journal of Personality Assessment*, 1977 41(6),610-618.

11. Hatfield E, Sprecher S. *Measuring passionate love in intimate relationships. Journal of Adolescence*, 1986;9,383-410.
12. Roehling PV, Gaumont E. *Reliability and validity of the codependence questionnaire. Alcoholism Treatment Quarterly*,1996;14,85-95.
13. Hughes-Hammer C, Martsolf DS, Zeller RA. *Depression and codependency in women. Archives of Psychiatric Nursing*, 1988;12,326-334.
14. Moral MV, Sirvent CM. *Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. Interamerican Journal of Psychology*,2009;43(2), 230-240.
15. Blanco P, Sirvent C, Moral MV, Linares MP, Rivas C. *Psicopatología y género en adicciones. XI Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis, febrero-marzo2010.*
16. Sirvent C. *Clasificación y sintomatología diferencial de las dependencias sentimentales y coadiciones. Ponencia presentada al I Encuentro Profesional de Dependencias Sentimentales o Afectivas. Libro de resúmenes (pp. 26-30). 20 de enero, 2006. Madrid.*
17. Pérez A, Goldstein S. *¿Qué significa «CD»? Revista Argentina de Clínica Psicológica*,1992;1,233-242.
18. Moral MV, Sirvent CM. *Objetivos psicoterapéuticos e intervención integral en dependencias sentimentales. Revista Española de Drogodependencias*, 2014;39(3),38-56.

ANEXOS

ANEXO I: ALGUNOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ADICCIÓN COMPORTAMENTAL

MODELOS TEÓRICOS DE LA ADICCIÓN COMPORTAMENTAL

Se resumen los modelos de adicciones más divulgados adaptándolos al marco de las adicciones comportamentales.

MODELO COGNITIVO SOCIAL

Este modelo refiere tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: el primero comprendido por acontecimientos o estímulos externos que influyen en la conducta mediante procesos de condicionamiento clásico. El segundo deviene de las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, mediatizados por procesos de condicionamiento operante. El tercero formado por procesos cognitivos que regularían la influencia del medio, de los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la influencia que éstos ejercerán sobre el comportamiento futuro. A este respecto, la primera etapa de la adicción se regiría por conductas de búsqueda a las que sucederían conductas de autoadministración una vez el hábito está ya establecido. La escalada, desarrollo y mantenimiento de la adicción se consideran vinculados a contingencias de reforzamiento positivo y negativo que -en síntesis- serían: 1) Contingencias de reforzamiento positivo: 1.1) Las relacionadas con la cualidad (euforizante, placentera, sedativa, etc.) de los consumos comportamentales. 1.2) Aquellas vinculadas a beneficios secundarios de carácter positivo: pertenencia a un grupo de iguales, adquisición de señas de identidad gregarias con todo lo que ello implica (conjunto de valores propios, sensación de protección, satisfacción de otras necesidades, arropamiento en el subgrupo, etc.) 2) Contingencias de reforzamiento negativo: referidas a la evitación o paliación de aspectos dolorosos para el sujeto: situación sociofamiliar, problemas laborales o escolares, conflictos interpersonales, etc. Aquí también cabría incluir la evitación de síntomas de abstinencia y del estado psicofísico inherente al mismo y que también se da en el consumo comportamental y no solo en el de drogas.

Esta teoría se ve ampliada como teoría del aprendizaje social cognitivo mediante un análisis de los principios del desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana. Además de los conceptos derivados de la teoría del aprendizaje social (condicionamiento clásico y operante), la nueva reformulación incluye otras variables como las normas culturales y los agentes de socialización (familia y grupo de iguales), que podrían influir en el comienzo y mantenimiento de las conductas de consumo.

MODELO TRANSTEORICO DE CAMBIO

Se trata de un modelo muy conocido y seguido incluso por instituciones que demandan al terapeuta el “estadio de cambio en el que se encuentra el paciente”, dando por hecho que todos los profesionales aceptan este modelo. Integra estadios, procesos y niveles de cambio, a los que denominan: precontemplación, contemplación, actuación y mantenimiento en el que un proceso de cambio sería una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones

o las relaciones interpersonales.

MODELO BIOMÉDICO Y TEORÍA DEL INCENTIVO O DEL TRÁNSITO

El modelo biomédico parte de un supuesto neurobiológico que considera la adicción una enfermedad con pérdida de control volitivo sobre el consumo. Se produce así una doble dependencia (física y psicológica) asociada a procesos fisiológicos internos con interacción entre la biología y las características farmacológicas de las drogas.

Señala desajustes en determinadas áreas del cerebro por carencias o disfunciones de algunos de sus neurotransmisores que se traduce en alteraciones de las conductas manifestadas, alejando a estas de su ajuste adaptativo natural.

La teoría del incentivo o del tránsito asimila la adicción a pérdida de autocontrol con comportamiento compulsivo de búsqueda de consumo. Cuando éste falta o se reduce la dosis aparece malestar progresivo con ansiedad, irritabilidad y finalmente un síndrome de abstinencia que solo se alivia recurriendo al consumo y que se ubica entre la impulsividad y la compulsividad. En concreto señalan tres elementos que caracterizan la adicción: 1) El consumo o intoxicación 2) el síndrome de dependencia con afectos negativos y 3) el craving anticipatorio (preocupación intensa por el síndrome de abstinencia. Las etapas iniciales del proceso están presididas por la impulsividad. Poco a poco sobrevienen automatismos que dan paso a la compulsividad. En definitiva, el cambio del refuerzo positivo al negativo equivale a la transición entre lo impulsivo y lo compulsivo.

MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Este modelo interpreta la adicción como un hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales. El comportamiento adictivo sería el resultado de la interacción de dichos factores. La recaída – a diferencia del modelo biomédico- no se debe a la cronicidad del proceso sino al fracaso de los mecanismos de afrontamiento del sujeto frente al contexto ambiental del mismo. En consecuencia, puede haber recuperación en ausencia de tratamiento e incluso un consumo controlado puesto que la incapacidad de autocontrol no es una característica crónica de una persona, sino que es el resultado de las determinantes contextuales y la capacidad de afrontamiento. En este modelo, el eje del problema deja de ser el comportamiento adictivo y pasa a ser la persona junto con la relación que establece con el entorno. Lo verdaderamente relevante pues, es el tipo de vínculo que se puede clasificar en; uso, abuso y adicción a las drogas, considerándose problemáticos los dos últimos.

ANEXO II: GLOSARIO DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

GLOSARIO DE SÍNTOMAS

- Abandono** Ganas o deseos de proseguir o dejar el tratamiento. Dejar el tratamiento, claudicar, abandonar, claudicación, renuncia.
- Abstinencia** Síndrome o síntomas aislados. Incluir desintoxicación. Necesidad inminente de consumir, privación, privación, craving. Algunos síntomas: temblor, sudor, náuseas, vómitos, agitación, dolores, insomnio, malestar, irritabilidad, ansiedad, calambres, impulsividad, paranoias.
- Adicción** Extrema dependencia de sustancias o comportamientos. El caso límite es la pérdida casi total de autonomía.
- Agresividad** Tendencia a actuar agresivamente. Comportamiento destructivo, agresivo y/o desafiante contra personas, objetos o consigo mismo.
- Anhedonia** Disminución de la capacidad para sentir placer a partir de estímulos positivos, o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente. Displacer, incapacidad para disfrutar, estado de insatisfacción.
- Ansiedad** Nerviosismo, inquietud, tensión muscular, estrés, intranquilidad, agitación, angustia.
- Atención y concentración** La atención es el enfoque activo o pasivo de la conciencia sobre una experiencia. La concentración consiste en mantener la atención durante un determinado período de tiempo.
- Autoengaño** Literalmente sería mentirse a sí mismo o acerca de uno mismo de manera más o menos consciente como mecanismo defensivo. Es ver lo que pasa pero ignorando lo que significa.
- Compulsividad** Las compulsiones son conductas repetitivas que responden a una obsesión. Fuerza interior que determina y domina el pensamiento y la acción de una persona en contra de su voluntad. El individuo se siente coaccionado. El sujeto se siente extraño a sí mismo y tiene lugar contra la voluntad consciente y a pesar de la oposición del yo, por incapacidad de reprimirlo.
- Conciencia del problema** Nivel de percepción, comprensión e internalización del problema acompañada de disposición para cambiar. Insight: entendimiento de la interna u oculta naturaleza de las cosas o de percibirlo de una manera intuitiva.

Conciencia y orientación La conciencia es el conocimiento que el individuo tiene de sí mismo, del medio y sus modificaciones; estado en el que se es consciente de sí mismo. Las alteraciones de la conciencia son: obnubilación (reducción de la conciencia), somnolencia, delirium, confusión (incapacidad de pensamiento claro y coherente), estupor (inconsciencia con inmovilidad, mutismo y ausencia de respuesta a los estímulos). La orientación es la capacidad de precisar el tiempo, el espacio y la persona en su situación actual, dotando de sentido al entorno. La desorientación suele estar relacionada con estados confusionales y demencias.

Dependencia Anhelo o deseo irrefrenable de una sustancia o comportamiento.

Depresión Estado de ánimo deprimido (tristeza, vacío) la mayor parte del día, pérdida del interés y capacidad de disfrutar de las cosas, abatimiento, desvitalización, disminución de la atención y concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, desesperanza (ve el futuro sombrío), trastornos del sueño y del apetito y pensamientos de muerte (miedo a morir) o ideas suicidas.

Desconfianza, suspicacia En casos extremos podría llegar a pensamiento paranoide. Diferenciar si se debe o no a la adicción (frecuente en alcohólicos y cocainómanos), a la vida marginal o a la existencia de una psicosis. Incluir aquí la celotipia alcohólica o debida al consumo de psicoestimulantes.

Desvitalización Falta de energía vital, apatía, astenia, abulia, pereza, desgana.

Deterioro cognitivo Incluir amnesia, hipomnesia, lagunas y confusiones de memoria, alteración de la inteligencia, obnubilación, pensamiento enlentecido.

Distimia Depresión leve y mantenida en el tiempo con abatimiento y estado de ánimo triste y apesadumbrado.

Dolor Dolores corporales, articulares, óseos, musculares. Excluir dolor de cabeza en este apartado.

Dolor de cabeza Incluir jaquecas, cefaleas, migrañas.

Hábito Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto.

Hiperactividad No poder estar quieto, necesitar estar activo, exaltación del ánimo, pensamiento acelerado, verborrea, disminución.

Hipocondría Preocupación por estar enfermo, miedo a padecer enfermedad. Incluir aquí también a quienes tienden a somatizar o presentar síntomas que corresponden a enfermedades que no tiene.

Impulsividad Tendencia a responder de forma inesperada, rápida, y desmedida, arrebatos. Predomina la baja tolerancia al estrés y la frustración, la falta de control de impulsos, y los comportamientos agresivos. Imperiosidad, descontrol o déficit de autocontrol.

Inestabilidad anímica Cambios o fluctuaciones del humor más o menos frecuentes, tendencia a ciclar (pasar de euforia a depresión y viceversa), altibajos anímico-afectivos.

Insomnio Déficit de sueño. Considerar no solo la cantidad sino la calidad del sueño. Excluir pesadillas y sueños de consumo.

Intoxicación Síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de una sustancia psicotrópica. Suele conllevar alteraciones de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, del razonamiento, de la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal intoxicación. Sobredosis, impregnación.

Irritabilidad Tendencia a irritarse o enfadarse, enojo, disgusto, contrariedad.

Locus de control Percepción que tiene una persona sobre las causas de lo que pasa en su vida. Locus de control interno: cuando el sujeto interpreta que los eventos ocurren como efecto de sus propias acciones. Locus de control externo: cuando el sujeto interpreta que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros.

Obsesiones Pensar reiteradamente en una idea de forma obsesiva. Valorar no solo la cantidad de pensamiento obsesivo sino el sufrimiento que el mismo le acarrea. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se viven como intrusivas.

Pensamientos de muerte Pensar en la muerte, bien desde el miedo a morir, bien presentando ideas suicidas o autolíticas, en cuyo caso es importante explorar si tiene un plan para llevarlas a cabo.

Pesadillas Sueños aterradores. Excluir insomnio y sueños de consumo.

Psicosis (*Síntomas positivos*): Ideas delirantes: persecutorios o paranoides, de grandeza, referenciales (gestos o comentarios de los demás creen que se refieren a él). Alucinaciones. Pensamiento y comportamiento desorganizado.

(*Síntomas defectuales*): Aplanamiento afectivo, abulia, alogia (disminución del habla), ensimismamiento, tendencia al aislamiento social y anhedonia.

Sentimientos adversos Los sentimientos adversos o negativos más frecuentes son: culpa, fracaso, soledad, vacío existencial, déficit autoconfianza, aversión, desagrado, odio, envidia, venganza, celos.

Síntomas negativos Aplanamiento afectivo, abulia, alogia (disminución del habla), ensimismamiento, asocialidad (tendencia al aislamiento social) y anhedonia, disminución fluidez del pensamiento, retracción social, retraimiento, apatía, falta de iniciativa, falta de respuesta emocional, depresión, bradipsiquia (pensamiento enlentecido), emociones y síntomas negativos. (Equivala a los síntomas defectuales de las psicosis).

- Sociopatía** Personalidad con trastornos y desviaciones de la conducta social (especialmente en niños y adolescentes).
- Sueños de consumo** Y de aspectos íntimamente relacionados con los mismos. Excluir insomnio y pesadillas
- Temblor** Incluir temblores, sacudidas, tiritar, espasmo, contracción, calambre. Excluir si se debe a efecto de los psicofármacos.
- Toxicofilia** Deseos o necesidad de consumir sin que exista síndrome de abstinencia. Deseos de consumo, ganas de consumir, recreo, regodeo, apetencia, anhelo, ansia de consumo. Hedonismo relacionado con la sustancia o comportamiento adictivo.
- Trastorno conducta alimentaria** Anorexia nerviosa: restricción de la ingesta energética con miedo a ganar peso y alteración de la forma en que percibe su cuerpo. Bulimia nerviosa: episodios de atracones seguidos de purgas (vómitos, laxantes, ejercicio, etc.). Atracones sin purga. Hiporexia (comer poco sin llegar a anorexia). Hiperfagia (comer mucho).
- Tratamientos** Tratamiento médico y psiquiátrico que porta al ingreso, facultativo prescriptor, pautas farmacológicas anteriores y actuales.
- Yatrogenia e impregnación** Síntomas debidos a reacción adversa a la medicación, como efecto secundario, sobredosificación, o respuesta paradójica. Síntomas frecuentes: intranquilidad, rigidez, temblor, lengua engrosada, contractura de cuello, espasmo laríngeo, somnolencia, diplopía (visión doble). Excluir si no se debe a efecto de los psicofármacos. Reacción adversa, efecto secundario, sobredosis.

ANEXO III: HISTORIA CLÍNICA COMPORTAMENTAL

PROTOCOLO DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Fecha _____ Entrevistador _____

DATOS PERSONALES

DOMICILIO HABITUAL

1º Apellido: _____ 2º Apellido: _____

Nombre: _____ D.N.I.: _____

Domicilio habitual : _____

C.P.: _____ Ciudad: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Tfno/s.: _____

DATOS NACIMIENTO / PROCEDENCIA

Fecha Nacimiento: _____ Lugar: _____ Provincia: _____

País de Procedencia _____ Nacionalidad _____

Situación Legal Legal Sin papeles Desconocido

Nº S.S.: _____

Sexo : Hombre

Mujer

Email

CONVIVENCIA

¿Tiene pareja? (o la ha tenido en los últimos 2 meses) Sí

No

Ns/Nc

E.Civil Casado/a

Divorciado/a

Separado/a

Soltero/a

Viudo/a

Conv. Pareja

Ns/Nc"

Nº de hijos _____

Padre _____

Madre _____

Vive con: Sólo/a

Únicamente con su pareja

Únicamente con sus hijos

Con pareja e hijos

Con sus padres o familia de origen

Con otro familiar

Con amigos

Otros

Desconocido

Nivel socioeconómico:

Alto

Medio alto

Medio

Medio bajo Bajo

Muy bajo o indigente

Otro _____

Desconocido

ESTUDIOS / TRABAJO

Máximo nivel de estudios:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01. No sabe leer ni escribir | <input type="checkbox"/> 04. E. Secundaria 1ª etapa, EGB, ESO, FPI, | <input type="checkbox"/> 07. Estudios univers.superiores |
| <input type="checkbox"/> 02. Enseñanza primaria incompleta | <input type="checkbox"/> 05. E. Secundaria 2ª etapa, BUP, COU, FP2 | <input type="checkbox"/> 08. Otros. |
| <input type="checkbox"/> 03. Enseñanza primaria completa | <input type="checkbox"/> 06. Estudios universitarios medios | <input type="checkbox"/> 99. Desconocido |

Especificar _____

Profesión _____

- Situación laboral:
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo estable | <input type="checkbox"/> Estudia | <input type="checkbox"/> Trabajo ocasiona |
| <input type="checkbox"/> .L.T. | <input type="checkbox"/> Parado sin subsidio | <input type="checkbox"/> Parado con subsidio |
| <input type="checkbox"/> Pensionista | <input type="checkbox"/> Tareas domésticas | <input type="checkbox"/> Ns/NC |

Categoría profesional:

<input type="checkbox"/> 01. Ingenieros y Licenciados. Personal de alta dirección	<input type="checkbox"/> 05. Oficiales Administrativos	<input type="checkbox"/> 10. Peones
<input type="checkbox"/> 02. Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes Titulados	<input type="checkbox"/> 06. Subalternos	<input type="checkbox"/> 11. Trab. menores de 18 años
<input type="checkbox"/> 03. Jefes Administrativos y de taller	<input type="checkbox"/> 07. Auxiliares Administrativos	<input type="checkbox"/> 12. Labores del hogar
<input type="checkbox"/> 04. Ayudantes no Titulados	<input type="checkbox"/> 08. Oficiales de primera y segunda	<input type="checkbox"/> 98. Sin profesión definida
	<input type="checkbox"/> 09. Oficiales de tercera y Especialistas	<input type="checkbox"/> 99. Desconocido

Datos antropomorfos

Peso _____ Altura _____ Complejión Delgado Atlético Obeso Normal

TERCEROS

Responsable

Nombre _____

Dirección _____

D.N.I. _____

Teléfono _____

Informe Sí, cada _____ Días No

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Derivación

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

- 01 Organismo Público concertado (Ayto Madrid, J. Castilla y León, Ppdo. Asturias, etc.)
- 02 Organismo Público no concertado (Ayto. de Pozuelo, Ayto. Alcobendas, Agencia antidroga, etc.)
- 03 Centros de atención específicos (CAD no concertado, Servicios Sociales de un Ayto, U.T.T., U.D.H., etc)
- 04 Centro/oficina de información específica (FAD, C. Información Valencia..)
- 05 Organismo, empresa o similar (Iberia, Banca, TV Española,)
- 06 Asociación, fundación específica (FERMAT, UNAT, Asoc. de Autoayuda)
- 07 Organismo y Centros no específicos: Justicia, Ejército, Cáritas, etc)
- 08 Centro o institución sanitaria o de servicios sociales (CSM, CSS, etc.)
- 09 Profesional a título personal (lo que recomienda porque él quiere)
- 10 Lo conocía el propio interesado
- 11 Ex-paciente
- 12 Amigo, conocido que conoce Spiral
- 13 Familiar que conoce Spiral directamente
- 14 Publicidad: Páginas Amarillas, prensa, cine, TV, radio,
- 15 Fachada
- 16 Búsqueda en Internet
- 17 Otros cauces.
- 99 Desconocido

MOVIMIENTOS

Fecha demanda _____ INGRESO Fecha prevista _____

Ambulatorio Residencial Semi-residencial

Motivo del tratamiento (Poner un **1** ante el motivo principal, un **2** ante el secundario y X en las demás) (Máximo 2 principales y 2 secundarias)

	LUDOPATÍA		HACHÍS		OTRAS SUSTANCIAS (*)
	OTRA ADICCIÓN COMPORTAMENTAL		PSICOFÁRMACOS		
	COCAÍNA		ANFETAMINAS		
	ALCOHOL		DROGAS DE SÍNTESIS		

Especificar _____

Tiempo de estancia estimada (en días)

En el ciclo _____ días (a estimar por el técnico)

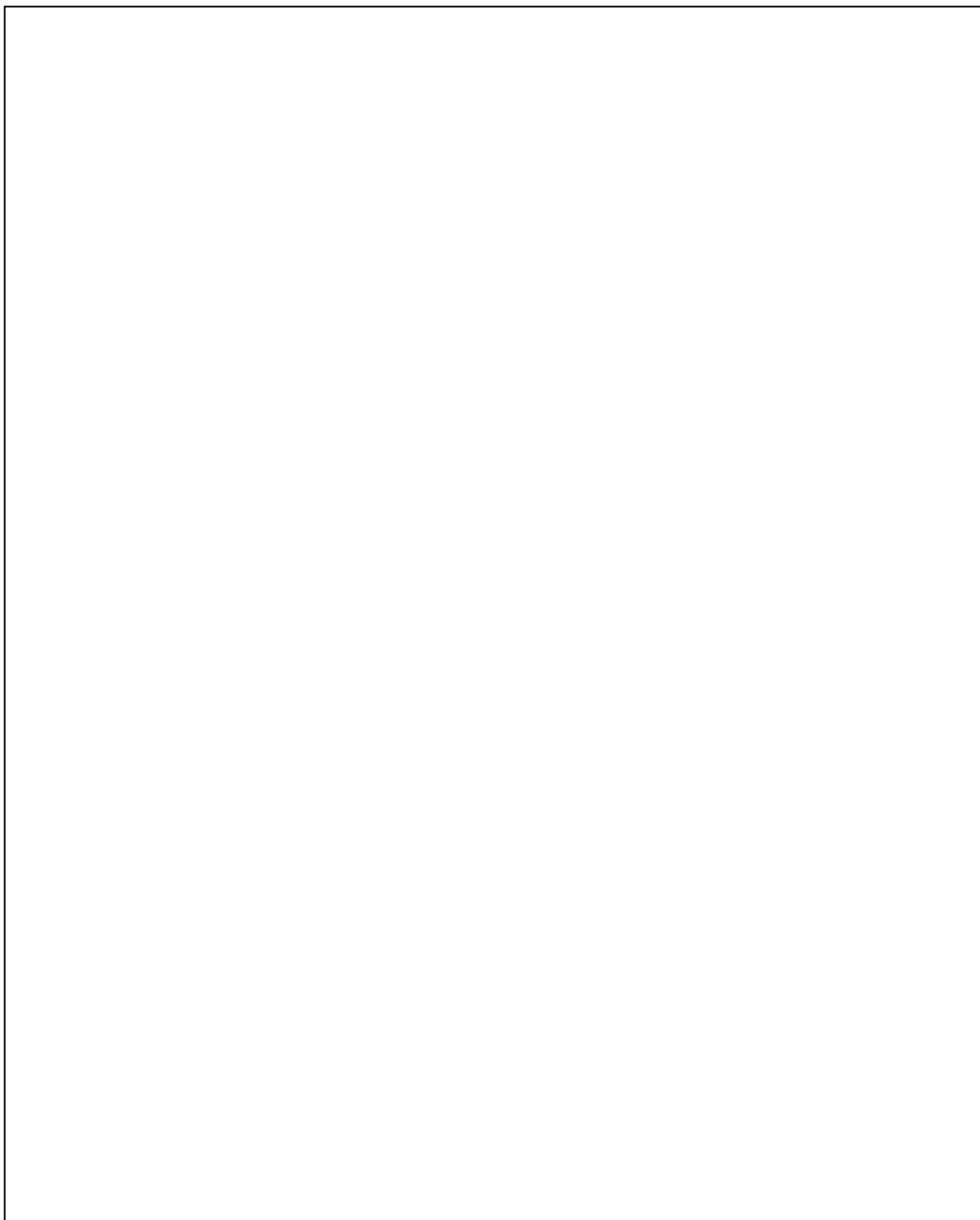
	Por el técnico	Por el paciente	Consensuado
Programa			

Tipo tratamientos: Amplio Concertado

Objetivos del programa:

Area	Recurso	Objetivo
01 deseso de consumo comportamental		0101 Desintoxicación del hábito
		0102 Deshabitación
		0103 Estabilización
		0104 Disminución del daño
		0105 Craving/deseos de consumo comportamental
		0106 Control de la abstinencia
		0199 Otros de adictofilia
02 Desarrollo personal		0201 Adquisición/consolidación pautas adecuadas de conducta
		0202 Capacidad de autocontrol
		0203 Maduración/ reestructuración personalidad
		0204 Mejora estrategias de afrontamiento en situaciones de crisis
		0299 Otros de desarrollo personal
03 Área psicológica		0301 Anhedonia
		0302 Autoconcepto/ autoestima
		0303 Autoengaño/ mixtificación
		0304 Disforia/ Agresividad/ Irritabilidad
		0305 Estabilización anímica
		0306 Hedonismo
		0307 Impulsividad
		0308 Motivación/ desmotivación
		0309 Nivel de insight o conciencia del problema
		0399 Otros de área psicológica
		0401 Tolerancia a las frustraciones
04 Área psicopatológica		0402 Desajuste farmacológico (automedicación, iatrogenia, impregnación, etc.)
		0403 Estabilización/ supresión (si es factible) del tratamiento psicofarmacológico
		0404 Psicopatología inherente al consumo (irritabilidad, temblor, suspicacia, etc)

	0405 T. de la personalidad (t. límite, antisocial, etc.)
	0406 T. del sueño
	0407 Trastornos psiquiátricos (asociados o no al consumo) (psicosis, depresión, anorexia, t. de ansiedad, etc.)
	0499 Otros de área psicopatológica
05 Salud y autocuidados	0501 Estabilización tratamiento farmacológico
	0502 Hábitos autocuidado
	0503 Recuperación ritmos
	0504 Salud somática
	0599 Otros de salud y autocuidados
06 Familia y allegados	0601 Abordaje conflictividad familiar concreta
	0602 Mejora relaciones familiares
	0603 Retomar relaciones familiares
	0699 Otros familia y allegados
07 Área sociorrelacional	0701 Establecer o mantener relaciones fuera de los ámbitos de consumo
	0702 Habilidades de comunicación y relación
	0703 Promover participación en el entorno social
	0799 Otros área sociorrelacional
08 Área formativo laboral	0801 Diseño itinerario personalizado de inserción laboral
	0802 Incorporación a recursos de empleo
	0803 Incorporación a recursos formativos
	0804 Mantenimiento y/ o mejora de empleo
	0899 Otros área formativo laboral
09 Área de ocio y tiempo libre	0901 Ampliar intereses y aficiones
	0902 Participar en actividades de ocio a nivel individual y grupal
	0999 Otros de área de ocio



TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

0. Situación familiar (Genograma y relaciones familiares)

1. Antecedentes psicopatológicos familiares y tratamientos psiquiátricos habidos en la familia

2.Descripción somera del proceso (signos- síntomas actuales y breve historia del trastorno o trastornos principales).

3.Otros datos de interés (sueño, hábitos de alimentación, peso, .)

4.Tratamientos anteriores (internamientos, tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia, etc.):

5.Tratamiento psicofarmacológico y psiquiátricos actual (cuánto tiempo lleva con él, como lo valora subjetivamente y cómo estima su familia o el Equipo que lo ven,..):

6. Problemas actuales relevantes (médicos, laborales, estudios, familiares...)

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Sí ; Año inicio _____ No

Códigos CIE -10	Trastorno General	Trastorno específico

SITUACIÓN JURÍDICO / PENAL

¿Tiene problemas legales en la actualidad?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No sabe
Causas pendientes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Número _____ Relación con adicción <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sabe
Antecedentes penales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Relación con adicción <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sabe
Cumple condena	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Número de condenas cumplidas _____
¿Está en libertad condicional?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Observaciones:			

OTROS DATOS

Antecedentes familiares

Psicológicos Padre Madre Hermanos Otro

Consumo	Pa	Ma	He	O	Par
LUDOPATÍA					
OTRA ADICCIÓN					
NINGUNA					
OPIÁCEOS					
COCAÍNA					
ALCOHOL					
HACHÍS					
PSICOFÁRMACOS					
ANFETAMINAS					
DROGAS DE SÍNTESIS					
OTRAS SUSTANCIAS (*)					

Antecedentes

Primeros contactos (excluyendo tabaco) _____ Edad: _____
Comportamiento adictivo principal _____ Edad de inicio _____
Otros datos _____

Nº drogas consumidas en los últimos 30 días _____

Tabaquismo Sí No

Acontecimientos traumáticos

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Fallecimiento de un familiar cercano
<input type="checkbox"/> Fallecimiento de la pareja	<input type="checkbox"/> Divorcio o separación afectiva
<input type="checkbox"/> Experiencia sexual traumática	<input type="checkbox"/> Separación de los padres
<input type="checkbox"/> Encarcelamiento o	<input type="checkbox"/> Enfermedad o lesión personal grave
<input type="checkbox"/> Despido laboral	<input type="checkbox"/> Problema sexual severo
<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Enfermedad o problema grave de un familiar
<input type="checkbox"/> Emigración o desarraigo	<input type="checkbox"/> Fracaso escolar o académico
<input type="checkbox"/> Acoso laboral	<input type="checkbox"/> Experiencia traumática (accidente, desastre,
<input type="checkbox"/> Intentos de suicidio	<input type="checkbox"/> Otro (especificar

Enfermedades infecciosas

V.I.H.: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo, con tratamiento <input type="checkbox"/> Positivo, sin tratamiento
Hepatitis <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B,C <input type="checkbox"/> Otra _____
Tuberculosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tuvo anteriormente <input type="checkbox"/> Tiene en la actualidad
Enf. Trans. Sexual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tuvo anteriormente <input type="checkbox"/> Tiene en la actualidad
Candidiasis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tuvo anteriormente <input type="checkbox"/> Tiene en la actualidad
Otra =

Tratamientos anteriores **Número de tratamientos** _____

<input type="checkbox"/> Hospitalaria	<input type="checkbox"/> Tratamiento Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Centro de Día	<input type="checkbox"/> Comunidad Terapéutica
<input type="checkbox"/> Otros =	<input type="checkbox"/> Desconocido

Número de ingresos Hospitalarios por trastorno psicopatológico ajenos a la adicción:

¿Ha sufrido malos tratos? Físicos, psicológicos, sexuales, _____

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Por el Padre
<input type="checkbox"/> Por la Madre	<input type="checkbox"/> Por Hermanos
<input type="checkbox"/> Por Otro(s) familiar(es)	<input type="checkbox"/> Por la Pareja(s)
<input type="checkbox"/> Otros =	

¿Ha propinado malos tratos?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NS/NC
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

¿Ha sido víctima de violencia de género?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NS/NC
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Ha presentado alguna denuncia

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NS/NC
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

¿Tiene o ha tenido alguna de sus parejas orden de alejamiento?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NS/NC
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Orden de alejamiento en vigor

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NS/NC
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Condena por maltrato

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NS/NC
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

ANEXO IV: PREVENCIÓN ADICCIONES COMPORTAMENTALES

REVISIÓN DE ESTUDIOS DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES (AC)

La literatura sobre la prevención de la adicción a Internet es escasa. Existe una necesidad urgente de introducir y aplicar nuevas intervenciones para diferentes poblaciones de riesgo, realizar investigaciones bien diseñadas y publicar datos sobre la eficacia de estas intervenciones. Una revisión¹ de 179 textos con 108 seleccionados arrojó las siguientes áreas temáticas existentes en dichos trabajos: (a) grupos destinatarios, (b) la mejora de habilidades específicas, (c) características del programa y (d) intervenciones ambientales.

Otro metaestudio² de 32 artículos seleccionados entre 1483, concluyó que todos se dirigieron al ámbito educativo, es decir, a estudiantes de secundaria y universitarios. La mayoría de los estudios siguieron una estrategia de prevención universal, dirigida especialmente a los adolescentes, y otra para los estudiantes universitarios. En general, los programas de prevención del juego revisados mostraron buenos resultados en cuanto a la reducción de la frecuencia y la gravedad del juego, y también en relación con variables cognitivas, como ideas erróneas, falacias, conocimientos y actitudes hacia el juego.

Los primeros programas de prevención en AC remedaban el modelo de prevención de drogas³. En el segundo decenio del siglo XXI la pandemia COVID-19 y las medidas de contención correspondientes supusieron un incremento⁴ de las AC. Factores como la interrupción de las ofertas terrestres, el aislamiento social y la inactividad forzada, así como la mayor importancia de las actividades en línea contribuyeron a ello. Al mismo tiempo, la gravedad de los trastornos se vio aumentada al tiempo que disminuidas las posibilidades de remisión y el riesgo de recaída.

Las medidas de prevención del problema del juego podían clasificarse según la secuencia temporal de antes, durante y después del juego⁶. Las medidas *antes* implicaban intentos de cambiar los conceptos erróneos y las actitudes hacia el juego; tendían a tener un efecto limitado sobre las conductas de juego. Las medidas *durante* requerían cambios estructurales en las máquinas de juego y la inserción de mensajes de advertencia; solían tener resultados desiguales en cuanto a la conducta de juego. Las medidas para *después* incluían la prevención de recaídas y la autoexclusión; algunos jugadores autoexcluidos volvieron a jugar.

Siempre se cuestiona la eficacia de las medidas preventivas. Un estudio⁷ hizo una revisión crítica de la bibliografía existente sobre la eficacia de los programas de prevención del juego dirigidos a los jóvenes. Se presentan dos categorías de estrategias preventivas, todas universales y la mayoría basadas en la escuela: programas de prevención específicos del juego y talleres de habilidades relacionadas con el juego. La edad de los participantes en los distintos estudios oscilaba entre los 9 y los 20 años. Los resultados muestran que los programas de ambas categorías suelen ser eficaces para reducir las ideas erróneas y aumentar los conocimientos sobre el juego. Sin embargo, la falta de seguimientos a largo plazo y de medidas conductuales dificulta la extracción de conclusiones claras sobre la eficacia de dichos programas.

Entre las experiencias concretas de prevención, el método Stacked Deck⁸ es un conjunto de 5 a 6 lecciones interactivas que enseñan la historia del juego, las probabilidades reales y la ventaja de la casa, las falacias del juego, las señales, los factores de riesgo y las causas de la ludopatía, y las habilidades para tomar buenas decisiones y resolver problemas. Un tema primordial del programa es abordar la vida como un "jugador inteligente", determinando las probabilidades y sopesando los pros y los contras de sus acciones. Los autores señalan que en una experiencia con 949 alumnos, cuatro meses después de recibir el programa, tenían actitudes significativamente más negativas hacia el juego, mejores conocimientos sobre el juego y los problemas de juego, mayor resistencia a las falacias del juego, mejor toma de decisiones y resolución de problemas, menor frecuencia de juego y menores tasas de problemas de juego.

Experiencias pioneras de prevención⁹ se basaban en psicoeducación más habilidades de afrontamiento que incluían los siguientes componentes: la legalidad del juego, la naturaleza comercial de la actividad, las conductas automáticas de juego, el juego patológico y las

habilidades de afrontamiento. Un seguimiento de seis meses confirmó el mantenimiento de la información recién adquirida sobre el juego. Los resultados confirmaron la eficacia del programa en la mejora de los conocimientos y las habilidades para controlar la conducta de juego al final del tratamiento.

Un estudio de prevención cognitivo conductual¹⁰ evaluó su eficacia en la adicción a Internet con 52 estudiantes de secundaria con riesgo de adicción a Internet. Los resultados indicaron que hubo una disminución significativa en las puntuaciones del Test de Adicción a Internet de los Jóvenes y de la Escala de Cognición Online del grupo experimental. Dicho estudio no recoge datos de seguimiento postprograma. Otro estudio¹¹ evaluó la eficacia de una intervención integradora para prevenir la ludopatía entre los jóvenes basada en un conjunto multidimensional de factores, entre los que se incluyen los conocimientos relacionados con el juego, las ideas erróneas, las actitudes, la frecuencia del juego, la cantidad de dinero gastada, el total de horas dedicadas al juego a la semana y la búsqueda de sensaciones. Se realizó un diseño pre y postest con 111 estudiantes portugueses de secundaria asignados aleatoriamente a dos grupos (experimental y de control). Los resultados demostraron que la intervención fue eficaz para mejorar los conocimientos correctos sobre el juego, reducir las ideas y actitudes erróneas y disminuir el número total de horas semanales dedicadas al juego. La intervención también fue eficaz para reducir el número de jugadores de riesgo/problema durante el periodo de estudio. Además, estos resultados se mantuvieron estables tras un seguimiento de 6 semanas.

Una peculiar propuesta¹² propone un nuevo sistema de prevención de enfermedades y adicción a los smartphones. Este sistema se ha desarrollado recopilando y analizando los patrones de uso de los teléfonos inteligentes. Se analizan los patrones de uso y las horas de trabajo de los usuarios de smartphones en tiempo real. Si los patrones de uso del smartphone detectados alcanzan un nivel peligroso, el sistema enviará mensajes de advertencia al usuario de manera que los usuarios pueden reconocer de antemano por sí mismos una situación insalubre. Otra no menos peculiar propuesta de intervenciones para el empoderamiento y métodos de modificación conductual efectuó un estudio cuasi-experimental donde participantes fueron asignados al grupo experimental (n=28) o al grupo de control (n=28). El contenido del programa incluía la provisión de información sobre la adicción a Internet, intervenciones para el empoderamiento y métodos de modificación conductual. La autorregulación del grupo experimental después del programa fue significativamente mayor

que la del grupo de control. La puntuación del autodiagnóstico de adicción a Internet y el tiempo de uso de Internet en el grupo experimental fueron significativamente menores que en el grupo de control. El estudio no menciona datos de seguimiento postprograma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vondrackova, P; Gabrhelik, R. *Prevention of Internet addiction: A systematic review. Journal Of Behavioral Addictions.* 5. 568-579. 2016.
2. Monreal-Bartolome, Alicia; Barcelo-Soler, Alberto; Garcia-Campayo, Javier; Bartolome-Moreno, Cruz; Cortes-Montavez, Paula; Acon, Esther; Huertes, Maria; Lacasa, Victor; Crespo, Sofia; Lloret-Irles, Daniel; Sordo, Luis; Clotas Bote, Catrina; Puigcorbe, Susanna; Lopez-Del-Hoyo, Yolanda. *Preventive Gambling Programs for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. International journal of environmental research and public health.* 20. 2023.
3. Gaboury, A; Ladouceur, R. *Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. The journal of primary prevention.* 14. 21-8. 1993.
4. Byrne, AM; Dickson, L; Derevensky, JL; Gupta, R; Lussier, I. *The application of youth substance use media campaigns to problem gambling: A critical evaluation. Journal Of Health Communication.* 10. 681-700. 2005.
5. Rumpf, HJ; Brand, M; Wegmann, E; Montag, C; Muller, A; Muller, K; Wolfling, K; Stark, R; Steins-Lober, S; Hayer, T; Schlossarek, S; Hoffmann, H; Lemenager, T; Lindenberg, K; Thomasius, R; Batra, A; Mann, K; te Wildt, B; Mossle, T; Rehbein, F. *The COVID-19 Pandemic and Behavioral Addiction - New Challenges for Structural and Behavioral Prevention. Sucht-Zeitschrift Fur Wissenschaft Und Praxis.* 66. 212-216. 2020.
6. Ariyabuddhiphongs V. *Problem Gambling Prevention: Before, During, and After Measures. International Journal Of Mental Health And Addiction.* 11. 568-582. 2013.
7. Ladouceur, R; Goulet, A; Vitaro, F. *Stacked Deck: An Effective, School-Based Program for the Prevention of Problem Gambling. JOURNAL OF PRIMARY PREVENTION.* 31. 109-125.2010.
8. Williams, RJ; Wood, RT; Currie, SR. *Stacked Deck: An Effective, School-Based Program for the Prevention of Problem Gambling. Journal Of Primary Prevention.* 31. 109-125. 2010.
9. Gaboury, A; Ladouceur, R. *Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. The journal of primary prevention.* 14. 21-8. 1993.
10. Bagatarhan, T; Siyez, DM. *The Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Prevention Program for Internet Addiction. Journal Of Rational-Emotive And Cognitive-Behavior Therapy.* 40. 767-792. 2022.
11. Calado, F; Alexandre, J; Rosenfeld, L; Pereira, R; Griffiths, MD. *The Efficacy of a Gambling Prevention Program Among High-School Students. Journal Of Gambling Studies.* 36. 573-595. 2020.
12. You, Ilsun. *A smartphone and disease prevention system through the collection and analysis of smartphone usage patterns. Journal of Internet Computing and Services.* 16. 95-104. 2015.
13. Mun, SY; Lee, BS. *Effects of an Integrated Internet Addiction Prevention Program on Elementary Students' Self-regulation and Internet Addiction. Journal Of Korean Academy Of Nursing.* 45.251-261. 2015.

ANEXO V: CASOS CLÍNICOS DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES

CASOS CLÍNICOS DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES

1 ADICTO A VIDEOJUEGOS

Como en casi todas las adicciones con adolescentes por medio, son los padres quienes primero acuden a pedir ayuda. Generalmente se dan cuenta cuando el problema está ya avanzado, pero Dori, madre de Kimi, es capaz de recordar cómo su hijo no tardó mucho en engancharse. “Pasaba largas horas en la habitación, pero pensábamos que repartía el tiempo entre los estudios y la consola, porque iba sacando los cursos”. Sin embargo, Kimi cada vez pasaba más tiempo en la habitación y menos con la familia y amigos, y el rendimiento académico empeorando. Cuando uno de los padres entraba en la habitación siempre le encontraba con la consola y si le preguntaban algo respondía de forma escueta y ausente.

Con el tiempo, apenas volvía del Instituto se enclaustraba en la habitación y solo salía para comer. Las cenas -cuando podía eran rápidas al lado de la consola. Prácticamente pasaba todo el tiempo enfrascado en videojuegos. Incluso por las noches, hasta que caía rendido. Por la mañana le costaba levantarse y se mostraba de mal carácter, acudiendo a regañadientes al Instituto. El contacto con los amigos era a través de redes y preferentemente hablando de gamers o nuevos multijuegos.

Su higiene personal se fue descuidando y la habitación estaba muy desorganizada. Se aislaba cada vez más y sus réplicas a los padres eran escuetas, secas y cortantes. Cuando vieron que las notas empeoraron y que su comportamiento llamaba la atención por el cambio de carácter y la actitud huidiza y antisocial, decidieron consultar a un experto. Kimi se negó a acudir asegurando que estaba perfectamente y que no necesitaba un psicólogo, hasta que una noche sufrió una intensa crisis de ansiedad por la que le tuvieron que llevar a urgencias. Él se asustó y aceptó acudir a un terapeuta. Le confesó que desde hacía tiempo se había aislado del mundo obsesionándose con los videojuegos y la parafernalia que los rodea. Dormía mal con sueños densos y atormentadores. Tenía un permanente estado de tensión y le embargaban ruminaciones relacionadas con los juegos y su realidad paralela hasta llegar a sumergirse en un

pensamiento único y reiterativo. El resto del mundo no existía. Vivía en una isla de ensimismamiento y alejamiento social, obsesionado por jugar. Su vida era un permanente videojuego y ni quería romper ese círculo vicioso ni sabía cómo hacerlo.

Como suele ser habitual en estos pacientes, Kimi tenía problemas subyacentes que emergieron o se descompensaron con los videojuegos. Al parecer sufría un cierto grado de ansiedad social y déficit de autoconcepto que suplía y olvidaba con la consola de su habitación. Ese empleo instrumental del videojuego se acabó convirtiendo en otra cosa. Cuando debutó la crisis de ansiedad que le llevó a urgencias llevaba tiempo sintiendo experiencias disociativas que define como extrañeza de sí mismo cuando se miraba en el espejo y la sensación de que el no era él. “Era como si yo fuera un avatar”, concluía Kimi. Se le prescribió bupropión y terapia integradora con intervención unipersonal y familiar y la evolución fue satisfactoria gracias a que Kimi se mostró muy motivado para el tratamiento, como si en el fondo advirtiera que necesitaba algo que le revoliera y le hiciera salir de la dinámica autodestructiva que estaba viviendo.

2. DEPENDENCIA AFECTIVA O EMOCIONAL

Gloria es de las pocas pacientes que consultan directamente para resolver su problema de dependencia afectiva. La mayoría o no son conscientes del problema, o si consultan es por el síntoma emergente; por ejemplo, una depresión. “Era la segunda de 3 hijos y mis padres se llevaban mal. Me sentía lejos de ellos lejos y mi madre -cuando apenas tenía yo 9 años me contaba todas sus desgracias y sinsabores. Contaba yo 10 años cuando nació mi hermano pequeño y fui quien le crió. Mi madre no podía o no quería. Mi infancia prácticamente no existió, creciendo en mi interior un reproche hacia mi madre y repulsa hacia mis hermanos”.

“A los 16 años tuve mi primer novio, en el sentido tradicional. Al principio no aguantaba tal atadura diaria, pero luego era imprescindible para mí. Necesitaba oír su voz, saber que estaba ahí, que alguien se preocupaba de mí, y yo de él. 4 años después rompí mi relación por otro novio, más cercano, afectuoso y preocupado por mí; este último hacía de padre, madre, amigas, amigos, era todo para mí y yo me sentía querida, halagada, como si fuera una reina. Para mí era el universo, no el centro, sino el universo en su totalidad. El día que me dejó por otra mujer -mejor situada socialmente- pensé que el mundo se acababa para mí, estuve

mucho tiempo en estado de shock”.

“A los 26 años yo ya era una profesional de éxito, pero la soledad de mi vida me abrumaba. Cuando iba sola a diferentes lugares tenía la impresión de que todo el mundo me miraba por esta circunstancia, aquello era un horror, una mujer sola por el mundo, mejor aguantar a un marido (decía mi madre) que estar sola.... En fin, aquellas cosas que te decían en casa. A Eduardo, su actual marido, lo conoció hace 20 años. Era amigo de una amiga. Al principio él le caía mal (“intelectualizaba todo, tenía una gran capacidad para el lenguaje abstracto, era complejo, retorcido, conflictivo, difícil”).

“El interés de él era económico. Se pasaba la vida bebiendo en los bares. Era un bohemio y sigue siéndolo. Es un vividor, quiere vivir la vida, hablar con todo el mundo. Fuma, bebe. Tiene a tope el colesterol y los triglicéridos. Está chiflado”. El entonces tenía un negocio familiar, había hecho estudios de Derecho, Filosofía y Economía, empezó muchas carreras y no acabó ninguna. También tuvo muchas mujeres. Ella entonces ya estaba a cargo de la empresa y cansada de estar sola. Necesitaba estar con alguien. Acabaron juntos. Entonces sí que le quería: es atractivo, sabe de todo, es multidisciplinario, aunque frágil: sale y tiene que beber; luego se muestra triste y taciturno. “Yo creo que me enamoré porque a los dos nos faltaba algo”. El noviazgo duró 9-10 meses y se veían cada 15 días. Él tenía además otras relaciones. Durante el noviazgo hablaban de literatura, de cine, de filosofía.

Trabajan juntos en la oficina central de la empresa. Gloria le trata mal, dejándole claro su rol de subalterno y que quien sabe y dirige es ella, le hace de menos (aunque no delante de los demás) porque no resuelve nada. “Siempre ha tenido una persona que le hace el trabajo”.

Por ello, cuando me casé lo hice en base a un compromiso y solo basado en el amor, porque como éste es tan efímero, mejor basar la unión en un contrato que en un sentimiento; y mejor con un hombre fracasado profesionalmente para que dependiese de mí y a ser posible trabajar juntos para que así estuviese conmigo todo el día. Craso error. Con el discurrir de los años quien mandaba en el trabajo era yo; en la vida privada él, que al final de día estaba harto de haberme visto tanto y tener que aguantarme desde las 9 de la mañana... Yo llegaba a casa a las 8 de la tarde y él a la hora que le apetecía, yo mientras tanto era incapaz de hacer nada de nada, me sentaba en un sillón a esperar, y cuando volvía, fuese la hora que fuese, le estaba esperando para echarle una enorme bronca. Así todos los días durante 12 años, ya que

durante este periodo y fuera de horas de trabajo no salía con nadie, y era incapaz de hacer nada, nada, nada, ni leer ni cocinar, nada. Asegura que depende de una persona como si fuera “una drogadicta”. “Por una parte soy valiente, emprendedora, muy trabajadora, gano mucho dinero, tengo dotes de mando y con mis subalternos tengo carácter. Profesionalmente soy una triunfadora como directora de empresa, pero tengo una gran dependencia emocional de mi marido que me está afectando hasta el punto de que cada vez trabajo menos y peor”.

Considera un antecedente importante el trato recibido en su infancia por sus padres. “Nunca tuve cariño. Mi madre me sobreprotegía y a la vez me trataba fríamente”. En su marido quizá busca la figura de la madre. “El otro día por ejemplo él me leyó una poesía en la cama para dormir. Quería que me cuidara como a una niña pequeña”

Se considera fuerte y profesionalmente muy válida, aunque sumamente débil con la persona de las que depende. afectivamente” He sido muy vulnerable, como un perrito. Ahora la dependencia es tan exagerada que no puedo vivir “. Dice que es una relación simbiótica (aunque luego cuando se le explica dice que es más bien parasitaria).

Cuando hace 1 año la situación se recrudeció, desapareciendo él días enteros, tuve que ponerme en tratamiento psicológico para ser capaz por lo menos de dormir y de comer. Ahora lo que quiero es ser dueña de mí misma, porque si bien económicamente nunca dependí de nadie, afectivamente he dependido toda mi vida y un mal gesto para mí ha significado horas y horas de intensa amargura. El mismo abandono y dejación de que he sido objeto en los últimos años me ha condenado a la depresión, infelicidad y ostracismo.

Entre los 30 y los 40 años tenía ansiedad, agorafobia, un gran malestar, todo producido por la dependencia afectiva. Le dieron ansiolíticos y le entrenaron en “parada de pensamiento”.

También tenía dependencia sexual “en su momento”, (aunque él no la tenía de ella). “El es un misógino. Yo, sin embargo, soy una persona muy seria y coherente entre lo que pienso y hago”. Ahora él ya no le da nada a nivel sexual ni afectivo.

En enero de este año Eduardo empezó a salir con una chica. “Necesita interlocutores cultos. Ella tiene 25 años (él 47) y es violinista en Berlín. Bohemia. Tiene una estructura mental lógica, como le gusta a Eduardo. Mantienen una relación puramente intelectual (ambos tienen una inteligencia superior y utilizan un lenguaje abstracto), sexualmente nada porque él odia el

sexo. Dice que si estuviera en su mano eliminaría el sexo del ser humano. La relación con la chica abrió la caja de Pandora. El es un misógino recalcitrante. El último viernes dijo “adiós” y apareció el domingo a las 18,30. Cuando volvió me puse seria, pero es inútil, me da la vuelta con sus elucubraciones dispersas y abstractas.

Hasta hace poco Gloria le abroncaba. El pasado enero él se rebeló y dijo que quería tener relaciones por ahí. Ella reaccionó hundiéndose en la más absoluta desesperación, aislándose. Ni cocinaba ni leía. Se ponía en un sofá a mirar en un rincón. Solo trabaja en la oficina, pero en casa no hace nada. Mira a un rincón hasta que él vuelve. Ahora tiene amigas “porque quedé tirada y como no me gusta perder las formas me apropié de los amigos. He vuelto a intentar cenar yo sola”.

Mantienen una lucha de poder: “él está tensando la cuerda y yo no quiero dar un paso en el que me quite la mitad de lo que gané trabajosamente en una vida. Yo quiero ser dueña de mí misma, no estar pendiente de él, aunque mi problema es que si no tengo a alguien que me quiera al lado (por lo menos teóricamente) no soy capaz de vivir, me siento en su sillón y no hago nada, horas y horas mirando para la pared, una mujer como yo a la que le gusta pescar, cazar, hacer deporte, leer, internet, lo que sea, super activa y dinámica, pero tengo que tener a alguien al lado (¡aunque esta persona me haga la vida imposible!) porque no soy dueña de mí misma. Odio las dependencias. No fumo. No bebo. No tomo café ni cola. Y lo voy a conseguir. Y el día que lo consiga seré la reina del mundo sabiendo yo que es así, sin necesidad de que nadie me lo diga.

ANEXO VI: RELACIÓN DE CENTROS ASISTENCIALES QUE ATIENDEN A ADICTOS COMPORTAMENTALES

RELACIÓN DE CENTROS ASISTENCIALES QUE ATIENDEN A ADICTOS COMPORTAMENTALES

ANDALUCÍA

ALMERÍA

Centro de Tratamiento Ambulatorio Cruz Roja Almería

Traviata, 16

04009 - Almería

Almería

950228653

raranda@cruzroja.es

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Almería

Luis Vives 20

04006 - Almería

Almería

950272544

indalajer@gmail.com

Centro Provincial de Drogodependencias de Almería

Paseo de San Luís, s/n

04002 - Almería

Almería

950211101/950281032

spda@dipalme.org

CÁDIZ

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Algeciras

Avenida Virgen de la Palma, Edif Doña Inés, ptl. 1y2, entrepl., loc. 4y5.

11203 - Algeciras

Cádiz

956663809

jarca_asoc@hotmail.com

Centro de Tratamiento Ambulatorio Cádiz

Avenida Guadalquivir s/n (Barriada de la Paz)

11012 - Cádiz

Cádiz

956281261/956281107

drogo.cadiz@dipucadiz.es

CÓRDOBA

Centro Comarcal de Drogodependencias Mancomunidad Guadajoz y C. Este

Cuesta Mesones, 8

14840 - Castro del Río

Córdoba

957374072

udd.ipbs@ipbscordoba.net

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Córdoba

Agrupación Córdoba, s/n

14007 - Córdoba

Córdoba

957401449

secretaria@acojer.com

Centro Provincial de Drogodependencias de Córdoba

Libertador José Gervasio Arpigas s/n Edificio Centrosur

14013 - Córdoba

Córdoba

957768698/957463588

udd.ipbs@ipbscordoba.net

Centro Provincial de Drogodependencias de Córdoba

Buen Pastor 12

14003 - Córdoba

Córdoba

957768698/957463588

udd.ipbs@ipbscordoba.net

GRANADA

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Cenes de la Vega

Avenida de la Sierra Nevada, 35, bajo

18190 - Cenes de la Vega

Granada

958489293

info@agrajer.org

Centro de Tratamiento Ambulatorio Cois Norte

Plaza del Rey Badis, s/n

18013 - Granada

Granada

958152107

coisnortecpd@dipgra.es

Centro Provincial de Drogodependencias

San Juan de Dios, 11

18001 - Granada

Granada

958202101

granadasinadicciones@dipgra.es

HUELVA

Centro de Tratamiento Ambulatorio Cruz Roja Huelva

Avenida Buenos Aires, s/n

21002 - Huelva

Huelva

959261211

huelva@cruzroja.es

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Huelva

Avenida Cristóbal Colón, 91

21002 - Huelva

Huelva

959285078

aonujer@gmail.com

Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones Huelva

Doctor Cantero Cuadrado, s/n

21004 - Huelva

Huelva

959494767

spda@diphuelva.org

JAEN

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Jaén

Adarves Bajos, 20, bajo

23001 - Jaén

Jaén

953232971

alujer@hotmail.com

Centro Provincial de Drogodependencias Jaén

Carretera de Madrid, s/n (Recinto del Hospital Neurotraumatológico) - Jaén

Jaén

953248108

cddjaen@dipujaen.es

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Linares

Paseo de Linarejos, Casillas Ferroviarios, 3 y 4 - Linares

Jaén

953693784

aplijer@yahoo.es

MÁLAGA

Centro de Tratamiento Ambulatorio Málaga Capital

Carril del Conde, 7

29004 - Málaga

Málaga

952069630

jbautista@malaga.es

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Málaga

Diego Vázquez Otero, 5, local

29007 - Málaga

Málaga

952641296

amalajer@amalajer.org

Centro Provincial de Drogodependencias

Ana Solo de Zaldívar, 3

29011 - Málaga

Málaga

952069600

cpdmalaga@malaga.es

SEVILLA

Centro de Tratamiento Ambulatorio Cruz Roja Sevilla

Avenida Cruz Roja, 1 - Dpdo.

41009 - Sevilla

Sevilla

954376613/954376051

sevilla@cruzroja.es

Centro de Tratamiento Ambulatorio Juego Sevilla

José Jesús García Díaz, 4 Esc. 1, Pl. 1, Edf. Henares

41020 - Sevilla

Sevilla

954908300

infoasejer@asejer.org

Centro Provincial de Drogodependencias

Carretera Miraflores, nº 1

41015 - Sevilla

Sevilla

954553017/18

drogodependencias@dipusevilla.es

Instituto Bitácora

Calle Camilo José Cela, nº1, portal 2 2ºB

41018 - Sevilla

954632854

ldelgado@institutobitacora.org

ARAGÓN

HUESCA

PEA Ayuntamiento de Huesca

Avenida Martínez de Velasco, 6

22002 - Huesca

Huesca

974292144

cpc@huesca.es

<http://www.huesca.es/areas/servicios-sociales/adicciones/centro-de-prevencion-comunitaria/>

UASA Huesca

Paseo Lucas Mallada, 22

22006 - Huesca

Huesca

974292022

uasahuesca@salud.aragon.es

UASA Barbastro - Monzón

Avenida Goya, 2

22400 - Monzón

Huesca

974415850

uasa.sec.barbastro@salud.aragon.es

TERUEL

UASA Alcañiz

Avenida Aragón, 46

44600 - Alcañiz

Teruel

978871381

cjulve@alcaniz.es

PEA Ayuntamiento de Teruel

Yagüe de Salas,16

44001 - Teruel

Teruel

978606111

teruel.saludable@teruel.es

https://m.facebook.com/profile.php?id=100068536620442&ref=py_c&_rdr

UASA Cruz Roja Teruel

Calle San Fernando, 6

44002 - Teruel

Teruel

978607338

jopeor@cruzroja.es

ZARAGOZA**Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA)**

Pablo Ruíz Picasso, 59

50018 - Zaragoza

Zaragoza

976724916

drogodependencias@zaragoza.es

<https://www.zaragoza.es/sede/portal/servicios-sociales/adicciones/>

Comunidad Terapéutica Entaban

Camino De En medio, 24

50013 - Zaragoza

Zaragoza

976340175

m.lozano@fundacioncsz.org

UASA Centro Solidaridad Zaragoza

Lucero del Alba, 2

50012 - Zaragoza

Zaragoza

976331775

secretaria@csz.es

<http://www.fundacioncsz.org/programascontenido.php?clave=2>

UASA Centro Solidaridad Zaragoza

Manuela Sancho, 3

50002 - Zaragoza

Zaragoza

976200216

secretaria@csz.es

UASA Cruz Roja Zaragoza

Allué Salvador, 8

50001 - Zaragoza

Zaragoza

976158705

cad@cruzroja.es

UASA Hospital Ntra. Sra. de Gracia

Doctor Fleming, 4 4º pl

50004 - Zaragoza

Zaragoza

976715261

adicciones-hnsgracia@salud.aragon.es

PRINCIPADO DE ASTURIAS

Fundación CESPА Proyecto Hombre

Plaza Humedal, 5 entlo 2

33212 - Gijón

Asturias

984293698

phastur@proyectohombrestur.org

<https://www.proyectohombrestur.org/>

RED Centro Terapéutico de Adicciones

Manuel y Llانةza, 25 - 3ª

33160 - Mieres

Asturias

985468416

info@centrodeadiccionesred.com

<https://centrodeadiccionesred.com/>

Fundación Instituto Spiral

Torrecedredo, 8

33012 - Oviedo

Asturias

985111111

info@fispiral.com

<https://fispiral.com.es/>

Plan sobre Drogas para Asturias

Ciriaco Miguel Vigil, 9 - 2º

33006 - Oviedo

Asturias

985668454

promocionyparticipacion@asturias.org

<https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/05000area-sociosanitaria/01000drogas-y-drogodependencias>

ARAI. Asociación de Rehabilitación de Adicciones e Integración Social

Avenida Prahúa, 12

33120 - Pravia

Asturias

985822964

arais@arais.org

<https://arais.org/>

Centro de Tratamiento El Valle

Carretera Turón

33115 - Santo Adriano

Asturias

985761657

info@aptas.es

<https://aptas.es/>

ISLAS BALEARES

UCA Ciutadella

Carrer República Argentina, 94-96

07760 - Ciutadella de Menorca

Baleares

971386446

ciutadella.drogues@cime.es

http://dgsalut.caib.es/www/infodrogues/recursos/indice_territorial.html

Projecte Home Eivissa

Aubarca, 22

07800 - Eivissa

Baleares

971310225

pheivissa@projectehome.com

www.projectehome.com

UCA Eivissa

Cosme Vidal Llaser, s/n

07800 - Eivissa

Baleares

971195621

http://dgsalut.caib.es/www/infodrogues/recursos/indice_territorial.html

Projecte Home Menorca

Fernández Angulo, 8

07702 - Maó

Baleares

971360850

phmenorca@projectehome.com

www.projectehome.com

UCA Maó

Josep Maria Quadrado, 15 - 2

07720 - Maó

Mallorca

971351184

mao.drogues@cime.es

http://dgsalut.caib.es/www/infodrogues/recursos/indice_territorial.html

Projecte Home Mallorca

Projecte Home, 6

07007 - Palma de Mallorca

Baleares

971793750

info@projectehome.com

www.projectehome.com

Unidad de conductas adictivas UCA 1

Camino de Jesús, s/n

07010 - Palma de Mallorca

Baleares

971212381

http://dgsalut.caib.es/www/infodrogues/recursos/indice_territorial.html

CANARIAS**LAS PALMAS****Centro de Acogida de Tratamiento Aluesa**

Calle mayor de Triana, 103-1º

35002 - Las Palmas de Gran Canaria

Las Palmas

928703610/620965082

uad.aluesa@fundacionadsis.org

www.fundacionadsis.org

Proyecto Esperanza Verol

Escaleritas, 51

35011 - Las Palmas de Gran Canaria

Las Palmas

928251740

proyectoesperanza@caritas-canarias.org

www.caritas_canarias.org

UAD Guanarteme

29 de abril, 75 - bajo

35007 - Las Palmas de Gran Canaria

Las Palmas

928225919/661316802

uadguanartemeadm@hotmail.com

www.asociacioncalidaddevida.es

UAD de Lanzarote

Andalucía,116

35500 - Arrecife

Las Palmas

928813551/928812664

cadlanzarote@cabildodelanzarote.com

UAD Puerto del Rosario

Doctor Fleming, 1

35600 - Puerto del Rosario

Las Palmas

928852030

sipa@cabildofuer.es

UAD-USM La Gomera

Ruíz de Padrón, s/n

38800 - San Sebastián de La Gomera

Santa Cruz de Tenerife

822171215

usmlagomera@gmail.com

SANTA CRUZ DE TENERIFE**Centro de día Garoé Tenerife**

Calle Pedro Doblado Claverie, 34

38010 - Santa Cruz de Tenerife

Santa Cruz de Tenerife

922661020/627568784

mail: centrodedia.tfe@proyectohombrecanarias.com

paginal web: www.proyectohombrecanarias.com

UAD Proyecto Drago de Cáritas

Calle Leocadio Machado, 33
38008 - Santa Cruz de Tenerife
Santa Cruz de Tenerife
922230827/661110496
mail: drago@caritastenerife.org
paginal web: www.caritastenerife.org

UAD Santa Cruz de Tenerife

Calle Horacio Nelson, 32-34
38006 - Santa Cruz de Tenerife
Santa Cruz de Tenerife
922288812
mail: uadsantacruz@sanmigueladicciones.org
paginal web: www.sanmigueladicciones.org

ANTAD-Asociación Norte de Tenerife de Atención a las drogodependencias

Av. Fundador Gonzalo González, 60, 38600 Granadilla, Santa Cruz de Tenerife -
Santa Cruz de Tenerife
922390091
ANTAD-adicciones@antad.es
<http://antad.es/>

CANTABRIA

ACAT - Asociación Cántabra de Ayuda al Toxicómano

Gutiérrez Solana, 7 bajo
39011 - Santander
Cantabria
942330140/687360575/633681291
acat@cop.es
www.acatcantabria.com

AMAT - Afrontando adicciones

General Castañeda, 6 - bajo

39300 - Torrelavega

Cantabria

942891242

info@amattorrelavega.es

www.amattorrelavega.es

UCA Laredo

Espíritu Santo 16

39700 - Laredo

Cantabria

942315899

drogodependencias.laredo@scsalud.es

<https://saludcantabria.es/>

CASTILLA LA MANCHA**ALBACETE****UCA de Albacete**

Miguel López de Legazpi, 2

02005 - Albacete

Albacete

967215276

uca.chua@sescam.jccm.es

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

UCA de Almansa

Avenida Adolfo Suarez, s/n

02640 - Almansa

Albacete

967339500

uca.gaialmansa@sescam.jccm.es

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

USM de Hellín

Juan Ramón Jiménez, s/n

02400 - Hellín

Albacete

967309500

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

CIUDAD REAL

UCA Mancha-Centro

Avenida Constitución, 3

13600 - Alcázar de San Juan

Ciudad Real

926580925

uca.chlmc@sescam.jccm.es

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

UCA de Ciudad Real

Avenida Pio XII, s/n

13002 - Ciudad Real

Ciudad Real

926216168

conductasadictivas.gaicr@sescam.jccm.es

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

UCA de Puertollano

Avenida San Sebastián, s/n

13500 - Puertollano

Ciudad Real

926428039

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

USM de Valdepeñas

Avenida Estudiantes, s/n

13300 - Valdepeñas

Ciudad Real

926320200

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

CUENCA**UCA de Cuenca**

avenida Música Española, s/n

16004 - Cuenca

969179934

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

GUADALAJARA**UCA de Guadalajara**

Ferial, 31 - planta baja

19002 - Guadalajara

949219492

ucaguad@sescam.jccm.es

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

TOLEDO**UCA de Talavera de la Reina**

Carretera Madrid, Km 114

45600 - Talavera de la Reina

Toledo

925803600-ext 86807

uca-smental-talavera@sescam.jccm.es

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

UCA de Toledo

Subida San Servando, s/n

45006 - Toledo

925269200-ext.43062

<https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-regional-de-drogas/atencion-integral-las-adicciones/la-red/unidades-de-conductas-adictivas-uca>

CASTILLA Y LEÓN

ÁVILA

CAD Cáritas de Ávila

San Juan de la Cruz, 8 Planta 1ª

05003 - Ávila

920256360

cad.cdavila@caritas.es

BURGOS

CAD CRUZ ROJA de Burgos

Cruz Roja, s/n

09006 - Burgos

947212664/947212311

mail: cadomar@cuzroja.es

SEPN ACLAD de Burgos

Severo Ochoa, 57 - 1º Izda.

09007 - Burgos

Burgos

947240576

acladbu@aclad.net

<https://www.aclad.net/centros-de-burgos/>

ABAJ Asociación Burgalesa para la Rehabilitación del Juego Patológico

Cruz Roja Española s/n

09006 - Burgos

627409707

administrador@ludopatiaburgos.es; psicólogo@ludopatiaburgos.es

<https://ludopatiaburgos.es/>

Centro de día Proyecto Hombre, Fundación Candeal de Burgos

Pedro Poveda Castroverde, 3 - bajo

09007 - Burgos

947481077

proyctohombreburgos@sarenet.es

<https://www.proyctohombreburgos.com/>

LEÓN

CAD Cruz Roja de León

Alcalde Miguel Castaño, 108

24005 - León

987213279

cadleon@cruzroja.es

SEPN ACLAD de León

Facultad de Veterinaria, 59 - bajo

24002 - León

León

987233932

acladle@aclad.net

<https://www.aclad.net/>

CAD El Bierzo

calle La Chopera s/n

24400 - Ponferrada

León

987411300.

info@ccbierzo.com

<https://ccbierzo.com/servicios/atencion-a-drogodependientes/>

PALENCIA**CT Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Dr. Pampuri)**

Padre Faustino Calvo, s/n

34005 - Palencia

Palencia

979742130

palencia.hospital@hsjd.es

<https://sanjuandedios-palencia.com/tag/pampuri/>

SEPN ACLAD de Palencia

Las Acacias, 2 - bajo

34003 - Palencia

Palencia

979749451

acladpa@aclad.net

<https://www.aclad.net/>

CAD San Juan de Dios de Palencia

Mayor Antigua, 55 - bajo

34005 - Palencia

Palencia

979750651/979750177

palencia.cad@hsjd.es

El Azar Asociación de Jugadores en Recuperación

Avenida de San Telmo 21 1º D
34004 - Palencia
Palencia
646132225/687419677
asociacionelazar@gmail.com
<http://www.asociacionelazar.es/>

CT Fundación Instituto Spiral

Carretera Cervera-Potes Km 8
34846 - Vañes
Palencia
915000050/979870712
madrid@institutospiral.com
<https://fispiral.com.es/>

SALAMANCA

CAD Cruz Roja de Salamanca

Cruz Roja, 1
37005 - Salamanca
Salamanca
923221834/923221032
toxicomanias@cruzroja.es
<https://www.servicioscruzroja.com/personas-con-problemas-de-salud/centro-especifico-de-atencion-ambulatoria-a-personas>

SEPN Nueva Gente de Salamanca

Toro, 78 Entreplanta Oficinas 1-6
37002 - Salamanca
Salamanca
923216128/695598073
nuevagenteasociacion@gmail.com; nuevagente@telefonica.net

SEPN APARED de Salamanca

Toledo, 13 Bajo Local 1 Apdo. 562

37005 - Salamanca

Salamanca

923256913/699545607

aparedsalamanca@hotmail.com

SEPN Cáritas de Salamanca

San Claudio, 16

37007 - Salamanca

Salamanca

923271040

drog-ambulatorio@caritassalamanca.org

<https://www.caritasalamanca.org/>

ASALJAR Asociación Salmantina de Jugadores de Azar Rehabilitados

Nueva de San Vicente, s/n

37007 - Salamanca

Salamanca

923261517/676569570

info@asaljar.org; albertovazreg@gmail.com

<https://www.asaljar.org/>

SEGOVIA

ASEJARE Asociación Segoviana de Jugadores de Azar rehabilitados

Puente de San Lorenzo, 22 1º

40003 - Segovia

Segovia

635957473

presidencia@asejare.org; ayuda@asejare.org

<https://www.asejare.org/>

CAD Cruz Roja de Segovia

Camino de la Piedad, 10

40001 - Segovia

Segovia

921440202

segovia@cruzroja.es; cadsegovia1@cruzroja.es

SEPN Cáritas de Segovia

Riaza, 6 - bajo

40001 - Segovia

Segovia

921461188

caritas.cdsegovia@caritas.es

<https://www.caritas.es/segovia/>

SORIA**CAD Cruz Roja de Soria**

San Benito,19

42001 - Soria

Soria

975214561

cadsoria@cruzroja.es <https://www.cruzroja.es/principal/web/provincial-soria/cad>

VALLADOLID**CAD 1 Cruz Roja de Valladolid**

Arzobispo José Delicado Baeza, 5

47014 - Valladolid

Valladolid

983353318/983132860

valladolid@cruzroja.es

CAD 2 ACLAD de Valladolid

Puente de la Reina, 10 - bajo

47011 - Valladolid

Valladolid

983306466/983306599

cad@aclad.net; aclad@aclad.net

SEPN Cáritas de Valladolid

Calderón de la Barca nº 3 Bajo A

47010 - Valladolid

Valladolid

983204134

toxicomanias@caritasvalladolid.es

<https://www.caritasvalladolid.org>

AJUPAREVA Asociación de Jugadores Patológicos Rehabilitados de Valladolid

Avenida del Valle Esgueva, 8

47011 - Valladolid

Valladolid

983310317/635957473

presidencia@ajupareva.es; ayuda@ajupareva.es

<https://www.ajupareva.es/>

Asociación de Jugadores Rehabilitados Miguel Delibes

Batuecas, 24

47010 - Valladolid

Valladolid

983252489

ajrmigueldelibes@hotmail.com

<http://www.ajrmigueldelibes.com/>

CT Aldaba P.H. Valladolid

Linares, 15

47010 - Valladolid

Valladolid

983259030

proyctohombre@proyctohombrevea.org; info@proyctohombrevea.org

<http://www.proyctohombrevea.org/comunidad-terapeutica/>

ZAMORA

CAD Cáritas de Zamora

Sancho IV, 23 - bajo

49002 - Zamora

Zamora

980531175

cadzamora@caritaszamora.org; administracion@caritaszamora.org

<https://www.caritas.es/zamora/>

CT Cáritas Diocesana – Proyecto Hombre Zamora

Camino Viejo de Villaralbo, s/n - Finca Milagrosa

49001 - Zamora

Zamora

980511870/980509944

zamorph@hotmail.com

cdzamora@caritaszamora.org

CATALUÑA

BARCELONA

CAS Gràcia. Centre de Salut Mental i Addiccions. CSM Gracia

de la Mare de Déu del Coll, 41 - bajos

08023 - Barcelona

Barcelona

932189302

csm@hhscjmerced.com

Centre Sanitari de Salut Mental Atenció i Investigació de Socioadiccions

del forn, 7-9

8014 - Barcelona

Barcelona

933013024

ais@ais-info.org

<https://ais-info.org/ca/>

Unitat d'Addiccions Comportamentals de l'Hospital de Sant Pau

Sant Antoni Maria Claret, 167

8025 - Barcelona

Barcelona

935537665

recepcioaddiccions@santpau.cat

<http://www.santpau.cat/web/public/unitat-de-conductes-addictives>

Unitat d'Addiccions Comportamentals de l'Hospital Universitari de Bellvitge

Carretera Feixa llarga, s/n

8907 - L'Hospitalet de Llobregat

Barcelona

932607988

jocpatologic@bellvitgehospital.cat

<https://bellvitgehospital.cat/ca/especialidades/psiquiatria>

Unitat d'Addiccions Comportamentals d'Althaia (CAS del Bages)

Dr. Llatjós, s/n

8243 - Manresa

Barcelona

938742112 ext. 3176

ddiez@althaia.cat

<https://www.althaia.cat/althaia/ca/assistencial/salut-mental/adults>

Unitat d'Addiccions Comportamentals del Consorci Sanitari del Maresme

Cirera, s/n

8304 - Mataró

Barcelona

937417786

cadmataro@csm.cat

<https://www.csdm.cat/ca/>

Unitat d'Addiccions Comportamentals del Consorci Sanitari de Terrassa

Carretera Torrebónica, s/n

8722 - Terrassa

Barcelona

937314771

spsiquiatria@cst.cat

www.cst.cat

GIRONA

CAS Garrotxa

Avenida Països Catalans, 86

17800 - Olot

Girona

972269202

mail: casgarrotxa@ias.cat

Unitat d'Addiccions Comportamentals de l'Institut d'Assistència Sanitària

Dr. Castany, s/n

17190 - Salt

Girona

972182600 ext. 1243

jocpatologic@ias.cat

<http://www.ias.cat/ca/contingut/salutmental/504>

LLEIDA

CAS de la Seu d'Urgell

Paseo Joan Brudieu, 8
25700 - La Seu d'Urgell
Lleida
973350050
hospital@fsh.cat

CAS Lleida. Hospital Universitari Santa Maria de Lleida

Alcalde Rovira Roure, s/n
25198 - Lleida
Lleida
973727059
<https://www.gss.cat/node/24507>

CAS Tremp. Dispensari d'Assistència a les Drogodependències. CAP Salut Mental. Hospital Comarcal del Pallars

Calle Pau Casals, 5
25620 - Tremp
Lleida
973652255
hcp@hospitalpallars.com

TARRAGONA

CAS Reus. Servei d'Addiccions i Salut Mental.

Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Avenida Dr. Laporte, 1
43201 - Reus
Tarragona
977308544 ext. 5495
addiccionsisalutmental@salutsantjoan.com
https://www.infodroguesreus.com/?page_id=5

Unitat d'Addiccions Comportamentals de l'Institut Pere Mata

Passatge

Vía: de la rodona, 2 - Reus

Tarragona

977341656

csmreus@peremata.com

<http://www.peremata.cat>

COMUNIDAD VALENCIANA

ALICANTE

UA Alicante

San Agatangelo, 40, C.S. Benalua

03010 - Alicante

Alicante

966478689

ucaalcoholalicante@gva.es

UCA Alicante (Campoamor)

Plaza de América, 4

03010 - Alicante

Alicante

965936412

ucailegales18@gva.es

UA Alicante

c/ Aaiun, s/n (Instalaciones PAS)

03001 - Alicante

Alicante

965933779

ucaalcoholalicante@gva.es

UCA Alicante (Sta. Faz)

Plaza Santísima Faz, 7

03002 - Alicante

965918140

uca_santafaz@gva.es

CASTELLÓN**UCA Castellón (C. Hospital Provincial)**

Dr. Clara, 19

12002 - Castellón de la Plana

964254025

uca@hospitalprovincial.es

UCA Castellón (C. Salud San Agustín)

Avenida Diputación, s/n

12004 - Castellón de la Plana

Castellón

964738240

mail: ucacastellonsanagustin_dscs@gva.es

UCA Vall D`Uixo

Avenida Jaime I, 13

12600 - Vall D`Uixo

Castellón

964399290

mail: uca_vall@gva.es

UCA Vinaròs

Plaza Sant Antoni, 19

12500 - Vinaros

Castellón

964452589

uca_vinaros@gva.es

VALENCIA

UCA Paterna

Puzol, s/n

46980 - Paterna

Valencia

963108770

uca_paterna@gva.es

UCA Torrent

Valencia, s/n

46900 - Torrente

Valencia

961974868

ucatorrent@gva.es

UA Valencia

Calle Flora, 7

46010 - Valencia

Valencia

962825717

lara_amp@gva.es

Centro Llaurant la Llum

Calle Partida de Terrabona

46220 - Picassent

Valencia

961232870

info@llaurantlllum.com

<https://www.llaurantlllum.com/>

EXTREMADURA

BADAJOS

Asociación ATABAL

Cervantes 6 1º B

06002 - Badajoz

Badajoz

924248383

a.atabal@gmail.com

<http://asociacionatabal.es/wordpress/>

Comunidad Terapéutica Proyecto Vida-Centro Hermano

Benito Mahedero Balsera, s/n

06011 - Badajoz

Badajoz

924240047

centrohermano.cdmeba@caritas.es

<https://proyectedevida.pe/>

ECA Badajoz Los Pinos

Ronda del Pilar, 22

06002 - Badajoz

Badajoz

924215368

ECA Badajoz Valdepasillas

Jaime Montero de Espinosa, s/n

06010 - Badajoz

Badajoz

924218006

CÁCERES

Asociación ACAJER

Alameda - Apdo. Correos, 32

10005 - Cáceres

610392497

nuevoacajer@gmail.com

ECA Cáceres

Ronda del Carmen, 6

10002 - Cáceres

927225941

Comunidad Terapéutica Rozacorderos

Carretera de Ciudad Rodrigo, s/n

10840 - Moraleja

Cáceres

927193038

ctrozacorderos@mensajerospazex.es

<https://www.mensajerosdelapazextremadura.es/estaticas/centrosadicciones.html>

Comunidad Terapéutica de Mujeres con/sin hijas/os Charo Cordero

Carretera Montehermoso, s/n

01600 - Plasencia

Cáceres

927423815

mail: lidiaregidor@gmail.com

Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre

Coria, 25

10600 - Plasencia

Cáceres

927199108

phextrem@hotmail.com

<http://phextremadura.com/>

GALICIA

A CORUÑA

Unidad Asistencial de Drogodependencias ACLAD

A Ermita, 2 A - bajo

15008 - A Coruña

981243327

<http://www.acladcoruña.es>

Instituto Castelao

Rúa Juan Flórez, nº 8, 1ª Planta

15004 - A Coruña

981639921

<https://www.institutocastealo.com/>

Unidad Asistencial de Drogodependencias ASFEDRO

Cádiz, s/n - bajo

15406 - Ferrol

A Coruña

981372112

asfedro@telefonica.net

<https://asfedro.org>

Centro de Acollida - Proxecto Home

Cottolengo, 2 - bajo

15702 - Santiago de Compostela

A Coruña

direccionphg@proxectohome.gal

<http://proxectohome.org/es/presentacion.asp>

Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes UMAD

Manuel María, 8 - bajo

15705 - Santiago de Compostela

A Coruña

981528770

umad@santiagodecompostela.gal

<http://umad.santiagodecompostela.gal/umad/>

LUGO

Unidad Asistencial de Drogodependencias

Das Laxelas s/n

27880 - Burela

Lugo

982580201

Unidad Asistencial de Drogodependencias

San Eufrasio, s/n - bajo

27002 - Lugo

Lugo

982280434

uad_lugo@cruzroja.es

<https://www.cruzvermella.org/area/persoas-drogodependentes/>

Unidad Asistencial de Drogodependencias VAL DE LEMOS

Praza da Estación, s/n

27400 - Monforte de Lemos

Lugo

982400495

uad@concellodemonforte.com

<http://www.monfortedelemos.es/es/sanidad/uad/informacion>

ORENSE

Centro de Acollida - Proxecto Home

Guizamonde, s/n - baj

32001 - Ourense

988371192

<http://proxectohome.org/es/presentacion.asp>

Unidad Asistencial de Drogodependencias

Ramón Puga, 52-56 - bajo

32005 - Ourense

986369829

uca.ourense@sergas.es

PONTEVEDRA

Unidad Asistencial de Drogodependencias

García Escudero,

36002 - Pontevedra

986848197

uad@pontevedra.eu

Centro de Acollida - Proxecto Home

Avenida Ramón Nieto, 245, bajo

36205 - Vigo

Pontevedra

986374646

<http://proxectohome.org/es/presentacion.asp>

Unidad Asistencial de Drogodependencias Alborada

Isaac Peral, 6 - bajo

36201 - Vigo

Pontevedra

986224848

alborada@alborada.org

<http://www.alborada.org>

Unidad Asistencial de Drogodependencias Cedro

Pintor Colmeiro, 9 - baj

36211 - Vigo

Pontevedra

986482750

<http://hoxe.vigo.org/movemonos/cedro#/>

LA RIOJA

Asociación Riojana de Jugadores de Azar (ARJA)

Avenida Portugal, 28

26001 - Logroño

La Rioja

941208833

info@arjarioja.com

<http://www.arjarioja.com/>

Oficina de información sobre drogas y otras adicciones

Vara de Rey, 8 bajo

26071 - Logroño

La Rioja

900714110

oficina.drogas@larioja.org

<https://infodrogas.org/oficina-de-informacion>

ARAD- Asociación Riojana para la Atención a Personas con Problemas de Drogas

calle Madre de Dios nº3, bajo

26004 - Logroño

La Rioja

941241889

administracion@aradrioja.org

www.aradrioja.es

Asociación Riojana de Adicciones y Rehabilitación de Nájera

Avenida de La Rioja, s/n

26300 - Nájera

La Rioja

941279000/941279048

najera@riojasalud.es

<https://www.riojasalud.es/ciudadanos/informacion/centros-servicios/otros-centros-sanitarios/centros-salud/rioja-alta/najera>

COMUNIDAD DE MADRID

Centro Adicciones Comportamentales Madrid

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Gregorio Marañón

calle Ibiza nº 43

28009 - Madrid

Madrid

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/adcom-madrid>

<https://citawebadcom.sanidadmadrid.org/Acceso/Servicio.aspx>

Fundación Instituto Spiral

Marqués de Valdeiglesias , 2

28004 - Madrid

Madrid

915 000 050

info@fispiral.com

<https://fispiral.com.es/>

CAD Latina

calle Camarena nº10

28047 - Madrid

Madrid

917198989

cadlatina@madrid.es

www.madridsalud.es

CAD Villaverde

calle Verde Viento nº16

28021 - Madrid

Madrid

917231110

cadvillaverde@madrid.es

www.madridsalud.es

CAD Vallecas

calle Concordia nº17

28053 - Madrid

Madrid

917231110

cadvallecas@madrid.es

www.madridsalud.es

CAD San Blas

calle Alcalá nº 527

28027 - Madrid

Madrid

917231110

cadsanblas@madrid.es

www.madridsalud.es

CAD Tetuán

calle Pinos Alta nº122

28099 - Madrid

Madrid

913235920

cadtetuan@madrid.es

www.madridsalud.es

CAD Arganzuela

Paseo de la Chopera nº12

28045 - Madrid

915886186

cadarganzuela@madrid.es

www.madridsalud.es

CAD Hortaleza

calle Minaya nº7

28045 - Madrid

913822530

cadhortaleza@madrid.es

www.madridsalud.es

CCAD Casa de Campo-Cruz Roja

Avda de Portugal s/n

28011 - Madrid

914799499

www.madridsalud.es

CCAD Centro - Cruz Roja

Avda de Portugal s/n

28011 - Madrid

914291960

www.madridsalud.es

CCAD Santa Hortensia - Cáritas

calle Santa Hortensia nº1

28002 - Madrid

9147440599

www.madridsalud.es

ADIT Psiquiatría y Psicología

Calle del Gral. Castaños, 5, 1ºIzda

28004 - Madrid

913081941

<http://aditpsiquiatriaypsicologia.es/contacto>

CAID Vallecas

calle Cincovillas, 5
28051 - Madrid
Madrid
914942828
caidvallecas@salud.madrid.org
www.madrid.org

CAID San Blas

Plaza Cívica, s/n
28037 - Madrid
Madrid
913064542
caideste@madrid.org
www.madrid.org

CAID Norte

calle Nuestra Señora del Carmen nº46
28039 Madrid - Madrid
Madrid
913980556
caidnorte.agad@salud.madrid.org
www.madrid.org

CAID Leganés

Avenida Vicente Aleixandre nº16
28911 - Leganés
Madrid
912489315
cmapd@leganes.org
www.madrid.org

CAID Getafe

Plaza Alcalde Juan de Vergara, s/n

28904 - Getafe

Madrid

912027961

drogodependencia@ayto-getafe.org

www.madrid.org

CAID Parla

calle Humanes, nº 31, posterior

28981 - Parla

Madrid

914942828

caid@ayuntamientoparla.es

www.madrid.org

CAID San Fernando de Henares

calle José Alix Alix, s/n,

28830 - San Fernando de Henares

Madrid

914942828

sanidad@ayto-sanfernando.com

www.madrid.org

CAID Fuenlabrada

calle Sauce nº43

28942 - Fuenlabrada

Madrid

916490180

caid@ayto-fuenlabrada.es

www.madrid.org

CAID Usera

calle Jaspe nº40
28026 - Usera
Madrid
915003010
caiddeusera.agad@salud.madrid.org
www.madrid.org

CAID Móstoles

Plaza Villafontana s/n
28937 - Móstoles
Madrid
916452568
caidmostoles.agad@salud.madrid.org
www.madrid.org

CAID Majadahonda

Avenida Guadarrama nº34, 1º
28220 - Majadahonda
Madrid
916349465
plan.drogas@majadahonda.org
www.madrid.org

CAID Aranjuez

calle Primero de Mayo nº1
28300 - Aranjuez
Madrid
918922098
ccdd@aranjuez.es
www.madrid.org

CAID Alcorcón

Paseo de Extremadura nº19
28921 - Alcorcón
Madrid
911127770
cdrogodep@ayto-alcorcon.es
www.madrid.org

CAID Arganda del rey

Camino del Molino s/n
28500 - Arganda del Rey
Madrid
918711344 ext.501
www.madrid.org

CAID Alcalá de Henares

calle Santiago nº13, 1º
28801 - Alcalá de Henares
Madrid
918771740
plandrogas@ayto-alcaladenares.es
www.madrid.org

CAID Alcobendas

calle Libertad nº6, 2º
28100 - Alcobendas
Madrid
916637001
caid@aytoalcobendas.es
www.madrid.org

CAID Mejorada-Velilla de San Antonio

calle Federico García Lorca, 18

28840 - Mejorada del Campo

Madrid

916682127

caid@ssmejoradavelilla.org

www.madrid.org

CAID Mancomunidad de los Pinares

Carretera de Toledo, nº4

28680 - San Martín de Valdeiglesias

Madrid

918676774

caid@mancomunidadlospinares.org

www.madrid.org

REGIÓN DE MURCIA

Centro de Atención de Drogodependencias de Murcia

Avenida de la Fama, 1

30003 - Murcia

Murcia

968359062

josefa.celdran@carm.es

página web: http://www.murciasalud.es/salud_mental.php

Centro de Encuentro y Acogida Murcia Asociación Colectivo La Huertecica

Finca La Huertecica, Molino Derribao s/n, Santa Ana, Cartagena

30005 - Murcia

Murcia

968524656

colectivo@lahuertecica.com

<http://www.lahuertecica.com>

Comunidad Terapéutica Murcia Proyecto Hombre

Avenida Mercamurcia, 5, El Palmar

30120 - Murcia

Murcia

968280034

dir.administracion@proyectohombremurcia.es

www.proyectohombremurcia.es

Clínica Dr García Basterrechea

calle Infanta Cristina nº8

30007 - Murcia

Murcia

968906195

contacto@stop-adicciones.es

<https://www.stop-adicciones.es/>

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Centro Salud Mental Casco Viejo

Compañía, s/n

31001 - Pamplona

Navarra

948206635

csmcviej@cfnavarra.es

Comunidad Terapéutica Antox Oficina

Calle Olite, 26 - 2º

31004 - Pamplona

Navarra

948242389

info@antox.es

Comunidad Terapéutica Ibarre Oficina

Jarauta, 2 - 4

31001 - Pamplona

Navarra

948212040

ibarre@biaizpe.net

Hospital de día de Adicciones Zuria

Irunlarrea, s/n

31008 - Pamplona

Navarra

948198654

hospital.dia.zuria@cfnavarra.es

PAÍS VASCO

ÁLAVA

CENTRO de Orientación y Tratamiento de Adicciones (COTA) – Osakidetza

Julián de Arrese, 5

1010 - Vitoria-Gasteiz

Álava

945294040

cota.rsma@osakidetza.eus

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/entidad/centro-de-orientacion-y-tratamiento-de-adicciones-cota/ab84-cerbus/es/>

Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación, ASAJER

General Álava, 25 - 1º-drcha

01005 - Vitoria-Gasteiz

Álava

945140468

asajer@telefonica.net

<https://www.asajer.org/>

Ayuntamiento de Victoria-Gasteiz - Servicio de Salud Pública

Cuesta San Vicente, s/n
01001 - Vitoria-Gasteiz
Álava
945161243/945161502
saludpublica@vitoria-gasteiz.org
<https://www.vitoria-gasteiz.org>

Fundación JEIKI-Proyecto Hombre

Bernal Díaz de Luco, 6 - bajo
1013 - Vitoria-Gasteiz
Álava
945143720
fundacionjeiki@euskalnet.net
www.jeiki.org

GUIPUZCOA

Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas-AGIPAD

Javier Barkaiztegi, 23, bajo
20014 - Donostia-San Sebastián
Guipúzcoa
943473864
agipad@agipad.org
<https://www.agipad.org/>

Servicio Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias de Donostia-San Sebastián

Urdaneta, 13, bajo
20006 - Donostia-San Sebastián
Guipúzcoa
943481512/943481000
pilar_ibazeta@donostia.eus / osasuna@donostia.eus

Ekintza Bibe

Alaberga, 59, bajo dcha.

20100 - Errenteria

Guipúzcoa

943340202

info@ekintzabibe.org

<https://ekintzabibe.org/>

AERGI Adicciones

Antxota , 1 - 1

20160 - Lasarte-Oria

Guipúzcoa

943374290/648171249

aergi@aergi.es

<https://www.aergi.es/>

VIZCAYA**Ekintza-Aluviz Ayuda a Ludópatas de Bizkaia**

San Juan, 26

48901 - Barakaldo

Vizcaya

944388665

ekintza.aluviz26@gmail.com

<https://ekintzaaluviz.com/>

Fundación Etorkintza

Jon Arrospide, 24

48014 - Bilbao

Vizcaya

944444249

fundacion@etorkintza.org

<https://etorkintza.org/>

Fundación Gizakia

Madariaga, 63

48014 - Bilbao

Vizcaya

944471033

fundacion@gizakia.org; adicciones@gizakia.org; insercionlaboral@gizakia.org

<https://www.gizakia.org/es>

Asociación Agiantza Elkartea

Dos de Mayo, 20

48003 - Bilbao

Vizcaya

944320093/607470407

agiantza@agiantza.org

www.agiantza.org

Servicio Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias de Bilbao

Ugalde, 7

48012 - Bilbao

Vizcaya

944204974/944205067

drogodep@ayto.bilbao.net

Comunidad Terapéutica Gordexola Gizakia

Barriada Zubiete, 59-61

48192 - Gordexola

Vizcaya

94699191

comunidad@gizakia.org

<https://www.gizakia.org/es/atencion-de-adicciones/centro-de-atencion-residencial>

Comunidad Terapéutica Kortezubi

Barriada Santa Ana, 15

48315 - Kortezubi

Vizcaya

946256063/688698561

fundacion@etorkintza.org

<https://etorkintza.org/que-hacemos/centro-de-tratamiento-residencial-kortezubi/>

CEUTA

Juan de Juanes, 4

51002 - Ceuta

Ceuta

956503359

uca@ceuta.es

<http://adicciones.ceuta.es>

MELILLA

Servicio de Drogodependencias (Drogodependencias)

Paseo Marítimo Mir Berlanga, s/n (Antiguo Centro Menores Lucas Lorenzo)

52006 - Melilla

Melilla

952976172

mahmed01@melilla.es

Fundación Instituto Spiral

www.fispiral.com

91 000 050

info@fispiral.com