



# PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN **PATOLOGÍA DUAL**

## **Directores**

Nestor Szerman  
Carlos Roncero  
Miguel Casas

## **Autores**

### **Dr. Francisco Ferre Navarrete.**

Jefe Servicio Psiquiatría B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### **Dra. Juncal Sevilla Vicente.**

Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid

### **Dr. Ignacio Basurte Villamor.**

Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria.  
Servicio Psiquiatría B  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

© 2016 EdikaMed, S.L.

Josep Tarradellas, 52 - 08029 Barcelona

[www.edikamed.com](http://www.edikamed.com)

ISBN:

Impreso por:

Depósito legal:

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, la reproducción parcial o total de esta obra. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a EdikaMed S.L., o a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.



# ÍNDICE

1. Concepto de adicción comportamental
2. Magnitud epidemiológica del problema
3. Algunas variantes clínicas
4. Patología dual y adicciones comportamentales online
5. Tratamiento
6. Bibliografía
7. Caso clínico
8. Test de evaluación

**5**  
**10**  
**10**  
**13**  
**15**  
**16**  
**21**  
**25**



# 1. Concepto de adicción comportamental

## Un problema de nuestro tiempo

A través de los medios de comunicación y de sus demandas asistenciales, la sociedad ha puesto sobre la mesa el problema del uso problemático, incluso patológico, de las tecnologías y de las adicciones sin sustancia. En este capítulo nos vamos a centrar en todos aquellos comportamientos adictivos sin sustancia que están siendo vehiculizados por las denominadas “nuevas tecnologías”, aunque para ser más exactos deberíamos decir los que están mediados por internet en su diferentes variedades o por vía telefónica en el caso del móvil.

En la adicción con sustancia el adicto se siente esclavizado, no es capaz de parar a pesar del paupérrimo balance coste-beneficio en el que no consigue ningún disfrute de la droga, sino más bien al contrario, ésta le causa un gran sufrimiento. Esto se debería diferenciar claramente del patrón común del uso recreativo de las drogas que se perciben como diversión aceptando el daño que causa al menos a corto plazo, porque le merece la pena al consumidor. Eventualmente, las adicciones comportamentales podrían extenderse fácilmente incluyendo aficiones apasionadas a otras actividades comunes del ser humano. Si se puede ser adicto al juego y a internet, ¿por qué no incluir las compras, el ejercicio, el sexo, el trabajo, los deportes, etc.? Cualquier actividad hecha con afición y pasión estaría en riesgo de considerarse un trastorno mental. Por esta razón el concepto de adicciones comportamentales ha sido muy controvertido y aún no ha sido oficialmente reconocido. Y hay una buena razón para ello: es muy difícil distinguir a las pocas personas que realmente están esclavizadas por las compras, el sexo, el trabajo, el deporte o internet de esa otra mayoría en la que simplemente hay un vínculo intenso recreativo a actividades placenteras (1).

No puede aceptarse como trastorno mental y llamar adicto a alguien que disfruta enormemente con una actividad, obtiene mucho placer y diversión de ella, y gasta mucho tiempo en ella. Para considerarse adicto, debería encontrarse atrapado haciendo compulsivamente algo que ya no le causa ningún placer, se siente fuera de control, no le reporta ninguna utilidad y ya no le merece la pena el dolor, los costes y el daño que le causa. Llevado a un extremo, el término adicción podría convertirse fácilmente en una excusa para la búsqueda irresponsable de la gratificación y el placer: “lo siento, lo hice, pero no es mi culpa, es la adicción que me llevó a ello”.

En la investigación sobre la adicción a internet, Davis (2) fue el primero en distinguir entre lo que llamó adicción a internet generalizada y la adicción a internet específica. La primera haría referencia al uso excesivo multidimensional de internet sin focalizarse en una aplicación en particular, mientras que la segunda se caracterizaría por el abuso de una aplicación concreta de internet, como los juegos, las apuestas, las redes sociales, el cibersexo o las compras online.

Para completar este planteamiento, Brand (3) propuso un modelo de adicción a internet que interrelaciona los factores de vulnerabilidad, las cogniciones (estilos de afrontamiento y expectativas sobre internet) y los mecanismos de refuerzo de la conducta en el contexto de la adicción a internet tanto generalizada como específica. En concreto, planteó la asociación entre la predisposición a ser gratificado por la aplicación, entendida como un rasgo esencial de la persona, y la expectativa de que esa aplicación satisfaga los deseos del sujeto. Así, la gratificación experimentada constituiría el elemento clave para el desarrollo y mantenimiento de una adicción específica a internet.

Sin embargo, junto a este interés científico, están teniendo una gran profusión libros y artículos alarmantes, revistas de divulgación y programas de televisión, así como la aparición de programas de tratamiento no testados que dan por hecho un diagnóstico todavía no aceptado por la comunidad científica. Así el DSM-5 (4) pone los límites relegando la adicción a internet a una sección secundaria, que necesita de mayores evidencias que las actuales para ser considerado una nueva categoría diagnóstica y no legitimándolo como un diagnóstico psiquiátrico oficial. Esto no es óbice para que la adicción a internet sea una entidad que toma cuerpo y amplitud incluso sin el reconocimiento DSM-5. No hay duda que la mayoría de nosotros nos hemos visto alguna vez ensimismados con nuestros aparatos electrónicos o informáticos y que algunas personas desarrollan un insano e incontrolable vínculo con dichos instrumentos. Hemos de ser capaces de entender lo que supone utilizar el término adicción como medio útil de describir pasiones y necesidades, y que no sería lógico considerarnos a nosotros mismos adictos a la luz eléctrica, los coches, la televisión, los frigoríficos o el aire acondicionado. Es importante subrayar que el uso problemático de internet es algo distinto y su definición como adicción está estrechamente relacionada con la de adicción a drogas, por lo que puede ser un buen punto de par-

tida para entender y evitar confusiones (5). Deben quedar claramente aplicadas a la adicción a internet las tres características que definen los trastornos por consumo de sustancias (6):

1. Un modelo problemático de consumo: uso continuado incluso cuando ya la conducta no produce el efecto deseado y el coste es extremadamente alto (repercusión familiar, social, laboral, económica, legal), provocando un deterioro o un malestar clínicamente significativos durante un plazo de 12 meses.
2. Tolerancia: cada vez hace falta más para conseguir lo mismo.
3. Abstinencia: se produce sensación insoportable cuando se intenta dejarlo.

## Impulsividad

La impulsividad, un elemento psicopatológico frecuente en la patología adictiva, es probablemente el rasgo que mejor permita entender la ubicación futura de estas adicciones comportamentales. Así, se usa el adjetivo impulsivo para caracterizar una conducta que aparentemente es desinhibida en el sentido de que es irreflexiva, precoz e inapropiada en el contexto, y que además tiene consecuencias adversas. La conducta impulsiva frecuentemente es arriesgada pero no necesariamente es sinónimo de “búsqueda de sensaciones”.

Hipotéticamente el rasgo de personalidad denominado impulsividad es un concepto importante para entender la vulnerabilidad, el inicio y la recaída de los trastornos impulsivos compulsivos. Pero la impulsividad en sí misma no es un constructo unitario, sino que distinguimos entre acción impulsiva (7) (como en los paradigmas go/no go) y la elección impulsiva (entendida como evitar el lapso temporal entre la recompensa y la gratificación diferida). La relación entre “esperar” y “parar” se refiere a si el proceso inhibitorio ocurre antes o después del inicio de respuesta, respectivamente (8). Una alteración en el “parar” sería un componente esencial de la conducta compulsiva que se define como comportamiento repetido a pesar de las consecuencias adversas. La conducta compulsiva claramente emerge en diferentes contextos y puede implicar mecanismos conductuales distintos. Por ejemplo, el trastorno obsesivo compulsivo se concibe como una conducta autodañina mantenida por un refuerzo negativo; por el contrario, la ingesta de drogas emerge de un aberrante refuerzo positivo. Sin embargo, esta distinción no siempre está clara (8) porque por un lado sabemos que los adictos a sustancias cuando consumen para evitar el síndrome de abstinencia realizan la conducta por refuerzo negativo, mientras que en algunas modalidades del

espectro obsesivo compulsivo –como en el trastorno por acumulación– el refuerzo no es negativo. En los jugadores patológicos se observa similar heterogeneidad en la motivación para jugar: a veces se hace por disfrutar ganando y otras veces se hace para paliar un estado de emocionalidad negativa de ansiedad, depresión o aburrimiento (9).

Muchas sustancias tienen efectos neurotóxicos y algunas conductas compulsivas –como la cleptomanía– son disruptivas para la sociedad. Sin embargo, dedicar un tiempo excesivo a una actividad a expensas de reducir o alterar el tiempo dedicado a actividades tales como el trabajo o la vida familiar también se podría interpretar como una consecuencia adversa y negativa; esto es lo que ocurre en las adicciones comportamentales.

Para que las adicciones comportamentales alcancen una categoría diagnóstica claramente delimitada, debe generarse una sólida investigación a la luz de lo que hemos recogido del estudio de las adicciones a drogas, del trastorno obsesivo compulsivo y más recientemente del juego patológico (10).

## Síntoma o trastorno

Hemos de admitir que muchos de nosotros comprobamos mensajes y correos mientras estamos en el teatro o en mitad de la noche, o nos sentimos perdidos y desamparados cuando por algún motivo no tenemos acceso a las nuevas tecnologías y gastamos cada minuto que nos sobra en navegar, escribir o jugar con el móvil. Es cierto, pero ¿realmente eso nos hace adictos? Para la mayoría de las personas estar atados a internet, por muy poderoso y consumidor que sea, proporciona mucho más placer o productividad que dolor y deterioro. No puede calificarse de conducta propia de un trastorno mental algo que forma parte necesaria de la vida diaria y del trabajo de las personas, máxime cuando se vive más como una afición o herramienta que como una esclavización.

Pero dicho esto, efectivamente hay una minoría de usuarios de internet que están enganchados en un patrón de compulsividad, de uso inútil y autodestructivo, y que se sienten atrapados en vidas virtuales. El concepto de adicción podría aplicarse a muchos de ellos y desde luego se beneficiarían de un tratamiento. Pero de momento estamos lejos de saber cómo definir la adicción a internet sin cometer el error de incluir como trastorno a personas muy aficionadas a estas nuevas tecnologías.

Tampoco sabemos la proporción de personas enganchadas a internet que tienen patología dual, un problema psiquiátrico primario que necesita ser abordado primero y que puede enmascarse si todo se intenta explicar como una adicción al in-

ternet. Sin embargo, hace dos décadas, cuando se inició la investigación en la problemática del uso excesivo de nuevas tecnologías y más en concreto de internet, Young and Rogers (11) sugirieron el vínculo entre depresión y uso patológico de internet pero atisbando la dificultad de aclarar si la depresión era causa o efecto del uso de internet. Por su parte, Kraut et al. (12) concluyeron que el uso patológico de internet causaba el trastorno, y no al revés. Por aquella época un estudio reveló que los abusadores de internet tenían mayor prevalencia-vida de padecer trastorno bipolar, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del control de los impulsos y dependencia al alcohol, sugiriendo que el uso excesivo de internet no era otra cosa que una expresión de estos trastornos (13). Así pues, desde que la psiquiatría se interesó por este problema se ha debatido si los clínicos están investigando y tratando patrones conductuales comórbidos con depresión, alcoholismo o personalidad antisocial creyendo que han descubierto una nueva adicción que en definitiva lo que puede hacer es enmascarar el correcto diagnóstico de trastornos psiquiátricos primarios para los que hay tratamientos eficaces (14).

Para otras adicciones sin sustancia mediada o no por internet, como la compra compulsiva, existe cierto consenso para una postura intermedia. La clasificación clínica de este fenómeno clínico está todavía muy debatida y cuestionada, y de ahí la multitud de terminología relacionada. No obstante, la sintomatología obliga al clínico a encuadrar a estos pacientes a veces como un trastorno del control de los impulsos y otras veces como sintomatología dentro del espectro impulsivo compulsivo o como adicciones comportamentales, por lo que utilizar el término de “uso patológico o problemático de...” puede ser la postura más neutral y prudente (15).

Como vemos, la cuestión crítica está en donde poner la línea que delimita lo normal y lo anormal de estas conductas. De hecho, desde una perspectiva dimensional el DSM-5 utiliza criterios más exigentes para diagnosticar juego patológico (precisa cuatro o más criterios) o trastorno por juego en internet (cinco o más criterios) que para los trastornos por sustancias de abuso, donde sólo exige dos o más criterios. Por tanto, tampoco debemos llegar al extremo de descuidar o infraestimar las conductas adictivas sin sustancia que tienen un impacto negativo en las personas y en la salud pública.

Independientemente de que se encuentre o no una denominación legítima dentro de la nomenclatura psiquiátrica para la adicción a internet y por ende a otras adicciones sin sustancias, la realidad clínica actual es que hay pacientes que sufren por percibir como incontrolable el impulso a usar internet y todas sus especificidades y que demandan tratamiento para ello. Y más allá del debate conceptual, llegados a este punto el clínico ha de definir si la adicción en

cada paciente es síntoma, y por lo tanto secundario, o trastorno, y por lo tanto un problema primario (16).

## La no ubicación en dsm-5

Las adicciones comportamentales están alcanzando de manera lenta y progresiva el reconocimiento de categoría diagnóstica válida como trastorno psiquiátrico tal y como demuestra la reciente ubicación en el DSM-5 del juego patológico como un trastorno adictivo no relacionado con sustancia. Sin embargo, varios ejemplos de adicciones comportamentales no han conseguido ese reconocimiento formal y se encuentran dispersas en otras secciones del DSM-5. Son varios los autores (17), entre los que nos incluimos, que pensamos que estamos en un punto importante de la evolución del concepto de adicción comportamental, puesto que será en el nuevo espectro de los trastornos impulsivos compulsivos, actualmente usado con éxito, donde quedarán incluidos desde el trastorno obsesivo compulsivo hasta las adicciones a sustancias de abuso, y será donde quedará enmarcada la investigación futura de estos trastornos. Hay una evidencia creciente que sugiere que las adicciones comportamentales se equiparán a las adicciones a sustancias de abuso en muchos aspectos: la historia natural, la fenomenología, la tolerancia, las confluencias genéticas, los mecanismos neurobiológicos y la respuesta al tratamiento. Todo ello llevó al grupo de trabajo del DSM-5 a proponer una nueva categoría diagnóstica dentro del grupo de adicciones y otros trastornos relacionados que incluyera las adicciones tanto con como sin sustancia. Sin embargo, las evidencias actuales sugieren que esta categoría que combine ambos grupos sería apropiada para el juego patológico, mientras que otros trastornos como la adicción a internet todavía precisan de más estudio y análisis, por lo que se estimó que los datos son insuficientes para justificar otras categorías de adicciones comportamentales (18).

La nueva clasificación diagnóstica DSM-5 muestra cambios significativos con respecto a todas las clases de trastornos que abarcan los trastornos debidos a las sustancias de abuso y al trastorno obsesivo compulsivo (4). De esta manera el DSM-5 otorga a los aspectos compulsivos del consumo de drogas mayor énfasis que al concepto de dependencia fisiológica y el trastorno obsesivo compulsivo se ha desplazado desde los trastornos por ansiedad hasta convertirse en el paradigma del espectro del trastorno obsesivo compulsivo. El juego patológico, que en la anterior edición del DSM se incluía en la categoría de trastornos del control de los impulsos –no en vano se llamaba en el DSM III (19) juego compulsivo–, se agrupa ahora junto a las adicciones a sustancias de abuso caracterizando el prototipo de la adicción comportamental; por lo tanto, actualmente es el único ejemplo de adicción comportamental re-

conocida en el DSM-5 a pesar del gran interés popular y de los medios de comunicación al respecto cuando se habla de adicción a internet, adicción sexual, compra compulsiva y adicción a la comida (17).

En el apartado de “Alteraciones que necesitan más estudio” se incluye el trastorno de juego por internet (ver tabla 1), que hace referencia al uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos, especialmente con otros jugadores, es decir, multionline. Los criterios propuestos se basan en los clásicos de la dependencia, la tolerancia, la abstinencia, la interferencia en el funcionamiento habitual y la incapacidad para dejar de jugar a pesar de ser consciente de las consecuencias negativas. Se excluye de modo explícito tanto las apuestas online como otros usos recreativos y sociales de internet (4).

¿A qué nos referimos con el término adicción comportamental? Su origen estriba en las conductas cuyas consecuencias en términos de ganancias suponen conseguir ciertos objetivos, sensaciones placenteras o información. Sin embargo, un concepto más exhaustivo comportaría un refuerzo derivado de la realización de una conducta en sí misma, o, dicho de modo coloquial, una conducta que se hace por gusto. Por eso la inclusión del juego patológico en el epígrafe de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” es un paso importante que reconoce las posibles similitudes de esos cuadros clínicos. El resto de las conocidas como adicciones comportamentales han quedado dispersas en varias secciones del DSM-5: “Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta”, “Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados” y “Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos”. Así, dichas secciones del DSM-5 incluirían el juego repetitivo con videojuegos, el uso y abuso de internet con diferentes objetivos tales como la pornografía o el juego online, el ejercicio excesivo, las compras y el bronceado compulsivo, así como la cleptomanía. La cuestión de si conductas tales como la tricotilomanía o el síndrome Gilles La Tourette pertenecen al amplio espectro de los trastornos impulsivos compulsivos también está relacionada.

Finalmente es de esperar que la clasificación de las adicciones comportamentales tendrá que ser abordada tras detallados análisis neuroconductuales y neurocognitivos de estos síndromes. Por ejemplo, ¿la adicción comportamental surge del deseo de tener, al menos al principio, objetivos concretos? ¿O bien es una conducta desencadenada sin propósito alguno, como ocurre con los tics? De hecho, algunos autores creen que esta distinción planteada puede ser difícil de aplicar categóricamente y que todos estos comportamientos se agruparían en la categoría superior de trastornos impulsivos compulsivos” (20, 21).

## Bases neurobiológicas

El sistema mesolímbico de recompensa está forma-

do por el área tegmental ventral (ATV) y el núcleo accumbens (NAc), así como sus conexiones aferentes y eferentes. Este circuito es básico para entender qué ocurre con los estímulos asociados a conductas motivacionalmente relevantes, como las que nos incumben de las adicciones comportamentales. Las drogas afectan y remodelan este sistema, que puede ser la base de sus propiedades adictivas. A las neuronas dopaminérgicas se añaden el 30% de las neuronas del ATV que contienen ácido gamma-aminobutírico (GABA), lo cual es interesante pues tradicionalmente se ha adjudicado a las neuronas dopaminérgicas la tarea de conectar el ATV con el NAc en las situaciones gratificantes y aversivas, mientras que a las neuronas GABA se les había negado hasta ahora ese papel. Estas neuronas GABA proporcionan inhibición local de las neuronas dopaminérgicas y las que van al NAc tienen acción inhibitoria en las proyecciones de largo alcance desde el ATV. Creed et al. (22) han revisado recientemente estudios de manipulación electrofisiológica, farmacogenética y optogenética que usan combinación in vivo y ex vivo para caracterizar la neuroanatomía funcional de los circuitos inhibitorios en el sistema mesolímbico, y describen cómo las neuronas gabaérgicas del ATV regulan el aprendizaje relacionado con la recompensa o gratificación y con la aversión o castigo. En estos ensayos se estudia la manipulación farmacogenética de dicho sistema administrando benzodiazepinas, sustancias que además de tener potencial adictivo, actúan directamente en los receptores GABA-A localizados en las neuronas gabaérgicas del ATV. Los resultados observados sugieren que las neuronas gabaérgicas del ATV regulan bidireccionalmente la actividad de las neuronas dopaminérgicas locales que subyacen en las conductas de gratificación o aversión. A la inversa, las proyecciones GABA de largo alcance que van desde el ATV al NAc se dirigen selectivamente a las interneuronas colinérgicas para espaciar su disparo y así reducir temporalmente el tono colinérgico en el NAc, lo cual modula el aprendizaje asociativo.

Existe otro sistema de crucial importancia en la regulación de la conducta del ser humano: el sistema endocannabinoide. La evidencia científica sugiere que el sistema endocannabinoide se ha conservado en el reino animal durante 500 millones de años e influye en muchos procesos críticos del comportamiento, incluidos el aprendizaje asociativo, la señalización de recompensa, el comportamiento dirigido a un objetivo, el aprendizaje de habilidades motoras y la transformación de una acción en un hábito. Cabe destacar que los endocannabinoides regulan la actividad neuronal de la dopamina y su influencia en el comportamiento; también modulan los efectos gratificantes de las sustancias adictivas (23).

La toma de decisiones es un constructo etológico de adaptación que se altera en múltiples trastornos psiquiátricos. Tradicionalmente la actividad de la dopamina dentro del sistema mesocorticolímbico se ha



asociado a la toma de decisiones. A través de sus acciones en las sinapsis inhibitoras y excitadoras, el sistema endocannabinoide modula la actividad de la dopamina y la toma de decisiones, por lo que es un sistema que tiene una gran importancia en todo aquello relacionado con los comportamientos y, por ende, las adicciones comportamentales (24).

Existen factores genéticos que podrían condicionar una disregulación en el sistema endocannabinoide y en consecuencia, en las respuestas al estrés y los estados emocionales negativos y el craving relacionado con las adicciones (25).

## Clasificación

Como ya se ha comentado, el trastorno por juego es la única adicción sin sustancia que admite DSM-5 (4), aunque el trastorno por juego en internet ha sido propuesto a la espera de mayor investigación al respecto. Sin embargo, teniendo en cuenta que internet es el vehículo para otras adicciones comportamentales, también están bajo escrutinio otros usos patológicos, tales como las redes sociales o la pornoadicción (26). De hecho, la adicción a redes sociales se ha vinculado a una regulación emocional deficitaria y a problemas con alcohol en estudiantes universitarios, por ejemplo (27).

Otra adicción controvertida es la del sexo. Los criterios formales de trastorno hipersexual han sido propuestos y testados pero no aceptados por el DSM-5. Al igual que en otras adicciones comportamentales, existe el debate sobre los límites que definen lo patológico. Sin embargo, similitudes en los cambios cognitivos y biológicos implicados en el craving y en el

circuito de recompensa comunes a las conductas sexuales compulsivas, a juego patológico y a drogadicción, así como el hecho de que las escalas que miden adicción sean relevantes en la detección de conductas sexuales adictivas, hace pensar en un marco común.

Otras conductas tales como comer en exceso o comprar compulsivamente se consideran también adicciones. Desde un punto de vista neurobiológico, llama la atención que los pacientes parkinsonianos que reciben tratamientos dopaminérgicos desarrollan conductas de comida y compra excesivas, así como conductas de juego y sexuales, lo que sugiere que hay un vínculo instintual en todas estas conductas (28). Pero hay matices: aunque la obesidad no ha mostrado elementos comunes neurobiológicos con las drogadicciones, la enorme variedad de expresión clínica sugiere que un subgrupo de obesos –los que padecen trastorno por atracón– son claramente adictos a la comida.

En este capítulo proponemos una clasificación clínica de aquellos patrones de conducta conocidos, de forma más o menos justificada, como adicciones comportamentales.

En esta clasificación se ha escogido el criterio del contenido de la adicción, de forma que se ubica un gran grupo de comportamientos mediados por la tecnología, otro grupo donde el elemento somático es el predominante y un tercero vinculado a actividades socialmente establecidas como normales en nuestro entorno (Tabla 1). Probablemente en un futuro sea posible hacer una clasificación basada en evidencias neurobiológicas etiopatogénicas, pero con el conocimiento actual creemos que la postura prudente es una clasificación basada en el contenido de la adicción como ocurre con las adicciones a sustancias.

**Tabla 1.** Clasificación de patrones adictivos de conducta

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego patológico (tal y como se define en el DSM-5)</li> <li>• Adicciones vinculadas a tecnología de comunicación             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adicción al móvil</li> <li>- Adicción a internet                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adicción a internet generalizada</li> <li>• Adicción a internet específica                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Videojuegos</li> <li>- Apuestas o juego online</li> <li>- Compra compulsiva online</li> <li>- Pornoadicción</li> <li>- Redes sociales</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Adicciones somáticas: aquellas vinculadas a conductas de carácter instintual o ligadas a funciones corporales             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adicción al sexo</li> <li>- Adicción a comer</li> <li>- Adicción al ejercicio físico</li> </ul> </li> <li>• Adicciones de conductas socialmente establecidas             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependencia emocional</li> <li>- Compra compulsiva</li> <li>- Dependencia a grupos de manipulación psicológica</li> </ul> </li> <li>• Variantes compulsivas no adictivas             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanorexia</li> <li>- Vigorexia</li> <li>- Dependencia al trabajo</li> </ul> </li> </ul>
---

## 2. Magnitud epidemiológica del problema

En relación con la prevalencia del juego patológico y del uso problemático de internet en la población adolescente, se estima que el juego patológico es entre dos y cuatro veces más frecuente en jóvenes entre 12 y 17 años que en adultos, con un riesgo añadido en esos adolescentes del 10-14% de desarrollar juego patológico en la vida adulta (29, 30). Algunos estudios determinan que la prevalencia del juego patológico en adultos es del 1-2%, mientras que en adolescentes se sitúa en un 3-8% (31). La prevalencia de la participación de los adolescentes en el juego ha ido incrementando del 45 al 66 % (32), mientras que otros estudios han calculado que más del 91% de los adolescentes participan en el juego de azar (33). Probablemente estas cifras tan altas procedan de estudios en los que la valoración diagnóstica se obtuvo de instrumentos de cribado diseñados para sobreidentificar posibles casos minimizando el riesgo de los falsos negativos. Otros trabajos con valoraciones diagnósticas mejor controladas estiman un rango de 0,1 al 0,3% de prevalencia en el pasado año, con una prevalencia vida tres veces mayor (34-37). Sin embargo, niveles subsindrómicos de juego se han asociado con determinaciones de funcionamiento alterado tanto en adolescentes como en adultos (38), así que hará falta más investigación para definir las repercusiones clínicas tanto del juego patológico sintomático como subsindrómico.

La prevalencia del uso problemático de internet en adolescentes es más difícil de determinar que el del juego patológico. La falta de criterios formales, la ausencia de instrumentos de evaluación consistentes y la dificultad de muestrear en distintos subgrupos poblacionales hacen difícil conseguir datos epidemiológicos al respecto.

Existe un estudio modélico (39) que investigó el uso patológico de internet entre 11.356 adolescentes de 11 países europeos. La incidencia del 4,4% fue mayor entre los hombres, quienes tenían tasas signi-

ficativamente más altas que las mujeres en el caso de juego online en solitario. Este uso patológico de internet se asoció a familias disfuncionales, poco acogedoras, y al desempleo de los padres. Mientras que muchos estudios hablan de una media de uso patológico de internet en torno al 3,5%, el uso mal adaptativo que se asocia a consecuencias menos leves alcanza tasas del 13,5%.

En relación con la compra compulsiva, los datos que disponemos proceden de Estados Unidos y Alemania, donde se estima una prevalencia para este problema de entre el 5,8 y el 8,0% (40, 41).

Respecto al abuso del teléfono móvil, un estudio coreano (42) desveló que 16,3 millones de adolescentes, un 18%, eran diagnosticados de adicción al móvil, y de ellos un 24% requirieron ingreso hospitalario. Algo similar ocurre en Japón, donde el gobierno reconoce la necesidad de aplicar programas de gestión sobre el tema. Asimismo, en Europa ya se han creado centros para tratar estas adicciones, como el The Outpatient Clinic for Behavior Addictions en Mainz (Alemania) o el Capiro Nightingale Hospital en Londres (Reino Unido), mientras que en Estados Unidos destacan el Inpatient Centers Restart en Seattle o el Digital Detoxification Center en Pensilvania.

Los datos de adicción al móvil muestran un rango muy amplio en los diferentes países debido a que los métodos de medida son distintos; aun así, podemos concretar que en España un 0,85% de la población es adicta al móvil; en Europa, entre 0.81.5%, mientras que a nivel mundial, entre un 1,58 y un 2% (43). Pero tras la aparición de nuevas aplicaciones plenamente aceptadas y utilizadas por los menores, como por ejemplo el WhatsApp, se ha constatado en 2014 (44) cifras de un 11% de adicción al móvil en niños de 11 a 14 años en población europea.

## 3. Algunas variantes clínicas

### Juego online

La modalidad de juego online cumple con todos los requisitos para ser altamente adictiva, incluso más que el juego presencial. Por una parte, cuenta con

algunas características que se sabe que disparan el poder adictivo de los diferentes juegos: la estimulación visual para llamar la atención, claves que permiten generar ilusión de control en el jugador, la posibilidad de jugar en solitario y de hacer una apuesta de baja cuantía, o la brevedad del lapso

de tiempo transcurrido entre la apuesta y el resultado (refuerzo inmediato). Por otra parte, ya en el año 1994, Ochoa y Labrador (45) hablaban de la importancia de la disponibilidad de los juegos y su accesibilidad. No cabe ninguna duda de que tanto la facilidad para poder jugar a través de cualquier dispositivo conectado a la red como su disponibilidad las 24 horas, hacen del juego online mucho más accesible que el presencial. En tercer lugar, la privacidad es otro factor que ayuda a aumentar los problemas con el juego; actualmente, se puede jugar frente al ordenador de casa o con la discreción que proporcionan las aplicaciones descargadas en el móvil, sin la preocupación sobre qué pensarán las personas que están alrededor, a diferencia de lo que ocurre en un bar o en un casino.

Por lo tanto, estamos ante un trastorno provocado por el juego de azar a través de internet y que según los estudios más recientes, la forma más grave de enfermedad afecta aproximadamente a entre el 0,1% y el 0,7% de la población (46). A su vez, el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación también está influyendo en el juego de azar a través de la aparición y el desarrollo de nuevas modalidades de juego online, así como por la extensión de los juegos de azar tradicionales en su versión por internet. En España esto ha coincidido con la legalización del juego de azar online a partir de la Ley 13/2011 de Regulación del juego. El gasto en juego online ha experimentado un sustancial incremento, así como también los problemas adictivos asociados, puesto que ya se constatan trastornos de juego online en los servicios de salud a pesar de que el juego online es legal desde hace muy poco tiempo.

Un importante trabajo en España (47) concluyó con la evidencia de que los jugadores patológicos adultos juegan más que los jóvenes a loterías de la ONCE y tragaperras, mientras que los jóvenes juegan más que los adultos a apuestas deportivas online y póquer online. Ello es una constatación de la sospecha de que las nuevas modalidades de juego por internet se dirigen especialmente a los jóvenes, debido probablemente al atractivo que suscitan (apuestas, póquer, etc.) y al mayor uso de las nuevas tecnologías que éstos hacen. Los jóvenes con problemas de adicción al juego tienen más problemas con las nuevas modalidades de juego online que los adultos. Esto es especialmente significativo en la medida en que se trata de modalidades de juego muy recientes, lo cual demuestra su potencial adictivo, especialmente entre población juvenil.

## Compra compulsiva por internet

Los términos compra compulsiva, adicción a las compras u oniomanía hacen referencia a las perso-

nas que viven preocupadas con las compras y que experimentan episodios recurrentes de pérdida de control en su conducta compradora que conlleva marcado malestar e incluso problemas sociolaborales, legales o financieros (48). La compra compulsiva por internet se ha relacionado con mecanismos emocionales tales como la búsqueda de placer o la evasión de emociones negativas, y con mecanismos cognitivos tales como impulsividad o fracaso en el autocontrol y en la toma de decisiones (49). Trotzke (50) ha demostrado el paralelismo con el juego patológico y las adicciones a sustancias, especialmente en lo que respecta a las señales desencadenantes del craving. Hasta ahora había poca investigación recogida sobre compra compulsiva en internet pero es una evidencia que el comercio minorista en internet aumenta de manera mantenida, lo que nos puede hacer pensar que cada vez más personas van de compras a la red y por lo tanto este problema esté en auge. Y lo está porque internet proporciona al comprador una serie de ventajas, como poder comprar a cualquier hora del día, comprar desde el anonimato del propio hogar y usar medios de pago que generan gastos inadvertidos (51). La cuestión que nos planteamos es si la compra patológica online es una variante clínica o simplemente es consecuencia de haber trasladado el comercio minorista a internet. Si está constatado que comprar sin ser observado, evitar la interacción social, la presencia ilimitada de la oferta en internet y la posibilidad de satisfacer inmediatamente la urgencia por comprar condicionan la compra patológica, no nos extraña que un estudio (52) demuestra que la compra patológica online se asocia con mucha más excitación, reactividad y diversión.

Siguiendo el modelo de Brand basado en el papel de lóbulo prefrontal en la adicción a internet (3), se supone que un sujeto con predisposición a la excitación con las compras encontrará en internet lugares donde satisfacer sus deseos de forma rápida, sencilla y discreta. Las señales disparadoras de esta conducta de compra son la base emocional y motivacional para experimentar craving de compras (53).

## Videojuegos

Precisamente esta es la modalidad que DSM-5 (4) recoge en su sección III de "Condición que merece un estudio posterior" y que denomina "Trastorno de juego por internet". La sintomatología que incluye hace referencia exclusivamente al uso recurrente y persistente de internet para participar en juegos en los que intervienen otros jugadores. El juego por internet se ha definido como una adicción por las autoridades de China y se han establecido programas de tratamiento. En definitiva, se describe como un patrón de uso excesivo y prolongado de juegos por internet que tiene como resultado una serie de sín-

tomas cognitivos y conductuales, tales como la pérdida progresiva de control sobre el juego, la tolerancia y los síntomas de abstinencia, que son similares a la sintomatología de las adicciones a sustancias de abuso. Al igual que los adictos a sustancias, los sujetos con trastorno de juego por internet continúan sentados delante de un ordenador realizando actividades de juego a pesar de que están descuidando otras actividades. Habitualmente pueden dedicar más de 10 horas al día y unas 30 horas a la semana a esta actividad. Si se les impide que utilicen el ordenador o la tablet y sigan jugando, se agitan y se enfadan. Llegan a pasar lapsos prolongados de tiempo sin comer ni dormir. Abandonan los deberes normales, como los académicos o laborales, así como las obligaciones domésticas y familiares. El DSM-5 distingue específicamente este cuadro del juego patológico que utiliza internet, puesto que en este caso no hay dinero en juego. El rasgo clínico esencial es la participación persistente y recurrente en los juegos de ordenador, habitualmente juegos de grupo o multionline, durante muchas horas. Estos juegos consisten en una competición entre grupos de jugadores de cualquier parte del mundo, por lo que el horario de participación no tiene límites. Los sentimientos de equipo parecen ser claves para la motivación.

## Móvil

La adicción al móvil suele estar motivada por el deseo de estar conectado socialmente. Sin embargo, como en el resto de adicciones comportamentales, y en este caso si cabe de manera más clara, es difícil establecer el límite entre el buen y necesario uso y cuándo se convierte en un problema. Entre los jóvenes, la adicción al móvil deteriora el rendimiento académico, pues los aparta de las actividades en el aula y de sus estudios. Entre los adultos las consecuencias son sobre todo el impacto sobre su rendimiento laboral y familiar. Las actividades con móvil que son más adictivas son aplicaciones del tipo Instagram, Pinterest o Whatsapp, entre otras, pero a éstas hay que añadir las que son accesibles por internet a través del móvil como ludopatía o juego multionline. En un trabajo de Roberts (54) se demuestra que las mujeres utilizan el móvil más tiempo que los hombres tanto para comunicarse oralmente como para enviar mensajes. Además, en este estudio se observa que las mujeres buscan una utilidad social en el móvil, mientras que los hombres buscan una utilidad práctica. Sin embargo, los hombres envían más mensajes que las mujeres, las cuales, enviando menos, emplean más tiempo escribiendo. Las mujeres también envían correos electrónicos y se conectan a redes sociales (otros dos usos del móvil de carácter adictivo) con más frecuencia que los hombres, confirmando así que entre las mujeres la finalidad social es la predominante.

Arab (55) propone los siguientes síntomas propios del abuso del móvil: dejar de reunirse con amigos; ponerse irritable si es interrumpido; mostrarse ansioso, deprimido o aburrido si no está con el móvil; hacer un uso habitual durante noche; estar pendiente en cada momento de los mensajes y mirar de forma obsesiva aplicaciones del Whatsapp; revisar constantemente el móvil para ver si entra un mensaje; llegar a percibir vibraciones fantasmas, y revisar el móvil nada más despertarse y justo antes de irse a la cama.

En el uso problemático del móvil destaca la relación con la impulsividad, siendo la urgencia el más fuerte predictor de uso problemático. Se ha comprobado que el uso abusivo del móvil se relaciona con aspectos conductuales de impulsividad como impaciencia, inconstancia, irreflexividad, falta de control de impulsos y búsqueda de sensaciones (56).

## Adicción al sexo

En los trabajos previos de discusión del DSM-5 se planteó que la adicción al sexo se clasificara como una variante del trastorno obsesivo compulsivo, denominada "Trastorno sexual compulsivo impulsivo". Dicha categoría diagnóstica reflejaría el deterioro en la inhibición conductual como alteración central en la conducta sexual compulsiva, pero finalmente el DSM-5 no recoge esta problemática y ni siquiera se contempla en el epígrafe "Afecciones que precisan de más estudio". Es necesario distinguir entre las conductas sexuales convencionales que por su frecuencia o intensidad llegan a escapar del control del individuo, a las cuales hacemos referencia en este apartado, de las parafilias, conductas sexuales poco convencionales (con objetos, niños, animales o adultos, buscando en este caso el dolor propio o ajeno), las cuales no se tratan en este capítulo.

Su prevalencia es poco conocida, pero parece que se sitúa en torno al 5-6% de la población general, siendo tres veces más frecuente en hombres 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 a pornografía (53%) (57).

Una vez diferenciada la conducta sexual compulsiva, afrontemos el tema de la pornoadicción en internet. Estas personas se caracterizan por un abandono progresivo de relaciones, por dificultad o incapacidad para mantener relaciones personales o de pareja, y por ocultación o aumento de la privacidad. Se conectan más cuando hay problemas o discusiones en el entorno; acumulan gran cantidad de material pornográfico o tienen acceso frecuente o prolongado a fuentes de pornografía. En algunos casos puede haber un descenso del rendimiento

laboral, académico o productivo, y aparece la irascibilidad, especialmente al tratar el tema. En caso de que tengan pareja, llama la atención la pérdida de interés en las relaciones íntimas con la pareja. Se observa un deterioro de la excitación sexual en ausencia de pornografía y en los casos más avanzados incluso se han descrito lesiones, heridas o dolor en los órganos sexuales. A todo esto hay que añadir

que en muchos casos se produce un menoscabo económico por los gastos generados en algunas web porno. En cualquier caso, lo que parece suficientemente acreditado es que la red neuronal que reacciona ante los estímulos sexuales obtenidos en internet es la misma que reacciona con los estímulos de sustancias en la drogadicción (58).

## 4. Patología dual y adicciones comportamentales online

La patología dual es un término utilizado para describir la concurrencia de un trastorno adictivo y otro trastorno mental en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro (59). La patología dual también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades o bases neurobiológicas comunes, constituyéndose así una nueva entidad clínica que puede empeorar la evolución.

En las adicciones comportamentales y más concretamente en la adicción a internet, los comportamientos compulsivos resultantes conllevan la merma de la capacidad para controlar los impulsos a pesar de las consecuencias negativas, de manera similar a otras adicciones con sustancias. Es de esperar que, al igual que sucede con las personas adictas a sustancias, aquellas que sufran adicciones comportamentales reciban el diagnóstico de otros trastornos mentales, y viceversa. Volkow y Li (60) han sugerido que los fenotipos propensos a la adicción para trastornos por uso de sustancias presentarán también una vulnerabilidad a otros reforzadores alternativos en el entorno de la persona, como podría ser el uso problemático de internet. La realidad clínica es que en el caso de las adicciones comportamentales la asociación a otros trastornos mentales suele ser la norma y no la excepción.

A pesar de los avances en la investigación de la adicción a internet, todavía hay incertidumbres en cuanto a su clasificación y diagnóstico, y esto se traslada a las distintas investigaciones realizadas. Como hemos visto, la adicción a internet se caracteriza por el incremento de cantidades gastadas online, la preocupación por las actividades online, la aparición de síntomas de abstinencia cuando se restringe el comportamiento y el uso continuado a pesar de las repercusiones negativas que provoca (4). Dado que los estudios neurobiológicos y clínicos (61) han indicado que la adicción a internet comparte muchos paralelismos con el trastorno por juegos de azar –una enfermedad mental que recientemente ha sido aceptada como una adicción no relacionada con sustancias–, un número creciente de profesiona-

les ha afirmado percibir la adicción a internet como una adicción adicional no relacionada con sustancias (62). En consecuencia, entre los criterios preliminares de diagnóstico para el trastorno por juegos de internet, existe un subtipo específico de adicción a internet que recientemente ha sido incluido en la sección III del DSM-5, que abarca criterios similares a los de los trastornos por juegos de azar (4). La adicción a los teléfonos inteligentes (smartphones) es similar en muchos aspectos a la adicción a internet (63). Sin embargo, también hay algunas diferencias, como el fácil transporte, el acceso a internet en tiempo real y funciones de comunicación fácil y directa de los teléfonos inteligentes (64).

Está bien documentado que la adicción a internet se asocia con tasas más elevadas de síntomas psicopatológicos y trastornos comórbidos (65). Sin embargo, la cuestión del diagnóstico diferencial para la adicción a internet con otros trastornos mentales es un tema importante poco explorado. Teniendo en cuenta las altas tasas de comorbilidad en la adicción a internet, se hacen necesarios unos criterios diagnósticos claros. Hay numerosos estudios sobre trastornos comórbidos en la adicción a internet y se ha demostrado que esta adicción se asocia con una gran variedad de consecuencias negativas para la salud y diferentes trastornos comórbidos, especialmente trastornos afectivos y de ansiedad, síntomas obsesivos compulsivos y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (65-68).

De acuerdo con un reciente metaanálisis (65), los trastornos de depresión y ansiedad son los trastornos más comunes asociados en la adicción a internet. La investigación ha confirmado la relación entre la adicción a internet y el aislamiento social, depresión y ansiedad (12, 69, 70), el alcohol y el abuso de drogas y juegos de azar (71), y los problemas con la salud física (72). El excesivo uso de teléfonos inteligentes puede causar problemas adicionales de salud física, tales como visión borrosa y dolor en las muñecas o el cuello (64). Según diversos autores, se podría establecer la concurrencia de adicción a

internet con los trastornos depresivos en los adultos (70, 73). En estudios realizados entre población adolescente surcoreana, se ha encontrado una fuerte asociación entre la adicción a internet con altos niveles de depresión (74), síntomas de trastorno bipolar (75) e ideación suicida (76). Ko et al. (77) realizaron un estudio prospectivo para demostrar que los adolescentes con depresión son más propensos a convertirse en adictos a internet en el período de seguimiento de dos años. Dado que internet ofrece a los adolescentes un apoyo social, el placer de control y un mundo virtual en el que pueden escapar de las dificultades emocionales del mundo real, parece razonable que los adolescentes con depresión sean más propensos a utilizar internet para aliviar la depresión, convirtiéndolos en más vulnerables a la adicción a internet que los no afectados. Kraut et al. (78) mantienen que internet ofrece más beneficios a los que ya están bien adaptados y por el contrario, los adolescentes mal ajustados con depresión pueden sufrir efectos más nocivos de su uso intensivo, creando un círculo vicioso. Además, dicha investigación encontró que los alelos “cortos” del polimorfismo 5HTTLPR, que se asocia con la depresión, también se asocia con la adicción a internet. El gen 5HTTLPR está implicado en la función de la serotonina; por lo tanto, la vulnerabilidad biológica tanto a la depresión como a la adicción a internet podría estar relacionada con la disfunción de la serotonina, que a su vez podría explicar la relación encontrada en este estudio. Así pues, los trastornos depresivos deben ser un objetivo de la planificación preventiva de la adicción a internet y deben ser evaluados y tratados entre los casos de adicción a internet. Del mismo modo, Bernardi y Pallanti (79) observaron que el 15% de adultos con adicción a internet tenía trastorno de ansiedad generalizada, el 7% tenía personalidad obsesiva compulsiva, el 14% tenía trastorno límite de la personalidad y el 7% tenía trastorno de personalidad por evitación.

No existen estudios que correlacionen la adicción a internet y la fobia social (65). Estos resultados resultan sorprendentes, ya que se teoriza que los sujetos con fobia social sufren de aislamiento y por lo tanto pasan más tiempo conectados, lo que supuestamente debería aumentar la propensión a la dependencia (62).

En relación con los trastornos del espectro bipolar y su asociación a la adicción a internet, entre las primeras investigaciones destacamos la de Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla y McElroy (80), quienes encontraron que el 55% de los pacientes que sufrían de adicción a internet cumplieron con los criterios para el trastorno bipolar I. Sin embargo, la evidencia empírica que falta en relación con los trastornos del espectro bipolar en la adicción a internet podría explicarse por la falta de estudios de investigación que exploren esta relación de manera directa. Muchos de los estudios clínicos que evalúan

la comorbilidad en la adicción a internet se centran fundamentalmente en la depresión unipolar (70) y no se ha realizado una crítica adecuada de la presencia de síntomas depresivos, como la pérdida de interés o la abulia, que distraen de futuros controles de síntomas maníacos (81). Por lo tanto, puede ser que se esté infradiagnosticando y ésta sea la razón por la cual la tasa de detección de trastornos del espectro bipolar en pacientes con adicción a internet se mantenga baja. Una segunda explicación es que los trastornos del espectro bipolar deben ser considerados siempre como diagnóstico diferencial en pacientes que expresan un uso problemático de internet. El uso excesivo puede explicarse por un episodio maníaco y por lo tanto el trastorno bipolar debería considerarse el diagnóstico primario. Sin embargo, la validez de esta hipótesis es cuestionable dado que los síntomas de adicción a internet deberían estar presentes durante un período mínimo de doce meses para cumplir con los criterios. Los episodios maníacos suelen limitarse a un período de tiempo menor, por lo que el uso excesivo de internet derivado de un episodio maníaco debería remitir con éste. Por lo tanto, la asociación de la adicción a internet y los trastornos del espectro bipolar como patología dual o bien como consecuencia de un episodio maníaco, sigue sin respuesta con la evidencia científica actualmente disponible. Se requieren más investigaciones que combinen nuevos instrumentos de detección, incluyendo el uso de aplicaciones móviles (82) y entrevistas clínicas.

La fuerte asociación entre el uso problemático de internet y los síntomas de TDAH reportada en la literatura científica no es sorprendente. Se han utilizado mecanismos biopsicosociales para explicar la coexistencia entre la adicción a internet y el TDAH. Las personas con TDAH se aburren fácilmente y encuentran una gratificación inmediata en internet. Dada la accesibilidad y disponibilidad de Internet, las personas con este trastorno tienen acceso a un flujo constante de información y pueden participar en más actividades al mismo tiempo. Por otra parte, las personas con TDAH a menudo carecen de autocontrol, lo que a su vez puede potenciar el desarrollo de la adicción a internet. La evidencia también indica que las personas con TDAH sufren problemas de aprendizaje, dislexia, dificultades sociales y deficiencias emocionales, y en ocasiones, hostilidad y tendencia a la externalización de síntomas (65). Koepp et al. (83) han informado de que se libera dopamina estriatal mientras se juega con videojuegos, hecho que puede ayudar a los jugadores a mantener la concentración y tener un mejor rendimiento. Por lo tanto, los adolescentes con TDAH pueden utilizar internet para compensar la frustración que sienten en situaciones de la vida real. En cualquier caso, la asociación entre el TDAH y la adicción a internet puede sugerir que las personas con TDAH deben ser un grupo objetivo importante de la planificación preventiva para la adicción a internet. Además, el

TDAH debe ser bien evaluado y tratado entre los casos de adicción a internet.

La mala calidad del sueño se ha convertido en un problema de salud pública relevante en las sociedades tecnológicamente avanzadas (84). Los estudios existentes sobre la asociación entre el uso de los medios electrónicos y el sueño se han centrado principalmente en los adolescentes. Existen evidencias de que la adicción a internet se asocia con problemas de sueño, incluyendo el insomnio

## 5. Tratamiento

Independientemente de que se vea la adicción comportamental como un problema primario o secundario a otra psicopatología, hay que asumir que este correlato sindrómico genera sufrimiento y que, teniendo en cuenta la falta de conocimiento y de guías al respecto, la primera estrategia terapéutica es tal y como ya estableció Hipócrates en su día *primum non nocere*.

No hay tratamientos basados en evidencia empírica para las adicciones comportamentales, pero un afrontamiento desde un modelo de patología dual, con un enfoque integral que identifique y evalúe a ambos trastornos, sería la alternativa más recomendable. Consecuentemente, cualquier persona que busca ayuda para una adicción comportamental u otro trastorno mental, debería ser examinada y tratada para ambos trastornos simultáneamente.

A diferencia del caso de las sustancias de abuso, donde la abstinencia es la principal herramienta preventiva, para las adicciones a las nuevas tecnologías la estrategia principal es la adquisición de un patrón adaptativo de utilización de las mismas. Y ello no sólo por que las nuevas tecnologías no sean tóxicas en sí mismas, sino porque en la sociedad actual tampoco es adaptativo dejar de usarlas, motivo por el cual la consolidación de un hábito saludable es la principal herramienta de prevención que tenemos.

Si se asume que el juego patológico es la única adicción comportamental reconocida como tal y que el sustrato neurobiológico de estas adicciones es común, parece coherente basarse en los tratamientos farmacológicos admitidos para dicha enfermedad.

Actualmente en el tratamiento farmacológico del juego patológico se emplean fármacos pertenecientes a tres grandes grupos: antagonistas opioides, estabilizadores del ánimo y antidepresivos (principalmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ISRS).

subjetivo y la mala calidad del sueño (85). Por su parte, Song et al. (86) sugirieron que la adicción a internet de los adolescentes se correlacionó con la depresión y los problemas relacionados con el sueño.

Existe información clara sobre la asociación entre la adicción a internet y otras psicopatologías, pero actualmente hay escasos datos sobre la causalidad, por lo que resulta necesario la realización de nuevos estudios de cohorte en este campo científico.

Dentro de los antagonistas opioides, naltrexona (dosis habitual de 50-100 mg/día) tiene la propiedad de disminuir la liberación de dopamina en el circuito de recompensa (ATV-NAcc), existiendo diversos estudios que han demostrado su eficacia en el juego patológico (87). Se ha señalado también la posibilidad de que este fármaco resulte ser más eficaz en jugadores con antecedentes familiares de dependencia de alcohol (88). Al igual que naltrexona, nalmefeno (hasta 40 mg/día) parece una alternativa adecuada (89).

En cuanto a los estabilizadores del ánimo, su uso se fundamenta en parte por la asociación realizada entre el curso, la fenomenología y la comorbilidad existentes entre el juego patológico y el trastorno bipolar (90). Se ha empleado topiramato (dosis habitual de 50 a 400 mg/día), litio (necesidad de monitorizar niveles según recomendaciones, en mantenimiento entre 900 y 1.200 mg/día) y valproato (dosis habitual de 1.200 a 1.500 mg/día). Diversos ensayos clínicos han presentado una eficacia en juego patológico similar a fluvoxamina (ISRS) y superior a placebo (91). También se ha demostrado mejoría en relación con la disminución del deseo de jugar, la pérdida monetaria y el tiempo empleado en jugar con el uso de carbamacepina (dosis habitual de 400 a 1.200 mg/día) (90).

La mayor evidencia de estudios comparados con placebo, aleatorizados y doble ciego es para los ISRS, además de naltrexona, ya mencionada. Se han realizado ensayos con fluvoxamina (100-300 mg/día), fluoxetina (20-80 mg/día), paroxetina (20-50 mg/día), sertralina (50-200 mg/día), citalopram (20-60 mg/día) y escitalopram (10-20 mg/día), con resultados en contradictorios. Por ello se recomienda emplear antidepresivos en aquellos casos en los que exista sintomatología depresiva o ansiosa asociada pero se duda de su eficacia en aquellos casos en los que el juego no presente dicha comorbilidad

(92). La selección del fármaco vendrá determinada en numerosas ocasiones por la comorbilidad, y se emplea ISRS si presenta sintomatología ansiosa o depresiva, o bien naltrexona o nalmefeno si presenta otras adicciones o bien refiere intenso deseo y manifiesta un perfil claramente adictivo.

El antidepresivo bupropion (150-450 mg/día), un inhibidor dual de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND), ha demostrado eficacia en el tratamiento del juego patológico, como ya lo hizo en el trastorno por uso de tabaco (92).

La clomipramina a dosis de 125-150 mg/día también ha demostrado utilidad, si bien en la actualidad la utilización de antidepresivos tricíclicos se ha reducido enormemente por su perfil desfavorable de efectos adversos y tolerabilidad respecto a otros grupos terapéuticos de antidepresivos.

La N-acetil cisteína ha sido estudiada en un ensayo clínico con 27 jugadores patológicos. Los resultados sugieren la posibilidad de controlar la recaída en juego patológico mediante su efecto modulador en el sistema glutamatérgico, aunque se precisan más estudios para contrastar dicha información (88).

En el caso de la adicción al sexo en sus distintas modalidades clínicas, además de lo referido hasta ahora se ha propuesto el acetato de medroxiprogesterona (antiandrógeno) y la hormona liberadora de gonadotropinas (GNRH). Ambos se han empleado en el tratamiento de pedófilos, así como de diversas parafilias, pero no de la conducta sexual compulsiva, para la cual, al menos en principio, no parece que sea el tratamiento más adecuado por la inhibición del deseo sexual que conlleva (93).

Han et al. (94) observaron que el metilfenidato podía disminuir el uso de juegos en línea entre los adolescentes con TDAH y los comportamientos de juego en línea. El metilfenidato de liberación prolongada se debe emplear en adultos (dosis de 20 a 60 mg/día en adultos), al igual que la atomoxetina (hasta 100 mg/día), si hay diagnóstico de TDAH; por

su parte, se indicarán estabilizadores del ánimo si el paciente presenta comorbilidad de trastorno bipolar o si tiene una elevada impulsividad. No se recomienda el uso de benzodiazepinas, ya que en sujetos con conductas impulsivas pueden provocar una mayor desinhibición e incrementar la conducta sexual.

Por lo que se refiere a los tratamientos no farmacológicos, las terapias más contrastadas son la terapia conductual, la terapia cognitiva y la terapia cognitiva conductual; sin embargo, existen otras, como la psicodinámica, la multimodal, las intervenciones breves y los jugadores anónimos (ver [www.jugadoresanonimos.org](http://www.jugadoresanonimos.org)), que también se emplean con elevada frecuencia en el tratamiento del juego patológico.

En los últimos años se ha demostrado de una manera un tanto sorprendente que la terapia cognitiva conductual no es más eficaz que otras terapias menos costosas, como jugadores anónimos o terapia breve (95).

En el momento actual, en España una persona con problemas de juego tiene las siguientes posibilidades de intervención o puede acudir a los siguientes lugares: grupos de autoayuda, surgidos a partir de las asociaciones de jugadores rehabilitados o en rehabilitación; centros de salud mental; unidades de conductas adictivas o unidades de alcoholismo (en donde tratan este trastorno o bien tienen programas para ellos); centros hospitalarios; centros universitarios con programas específicos para jugadores patológicos, y, finalmente, centros privados (95).

Existen diversas asociaciones que pueden resultar útiles, como Sexo-adictos Anónimos (<http://saa-recovery.org/espanol/>), grupo con una organización similar a la de Jugadores Anónimos y a la de Alcohólicos Anónimos. Existen en la literatura científicos resultados positivos con el empleo de terapia de grupo, individual y de pareja, tanto con un abordaje cognitivo conductual como psicodinámico, aunque la evidencia no permite realizar recomendaciones específicas (95).

## 6. Bibliografía

1. Brezing C, Derevensky JL, Potenza MN. *Non-substance-addictive behaviors in youth: pathological gambling and problematic Internet use*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010;19(3):625-41.

2. Davis RA. *A cognitive-behavioral model of pathological Internet use (PIU)*. Comput Human Behav. 2001;17(2):187-95.

3. Brand M, Young KS, Laier C. *Prefrontal control and internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings*. Front Hum Neurosci. 2014 May 27;8:375.

4. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. *DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. p. 947.*

5. Potenza MN. *Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research*. J Behav Addict. 2015;4(3):139-41.

6. Frances A. *Internet Addiction - The Next New Fad Diagnosis*. Psy-



chiatic Times [Internet] 2012. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/blogs/dsm-5/internet-addiction---next-new-fad-diagnosis>

**7. Winstanley CA, Dalley JW, Theobald DE, Robbins TW.** Fractionating impulsivity: contrasting effects of central 5-HT depletion on different measures of impulsive behavior. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(7):1331-43.

**8. Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW.** Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*. 2011;69(4):680-94.

**9. Stewart SH, Zack M.** Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*. 2008;103(7):1110-7.

**10. Robbins TW, Gillan CM, Smith DG, de Wit S, Ersche KD.** Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: towards dimensional psychiatry. *Trends Cogn Sci*. 2012;16(1):81-91.

**11. Young KS, Rogers RC.** The relationship between depression and Internet addiction. *CyberPsychology and Behavior*. 1998;1(1):25-36.

**12. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukopadhyay T, Scherlis W.** Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol*. 1998;53(9):1017-31.

**13. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE.** Psychiatric evaluation of individuals with problematic use of the Internet. Toronto: 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 1998.

**14. Huang MP, Alessi NE.** Internet addiction, Internet psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 1997;153(6):890.

**15. Müller A, Mitchell JE, de Zwaan M.** Compulsive buying. *Am J Addict*. 2015;24(2):132-7.

**16. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J.** "Computer addiction": a critical consideration. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70(2):162-8.

**17. Robbins TW, Clark L.** Behavioral addictions. *Curr Opin Neurobiol*. 2015;30:66-72.

**18. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA.** Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):233-41.

**19. American Psychiatric Association Task Force on Nomenclature and Statistics, American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980. p. 494.

**20. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr.** Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55 Suppl:33-51; discussion 52-3.

**21. Hollander E, Wong CM.** Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry*. 1995;56 Suppl 4:3-6; discussion 53-5.

**22. Creed MC, Ntamati NR, Tan KR.** VTA GABA neurons modulate specific learning behaviors through the control of dopamine and cholinergic systems. *Front Behav Neurosci*. 2014 Jan 22;8:8.

**23. Sgheddu C, Muntoni AL, Pistis M, Melis M.** Endocannabinoid Signaling in Motivation, Reward, and Addiction: Influences on Mesocorticolimbic Dopamine Function. *Int Rev Neurobiol*. 2015;125:257-302.

**24. Hernandez G, Cheer JF.** To Act or Not to Act: Endocannabinoid/Dopamine Interactions in Decision-Making. *Front Behav Neurosci*. 2015 Dec 17;9:336.

**25. Parsons LH, Hurd YL.** Endocannabinoid signalling in reward and addiction. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(10):579-94.

**26. Petry NM, O'Brien CP.** Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*. 2013;108(7):1186-7.

**27. Hormes JM, Kearns B, Timko CA.** Craving Facebook? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits. *Addiction*. 2014;109(12):2079-88.

**28. Reid RC, Carpenter BN, Hook JN, Garos S, Manning JC, Gilliland R, et al.** Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *J Sex Med*. 2012;9(11):2868-77.

**29. Derevensky JL, Gupta R.** *Gambling problems in youth: theoretical and applied perspectives*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2004. p. 263.

**30. National Research Council (U.S.).** *Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, National Research Council (U.S.).* Committee on Law and Justice. Pathological gambling: a critical review. Washington, DC: National Academy Press; 1999. p. 340.

**31. Derevensky JL, Gupta R, Winters K.** Prevalence rates of youth gambling problems: are the current rates inflated? *J Gambl Stud*. 2003;19(4):405-25.

**32. DiClemente CC, Story M, Murray K.** On a roll: the process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. *J Gambl Stud*. 2000;16(2-3):289-313.

**33. Derevensky JL, Gupta R.** Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. *J Gambl Stud*. 2000;16(2-3):227-51.

**34. Ladouceur R, Jacques C, Chevalier S, Sevigny S, Hamel D.** Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Can J Psychiatry*. 2005;50(8):451-6.

**35. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters KC, et al.** DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2008;38(9):1351-60.

**36. Petry NM, Stinson FS, Grant BF.** Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(5):564-74.

**37. Gerstein D, Hoffman J, Larison C.** *Gambling impact and behavior study*. In: University of Chicago, ed. National Opinion Research Center; 1999.

**38. Desai RA, Potenza MN.** Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(3):173-83.

**39. Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, et al.** Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*. 2012;107(12):2210-22.

**40. Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT.** Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *Am J Psychiatry*. 2006;163(10):1806-12.

**41. Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Gefeller O, Faber RJ, Martin A, et al.** Estimated prevalence of compulsive buying in Germany and its association with sociodemographic characteristics and depressive symptoms. *Psychiatry Res*. 2010;180(2-3):137-42.

**42. Mok JY, Choi SW, Kim DJ, Choi JS, Lee J, Ahn H, et al.** Latent class analysis on internet and smartphone addiction in college students. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:817-28.

**43. Cholz M.** Mobile phone addiction: a point of issue. *Addiction*. 2010;105(2):373-4.

**44. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano L, Freixa-Blanxart M, Gibson W.** Prevalence of problematic mobile phone use in British adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014;17(2):91-8.

45. Ochoa EFL, Labrador FJ. *El juego patológico*. 1.ª ed. Barcelona: Plaza y Janés; 1994. p. 293.
46. Labrador FJ, Becoña Iglesias E, Echeburúa E, Fundación Gaudium. *El juego patológico: avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide; 2010. p. 396.
47. Cholz M. *The Challenge of Online Gambling: The Effect of Legalization on the Increase in Online Gambling Addiction*. J Gamb Stud. 2015 Jun 10. [Epub ahead of print]
48. Ridgway NM, Kukar-Kinney M, Monroe KB. *An expanded conceptualization and a new measure of compulsive buying*. J Consum Res. 2008;35:622-39.
49. Vohs KD, Baumeister RF. *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011. p. 592.
50. Trotske P, Starcke K, Pedersen A, Brand M. *Cue-induced craving in pathological buying: empirical evidence and clinical implications*. Psychosom Med. 2014;76(9):694-700.
51. Dittmar H, Long K, Bond R. *When a better self is only a button click away: Associations between materialistic values, emotional and identity-related buying motives, and compulsive buying tendency online*. J Soc Clin Psychol. 2007;26:334-61.
52. Rose S, Dhandayudham A. *Towards an understanding of Internet-based problem shopping behaviour: The concept of online shopping addiction and its proposed predictors*. J Behav Addict. 2014;3(2):83-9.
53. Drummond DC. *What does cue-reactivity have to offer clinical research?* Addiction. 2000;95 Suppl 2:S129-44.
54. Roberts JA, Yaya LH, Manolis C. *The invisible addiction: cell-phone activities and addiction among male and female college students*. J Behav Addict. 2014;3(4):254-65.
55. Arab LE, Díaz GA. *Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos*. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015;26(1):7-13.
56. Secades-Villa R, Calafat A, Fernandez-Hermida JR, Juan M, Duch M, Skarstrand E, et al. *Duration of Internet use and adverse psychosocial effects among European adolescents*. Adicciones. 2014;26(3):247-53.
57. Mick TM, Hollander E. *Impulsive-compulsive sexual behavior*. CNS Spectr. 2006;11(12):944-55.
58. Love T, Laier C, Brand M, Hatch L, Hajela R. *Neuroscience of Internet Pornography Addiction: A Review and Update*. Behav Sci (Basel). 2015;5(3):388-433.
59. Szerman N, Martinez-Raga J. *Dual disorders: two different mental disorders?* Advances in Dual Diagnosis. 2015;8(2):61-4.
60. Volkow N, Li TK. *The neuroscience of addiction*. Nat Neurosci. 2005;8(11):1429-30.
61. Ko CH, Liu GC, Yen JY, Chen CY, Yen CF, Chen CS. *Brain correlates of craving for online gaming under cue exposure in subjects with Internet gaming addiction and in remitted subjects*. Addict Biol. 2013;18(3):559-69.
62. Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR. *Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint?* Ann N Y Acad Sci. 2010 Feb;1187:294-315.
63. Kim H. *Exercise rehabilitation for smartphone addiction*. J Exerc Rehabil. 2013;9(6):500-5.
64. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, et al. *Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS)*. PLoS One. 2013;8(2):e56936.
65. Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Krmarz E, et al. *The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review*. Psychopathology. 2013;46(1):1-13.
66. Kelley KJ, Gruber EM. *Problematic Internet use and physical health*. J Behav Addict. 2013;2(2):108-12.
67. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. *The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature*. Eur Psychiatry. 2012;27(1):1-8.
68. Muller KW, Beutel ME, Wolfling K. *A contribution to the clinical characterization of Internet addiction in a sample of treatment seekers: validity of assessment, severity of psychopathology and type of co-morbidity*. Compr Psychiatry. 2014;55(4):770-7.
69. Selfhout MH, Branje SJ, Delsing M, ter Bogt TF, Meeus WH. *Different types of Internet use, depression, and social anxiety: the role of perceived friendship quality*. J Adolesc. 2009;32(4):819-33.
70. Morrison CM, Gore H. *The relationship between excessive Internet use and depression: a questionnaire-based study of 1,319 young people and adults*. Psychopathology. 2010;43(2):121-6.
71. Ybarra ML, Diener-West M, Leaf PJ. *Examining the overlap in internet harassment and school bullying: implications for school intervention*. J Adolesc Health. 2007;41(6 Suppl 1):S42-50.
72. Smith L, Louw Q, Crous L, Grimmer-Somers K. *Prevalence of neck pain and headaches: impact of computer use and other associative factors*. Cephalalgia. 2009;29(2):250-7.
73. Liberatore KA, Rosario K, Colon-De Marti LN, Martinez KG. *Prevalence of Internet addiction in Latino adolescents with psychiatric diagnosis*. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2011;14(6):399-402.
74. Ha JH, Kim SY, Bae SC, Bae S, Kim H, Sim M, et al. *Depression and Internet addiction in adolescents*. Psychopathology. 2007;40(6):424-30.
75. Park S, Hong KE, Park EJ, Ha KS, Yoo HJ. *The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents*. Aust N Z J Psychiatry. 2013;47(2):153-9.
76. Kim K, Ryu E, Chon MY, Yeun EJ, Choi SY, Seo JS, et al. *Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey*. Int J Nurs Stud. 2006;43(2):185-92.
77. Ko CH, Liu TL, Wang PW, Chen CS, Yen CF, Yen JY. *The exacerbation of depression, hostility, and social anxiety in the course of Internet addiction among adolescents: a prospective study*. Compr Psychiatry. 2014;55(6):1377-84.
78. Bessiere K, Pressman S, Kiesler S, Kraut R. *Effects of internet use on health and depression: a longitudinal study*. J Med Internet Res. 2010;12(1):e6.
79. Bernardi S, Pallanti S. *Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms*. Compr Psychiatry. 2009;50(6):510-6.
80. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Jr., Khosla UM, McElroy SL. *Psychiatric features of individuals with problematic internet use*. J Affect Disord. 2000;57(1-3):267-72.
81. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. *The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members*. J Affect Disord. 1994;31(4):281-94.
82. Woo YS, Bahk WM, Hong J, Yoon BH, Hwang TY, Kim MD, et al. *Use of a smartphone application to screen for bipolar spectrum disorder in a community sample*. Health Informatics J. 2015 Jul 17.
83. Koeppe MJ, Gunn RN, Lawrence AD, Cunningham VJ, Dagher A, Jones T, et al. *Evidence for striatal dopamine release during a video*

game. *Nature*. 1998;393(6682):266-8.

**84. Cheung LM, Wong WS.** *The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: an exploratory cross-sectional analysis.* *J Sleep Res.* 2011;20(2):311-7.

**85. Lam LT.** *Internet gaming addiction, problematic use of the internet, and sleep problems: a systematic review.* *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(4):444.

**86. Song XQ, Zheng L, Li Y, Yu DX, Wang ZZ.** *[Status of 'internet addiction disorder' (IAD) and its risk factors among first-grade junior students in Wuhan].* *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2010;31(1):14-7.

**87. Grant JE, Kim SW, Hartman BK.** *A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges.* *J Clin Psychiatry.* 2008;69(5):783-9.

**88. Leung KS, Cottler LB.** *Treatment of pathological gambling.* *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(1):69-74.

**89. Grant JE, Odlaug BL, Potenza MN, Hollander E, Kim SW.** *Nalmefene in the treatment of pathological gambling: multicentre, double-blind, placebo-controlled study.* *Br J Psychiatry.* 2010;197(4):330-1.

**90. Black DW, Shaw MC, Allen J.** *Extended release carbamazepine in the treatment of pathological gambling: an open-label study.* *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008;32(5):1191-4.

**91. Yip SW, Potenza MN.** *Treatment of Gambling Disorders.* *Curr Treat Options Psychiatry.* 2014;1(2):189-203.

**92. Saiz-Ruiz J, Blanco C, Ibanez A, Masramon X, Gomez MM, Madrigal M, et al.** *Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study.* *J Clin Psychiatry.* 2005;66(1):28-33.

**93. Marazziti D, Presta S, Baroni S, Silvestri S, Dell'Osso L.** *Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology.* *CNS Spectr.* 2014;19(6):486-95.

**94. Han DH, Lee YS, Na C, Ahn JY, Chung US, Daniels MA, et al.** *The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.* *Compr Psychiatry.* 2009;50(3):251-6.

**95. Buceta Fernández JM, Bueno AM.** *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades.* Madrid: Pirámide; 1996. p. 564.



# Caso Clínico

Pedro es un varón de 38 años, soltero y que actualmente trabaja en Madrid como comercial en una compañía aseguradora.

## Biografía

Hijo único, sus padres se divorciaron cuando tenía 8 años.

Pedro describe a su padre como una persona triunfadora en los negocios, con un gran poder adquisitivo y un gran apego a los bienes materiales, a los cuales siempre ha dado una gran importancia en su vida. También recuerda que siempre le enseñó a resolver los conflictos mediante la violencia y la superioridad de la fuerza física.

La madre de Pedro siempre ha tenido problemas “mentales”, además de con la justicia por haber sido detenida en varias ocasiones por cometer hurtos y robos, siendo conocida en su ciudad de origen por esta causa, ya que pertenece a una familia acomodada. La describe como una persona muy impulsiva, irreflexiva y con gran incontinencia verbal, incapaz de “estar quieta ni dos minutos” y tremendamente desordenada y caótica.

Pedro cursó estudios universitarios en Ciencias Económicas y posteriormente realizó dos másteres de Postgrado. Estos estudios no le supusieron un gran esfuerzo, puesto que según él mismo refiere “me los saqué con la gorra y un poco de cara dura...”.

Ha llegado a ocupar puestos de responsabilidad en la compañía en la que actualmente trabaja, pero los ha perdido por sus dificultades de control de impulsos.

En lo referente a sus relaciones personales, Pedro tiene escasos amigos con los que apenas mantiene contacto por la distancia y porque su estilo de vida dista mucho del de sus amigos.

Nunca ha tenido pareja estable que haya durado más allá de un par de meses. Necesita sentir “la emoción de la conquista y de la novedad” y refiere que si percibe cualquier signo de rechazo hacia él por parte de la otra persona, se pone a la defensiva y utiliza la violencia verbal para humillarla y que se marche de su lado.

## Antecedentes psiquiátricos

Desde la adolescencia Pedro ha frecuentado consultas de psiquiatras y psicólogos, fundamentalmente por sus problemas de impulsividad y su tendencia a la inestabilidad emocional.

Ha recibido diversos diagnósticos, tales como trastorno bipolar tipo 2, trastorno límite de personalidad, trastorno narcisista de personalidad o trastorno del control de impulsos. Ha iniciado tratamientos con antidepresivos y estabilizadores del ánimo, y ha realizado diversas terapias psicológicas de distintos enfoques.

Sin embargo, Pedro nunca ha llegado a sentirse bien del todo, siempre ha tenido la sensación de que algo “no funcionaba en mí” y siempre se ha sentido triste y deprimido. Refiere que ningún terapeuta ha llegado a poder ayudarlo, entre otras cuestiones porque, según él mismo reconoce, nunca terminaba de confiar en ellos.

## Enfermedad actual

Pedro llega a la consulta tras haber sido trasladado por su empresa desde su ciudad de origen a Madrid después de haber sido relegado de un puesto de responsabilidad a uno de comercial por haber tenido serios problemas de relación con su equipo, debidos a su dificultad en el control de los impulsos y la agresividad que muestra muy frecuentemente.

En la primera consulta, se muestra muy desconfiado y hostil. Se objetiva un estado de ánimo depresivo que él asocia con el traslado a Madrid y la degradación laboral que esto ha supuesto para él.

La verborrea es una constante en la entrevista y la dificultad para guardar el tiempo de escucha sin interrumpir.

No conoce a nadie y no tiene ningún soporte sociofamiliar. Se siente tremendamente solo y su único contacto con sus escasos amigos es a través de las redes sociales, mediante las cuales también ha empezado a conocer a mujeres con las que mantiene encuentros sexuales muy frecuentemente, según refiere él mismo como “una manera de paliar mi soledad”.

Durante el tiempo que lleva viviendo en Madrid, ha tenido varios enfrentamientos en contextos diferentes tales como atascos o colas de espera.

Además de todos los aspectos ya reseñados, en la primera entrevista salen a relucir aspectos como su tendencia a dejar las cosas siempre para el último momento, algo que le genera muchos problemas y que luego él tiende a resolver “liándola”.

Es muy desorganizado en su día a día, sin planificar las comidas o los horarios más allá de la hora a la que tiene que empezar a trabajar, aunque como su trabajo es de comercial “en la calle” y no tiene hora

Pedro es un varón de 38 años, soltero y que actualmente trabaja en Madrid como comercial en una compañía aseguradora.

## Biografía

Hijo único, sus padres se divorciaron cuando tenía 8 años.

Pedro describe a su padre como una persona triunfadora en los negocios, con un gran poder adquisitivo y un gran apego a los bienes materiales, a los cuales siempre ha dado una gran importancia en su vida. También recuerda que siempre le enseñó a resolver los conflictos mediante la violencia y la superioridad de la fuerza física.

La madre de Pedro siempre ha tenido problemas “mentales”, además de con la justicia por haber sido detenida en varias ocasiones por cometer hurtos y robos, siendo conocida en su ciudad de origen por esta causa, ya que pertenece a una familia acomodada. La describe como una persona muy impulsiva, irreflexiva y con gran incontinencia verbal, incapaz de “estar quieta ni dos minutos” y tremendamente desordenada y caótica.

Pedro cursó estudios universitarios en Ciencias Económicas y posteriormente realizó dos másteres de Postgrado. Estos estudios no le supusieron un gran esfuerzo, puesto que según él mismo refiere “me los saqué con la gorra y un poco de cara dura...”.

Ha llegado a ocupar puestos de responsabilidad en la compañía en la que actualmente trabaja, pero los ha perdido por sus dificultades de control de impulsos.

En lo referente a sus relaciones personales, Pedro tiene escasos amigos con los que apenas mantiene contacto por la distancia y porque su estilo de vida dista mucho del de sus amigos.

Nunca ha tenido pareja estable que haya durado más allá de un par de meses. Necesita sentir “la emoción de la conquista y de la novedad” y refiere que si percibe cualquier signo de rechazo hacia él por parte de la otra persona, se pone a la defensiva y utiliza la violencia verbal para humillarla y que se marche de su lado.

## Antecedentes psiquiátricos

Desde la adolescencia Pedro ha frecuentado consultas de psiquiatras y psicólogos, fundamentalmente por sus problemas de impulsividad y su tendencia a la inestabilidad emocional.

Ha recibido diversos diagnósticos, tales como trastorno bipolar tipo 2, trastorno límite de personalidad, trastorno narcisista de personalidad o trastorno del control de impulsos. Ha iniciado tratamientos

con antidepresivos y estabilizadores del ánimo, y ha realizado diversas terapias psicológicas de distintos enfoques.

Sin embargo, Pedro nunca ha llegado a sentirse bien del todo, siempre ha tenido la sensación de que algo “no funcionaba en mí” y siempre se ha sentido triste y deprimido. Refiere que ningún terapeuta ha llegado a poder ayudarle, entre otras cuestiones porque, según él mismo reconoce, nunca terminaba de confiar en ellos.

## Enfermedad actual

Pedro llega a la consulta tras haber sido trasladado por su empresa desde su ciudad de origen a Madrid después de haber sido relegado de un puesto de responsabilidad a uno de comercial por haber tenido serios problemas de relación con su equipo, debidos a su dificultad en el control de los impulsos y la agresividad que muestra muy frecuentemente.

En la primera consulta, se muestra muy desconfiado y hostil. Se objetiva un estado de ánimo depresivo que él asocia con el traslado a Madrid y la degradación laboral que esto ha supuesto para él.

La verborrea es una constante en la entrevista y la dificultad para guardar el tiempo de escucha sin interrumpir.

No conoce a nadie y no tiene ningún soporte sociofamiliar. Se siente tremendamente solo y su único contacto con sus escasos amigos es a través de las redes sociales, mediante las cuales también ha empezado a conocer a mujeres con las que mantiene encuentros sexuales muy frecuentemente, según refiere él mismo como “una manera de paliar mi soledad”.

Durante el tiempo que lleva viviendo en Madrid, ha tenido varios enfrentamientos en contextos diferentes tales como atascos o colas de espera.

Además de todos los aspectos ya reseñados, en la primera entrevista salen a relucir aspectos como su tendencia a dejar las cosas siempre para el último momento, algo que le genera muchos problemas y que luego él tiende a resolver “liándola”.

Es muy desorganizado en su día a día, sin planificar las comidas o los horarios más allá de la hora a la que tiene que empezar a trabajar, aunque como su trabajo es de comercial “en la calle” y no tiene horarios fijos, él se organiza “a mi manera”.

Refiere que es una persona que se emociona con algo al principio y “lo doy todo”, pero que enseguida se cansa y se dedica a otra cuestión. Es inconstante y suele perder con frecuencia objetos y papeles importantes.

Siempre ha sido así, “no me conozco de otra manera”, siempre improvisando y saliendo del paso min-

tiendo o arreglando las cosas en el último momento.

Pedro describe como un problema su incapacidad de estar un solo día sin relacionarse con las mujeres, ya sea en el plano afectivo buscando una conquista o en el terreno puramente sexual.

Se mantiene continuamente conectado a las redes sociales y suele quedar casi a diario con diferentes mujeres.

Toda esta situación le genera una gran sensación de fracaso y de frustración, con un bajo autoconcepto que, como él mismo reconoce, disfraza sacando “el Pedro narcisista”.

Sin embargo, nunca ha tenido ideas de muerte o de suicidio, y nunca ha presentado gestos o intentos de autolisis.

### Juicio clínico

Ante la sintomatología que Pedro viene presentando, se realiza la aproximación diagnóstica de un posible trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto. Este diagnóstico justificaría la inestabilidad emocional, el descontrol de impulsos y la dificultad para organizar sus tiempos y tareas.

De forma comórbida, Pedro ha sido tratado de un episodio depresivo que presentaba desde su llegada a Madrid.

Por último, y aunque no se contemplan en las clasificaciones diagnósticas actuales, se establece el diagnóstico de adicción al sexo y a las redes sociales.

Como rasgos de personalidad más marcados, Pedro es dependiente y narcisista, rasgos que se han ido instaurando a lo largo de sus años de la vida de Pedro.

### Tratamiento

Se inicia la siguiente pauta farmacológica:

- atomoxetina en dosis crecientes hasta 100 mg/24 horas,
- sertralina, 100 mg/24 horas,
- ácido valproico hasta 1.000 mg/24 horas.

De forma simultánea se incluye a Pedro en el programa específico de terapia grupal para adultos que presentan TDAH, cuya orientación es cognitiva conductual y psicoeducativa.

En las primeras sesiones se muestra muy hostil hacia el grupo y verbaliza su desprecio por los compañeros y la terapia: según sus propias palabras, “sois unos pringados”.

### Evolución

Un año después de haber comenzado un tratamiento específico para el TDAH que se le diagnosticó a Pedro, la impulsividad y la inestabilidad emocional han remitido considerablemente. Ha conseguido organizarse mejor el tiempo y las actividades, y gestiona mejor sus obligaciones laborales.

Durante este tiempo ha tenido momentos muy críticos de seria dependencia a las redes sociales y a las relaciones con las mujeres, pero en la actualidad, aunque sigue entablando relaciones de este tipo, lo hace con mucha menos frecuencia y con mucho más conocimiento y control de la situación. Se han trabajado los rasgos narcisistas tan marcados que presentaba y ahora es capaz de aceptar el rechazo y las frustraciones de una manera más pausada y reflexiva.





